






NUM. DE POLIZA	No. CERTIFICADO	VIGENCIA		No. SINIESTRO	FECHA
72      902      190	044600001007570	01-JUN-21	01/11/2021	2021 - 675	10/08/2021
CONTRATANTE		ASEGURADO TITULAR			
CEGE CAPITAL S.A.P.I. DE C.V. SOFOM E.N.R		LORENA MARTINEZ HERRERA			
ASEGURADO AFECTADO		PARENTESCO	SUMA ASEGURADA	COASEGURO	DEDUCIBLE
JUAN CARLOS CAMPOS CRUZ		TITULAR	10,000	1	
TIPO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD					CLAVE O.I.I.
ENFERMEDAD ALCOHÓLICA DEL HÍGADO ENFERMEDAD ALCOHÓLICA DEL HÍGADO					K70

[illegible]

CEDULA DE IDENTIFICACION FISCAL		OBSERVACIONES
   <p>SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO</p>	<p>RFSB1221K76</p> <p>Registro Federal de Contribuyentes</p> <p>SEGUROS SURSA</p> <p>Nombre, denominación o razón social</p> <p>IdCIE: 1411109783</p> <p>VALIDA TU INFORMACIÓN FISCAL</p>	

CHEQUE EXPEDIDO A FAVOR DE	NOMBRE DEL BANCO	CHEQUE NUMERO	IMPORTE
LORENA MARTINEZ HERRERA	010960	44247	10,000.00
<p>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.</p>			
<p>_____</p> <p>Lugar y Fecha</p>		<p>_____</p> <p>Nombre y Firma del Reclamante</p>	

DIE BANCOMER/CONVENIO:1130536/REFERENCIA:72902202167500000001/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.