

RECIBO FINIQUITO DE RECLAMACIÓN



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

DESGLOSE DE GASTOS

CONCEPTO	IMPORTE RECLAMADO	IMPORTE CUBIERTO	DEDUCIBLE	COASEGURO	RETENCIONE	IVA	IMPORTE PAGADO	obs
INDEMN 9001		10,000.00		0.00	0.00	0.00	0.00	10,000.00
TOTAL S/FACT: *****	10,000.00	10,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00	10,000.00	
<b>TOTALES</b>	<b>10,000.00</b>	<b>10,000.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>10,000.00</b>	

CEDULA DE IDENTIFICACION FISCAL



R3881122KRF  
 Registro Federal de Contribuyentes

SEGUROS SURA  
 Número de identificación o razón social

ICP 141113973  
 VALIDA TU INFORMACIÓN FISCAL

OBSERVACIONES

CHEQUE EXPEDIDO A FAVOR DE	NOMBRE DEL BANCO	CHEQUE NUMERO	IMPORTE
LORENA MARTINEZ HERRERA	010960	44247	10,000.00
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: 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.