

RECIBO FINIQUITO DE RECLAMACIÓN



NUM. DE POLIZA	No. CERTIFICADO	VIGENCIA		No. SINIESTRO	FECHA	
72 605 604	044600001551800	01-JUL-21	01/12/2021	2021 - 1562	11/11/2021	
CONTRATANTE		ASEGURADO TITULAR				
CEGE CAPITAL S.A.P.I. DE C.V. SOFOM E.N.R		KARLA IVONNE MARTINEZ JIMENEZ				
ASEGURADO AFECTADO		PARENTESCO	SUMA ASEGURADA	COASEGURO	DEDUCIBLE	
KARLA IVONNE MARTINEZ JIMENEZ		TITULAR	10,000	0		
TIPO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD						CLAVE O.I.I.
ENF. RESP. AGUDA DEBIDO A CORONAVIRUS ENF. RESP. AGUDA DEBIDO A CORONAVIRUS						U07

DESGLOSE DE GASTOS

CONCEPTO	IMPORTE RECLAMADO	IMPORTE CUBIERTO	DEDUCIBLE	COASEGURO	RETENCIONE	IVA	IMPORTE PAGADO	obs
IND.DIAINC.TOT		1,800.00		0.00	0.00	0.00	1,800.00	
TOTAL S/FACT: *****	1,800.00	1,800.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,800.00	
TOTALES	1,800.00	1,800.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,800.00	

CEDULA DE IDENTIFICACION FISCAL



RASS11271KRF
 Registro Federal de Contribuyentes
 SEGUROS SURA
 Nombre, denominación o razón social
 RFC: 1411109783
 VALIDA TU INFORMACIÓN FISCAL

OBSERVACIONES

CHEQUE EXPEDIDO A FAVOR DE	NOMBRE DEL BANCO	CHEQUE NUMERO	IMPORTE
KARLA IVONNE MARTINEZ JIMENEZ	010960	45307	1,800.00
Recibí de Seguros SURA, S.A. de C.V., la cantidad mencionada en el concepto de "Importe" como pago de la indemnización por la presente reclamación formulada en términos de la póliza correspondiente. Con el pago que recibo a mi entera satisfacción, la compañía aseguradora queda liberada de las obligaciones derivadas de la presente reclamación.			
Lugar y Fecha	Nombre y Firma del Reclamante		

DIE BANCOMER/CONVENIO:1130536/REFERENCIA:72605202115620000001/CONCEPTO:ORDENDEPAGO

Estimado Asegurado: Le recordamos que los gastos médicos no reembolsados por esta póliza, son deducibles para su declaración personal del impuesto sobre la renta según artículo 140, fracción II de la propia ley, en caso de efectuar dicha deducción, deberá conservar la copia de la liquidación como comprobante para estos efectos, durante diez años mínimo.