

## SOLICITUD DE PAGO-FINIQUITO POR TRANSFERENCIA DE RECLAMACIONES

Referencia				No. de Póliza	
No. de Siniestro	Oficina	Ramo	Año		Consecutivo
Asegurado					
Cobertura que se reclama			Fecha y lugar del siniestro		
Causa del siniestro					

De conformidad con la reclamación presentada a esta Aseguradora relativa al siniestro ocurrido en la fecha y lugar arriba indicados y con cargo a la póliza citada en la referencia, en la que se determinó un Indemnización y Cobertura a que se reclama, cuya cantidad se indica abajo; por este medio solicito(amos) a Seguros SURA, S.A. de C.V., el pago de dicha suma, por transferencia bancaria a la cuenta de clabe interbancaria descrita a continuación. En el momento en que recibamos el total de dicha suma vía transferencia bancaria, otorgo(amos) a Seguros SURA, S.A. de C.V., el más amplio finiquito que en derecho proceda, no reservándome(nos) derecho ni acción alguna que ejercitar en lo futuro, ni en materia civil, penal y/o administrativo y/o ninguna otra materia, ni en México ni en cualquier parte del mundo en contra de Seguros SURA, S.A. de C.V., y/o sus representantes y/o sus apoderados.

Datos para efectuar el pago por transferencia bancaria [agregar copia de su estado de cuenta]																							
Clabe Interbancaria de 18 dígitos (obligatorio)				No. de cuenta																			
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																							
Tipo de cuenta		Institución bancaria		Sucursal		Localidad																	

El monto total de Indemnización y Cobertura es de conformidad con la siguiente tabla:		
Monto de la Cobertura Reclamada	\$	
Porcentaje Reclamado	%	
<b>TOTAL INDEMNIZACIÓN</b>	\$	

Total Indemnización con letra:

---

Lugar y fecha en que se firma este documento

---

Nombre del solicitante y/o beneficiario (y cargo que desempeña en caso de ser persona moral o representante legal de menores o interdictos).	Firma del solicitante y/o beneficiario
	Nota: En caso de no saber firmar deberá imprimir su huella digital, acompañada de la firma de 2 (dos) testigos con copia de su respectiva identificación.
Se identifica con (se agrega copia del documento)	