

RECIBO FINIQUITO DE RECLAMACIÓN



NUM. DE POLIZA	NO. CERTIFICADO	VIGENCIA		NO. SINIESTRO	FECHA	
72 902 180	044600001000746	01-MAY-21	01/10/2021	2021 - 483	13/07/2021	
CONTRATANTE		ASEGURADO TITULAR				
CEGE CAPITAL S.A.P.I. DE C.V. SOFOM E.N.R		MARIA SALOME OAXACA BUREOS				
ASEGURADO AFECTADO		PARENTESCO	SUMA ASEGURADA	COASEGURO	DEDUCIBLE	
JOANA SARAI ALANIS OAXACA		TITULAR	100,000	1		
TIPO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD						CLAVE O.I.I.
ILEO PARALÍTICO Y OBSTRUCCIÓN INTESTINAL OTRAS SEPTICEMIAS						K56

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	
TOTALES	10,000.00	10,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00	10,000.00	



OBSERVACIONES

CHEQUE EXPEDIDO A FAVOR DE	NOMBRE DEL BANCO	CHEQUE NUMERO	IMPORTE
MARIA SALOME OAXACA BUREOS	010960	43992	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>			
Lugar y Fecha	Nombre y Firma del Reclamante		

DIE BANCOMER/CONVENIO: 1130536/REFERENCIA: 72902202148300000001/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.