

RECIBO FINIQUITO DE RECLAMACIÓN



NUM. DE POLIZA	No. CERTIFICADO	VIGENCIA		No. SINIESTRO	FECHA	
72 902 180	044600001008636	01-MAY-21	01/10/2021	2021 - 682	10/08/2021	
CONTRATANTE		ASEGURADO TITULAR				
CEGE CAPITAL S.A.P.I. DE C.V. SOFOM E.N.R		AMAIRANI NOHEMI DIAZ POMPA				
ASEGURADO AFECTADO		PARENTESCO	SUMA ASEGURADA	COASEGURO	DEDUCIBLE	
AMAIRANI NOHEMI DIAZ POMPA		TITULAR	100,000	1		
TIPO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD						CLAVE O.I.I.
ENF. RESP. AGUDA DEBIDO A CORONAVIRUS NEUMONÍA. ORGANISMO NO ESPECIFICADO						U07

DESGLOSE DE GASTOS

CONCEPTO	IMPORTE RECLAMADO	IMPORTE CUBIERTO	DEDUCIBLE	COASEGURO	RETENCIONE	IVA	IMPORTE PAGADO	obs
INDEMNA 9001		10,000.00		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	
TOTALES	10,000.00	10,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00	10,000.00	

CEDULA DE IDENTIFICACION FISCAL



R3881122KRF
 Registro Federal de Contribuyentes



SEGUROS SURA
 Nombre: denominación o razón social

ICP: 1411139733
 VALIDA TU INFORMACIÓN FISCAL

OBSERVACIONES

CHEQUE EXPEDIDO A FAVOR DE	NOMBRE DEL BANCO	CHEQUE NUMERO	IMPORTE
KAREN ABIGAIL VAZQUEZ SANTIAGO	010960	44238	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: 72902202168200000001/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.