SEGUROS

sura

SOLICITUD DE PAGO
FINIQUITO POR TRANSFERENCIA POR RECLAMACIONES DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

Datos Generales del Cliente	No. de Póliza

No. de Siniestro	Oficina	Ramo	Año	Consecutivo

Asegurado

Afectado

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 una Indemnización por Accidentes Personales y Cobertura 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 reciba(amos) 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 bancaría (agregar copia de su estado de cuenta)	
Clabe Interbancaria de 18 dígitos (obligatorio)	No. de cuenta

Tipo de cuenta	Institución bancaria	Sucursal	Localidad

En atención al pago del reembolso (indemnización) el cuál ampara esta solicitud-finiquito, subrogo(amos) los derechos que correspondan a Seguros Sura, S.A. de C.V., en términos del Artículo 111 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, comprometiéndome(nos) a proporcionar conforme a mis(nuestras) obligaciones legales y contractuales, todos los informes y documentos que le sean necesarios para ejercer acción de recobro. Si en relación con la perdida que se me(nos) cubre, obtuviera(mos) de terceros responsables alguna indemnización o la devolución del bien asegurado, me(nos) obligo(amos) a entregar a Seguros Sura, S.A. de C.V., inmediatamente la parte que corresponda a dicha sociedad.

Lugar y fecha en que se firma este documento

Nombre del asegurado titular (y cargo que desempeña en caso de ser persona moral)	Firma del asegurado titular
Se identifica con (se agrega copia del documento)	