



NUM. DE POLIZA	No. CERTIFICADO	VIGENCIA		No. SINIESTRO	FECHA
72      605      604	044600001563730	01-JUL-21	01/12/2021	2021 - 1440	01/10/2021
CONTRATANTE			ASEGURADO TITULAR		
CEGE CAPITAL S.A.P.I. DE C.V. SOFOM E.N.R			AIDA VALENTE GUTIERREZ		
ASEGURADO AFECTADO			PARENTESCO	SUMA ASEGURADA	COASEGURO
AIDA VALENTE GUTIERREZ			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.DIAXINC.TOT TOTAL S/FACT: *****	6,000.00	6,000.00	0.00 0.00	0.00 0.00	0.00 0.00	0.00 0.00	6,000.00 6,000.00	
TOTALES	6,000.00	6,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00	6,000.00	



### OBSERVACIONES

CHEQUE EXPEDIDO A FAVOR DE	NOMBRE DEL BANCO	CHEQUE NUMERO	IMPORTE
AIDA VALENTE GUTIERREZ	010960	44821	6.000.00

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:72605202114400000001/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.