



NUM. DE POLIZA			No. CERTIFICADO	VIGENCIA		No. SINIESTRO		FECHA
72	605	574	044600001159110	20-APR-21	20/09/2021	2021 - 1312		11/08/2021
CONTRATANTE				ASEGURADO TITULAR				
CEGE CAPITAL S.A.P.I. DE C.V. SOFOM E.N.R				JUANA DENISSE GONZALEZ RIOS				
ASEGURADO AFECTADO				PARENTESCO	SUMA ASEGURADA	COASEGURO	DEDUCIBLE	
JUANA DENISSE GONZALEZ RIOS				TITULAR	0			
TIPO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD								CLAVE O.I.I.
APENDICITIS AGUDA APENDICITIS AGUDA								K35

DESGLOSE DE GASTOS							
CONCEPTO	IMPORTE RECLAMADO	IMPORTE CUBIERTO	DEDUCIBLE	COASEGURO	RETENCIONE	IVA	IMPORTE PAGADO
IND.DIAXINC.TOT TOTAL S/FACT: *****	400.00	400.00	0.00 0.00	0.00 0.00	0.00 0.00	0.00 0.00	400.00 400.00
TOTALES	400.00	400.00	0.00	0.00	0.00	0.00	400.00



R&S811221KR6  
Registro Federal de Contribuyentes

SEGUROS SURA  
Nombre, denominación o razón  
social

idCIF: 14111099783  
VALIDA TU INFORMACIÓN  
FISCAL

### OBSERVACIONES

CHEQUE EXPEDIDO A FAVOR DE	NOMBRE DEL BANCO	CHEQUE NUMERO	IMPORTE
JUANA DENISSE GONZALEZ RIOS	010960	44264	400.00

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:72605202113120000001/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.