

Blvd. Adolfo López Mateos No. 2448
Col. Altavista Deleg. Alvaro Obregón
C.P. 01060 México, D.F.
Tels. 57-23-79-99, 01-800-723-79-00

RECIBO FINIQUITO DE RECLAMACIÓN



NUM. DE POLIZA	No. CERTIFICADO	VIGENCIA		No. SINIESTRO	FECHA
72 902 190	044600001043391	01-JUN-21	01/11/2021	2021 - 801	15/09/2021
CONTRATANTE		ASEGURADO TITULAR			
CEGE CAPITAL S.A.P.I. DE C.V. SOFOM E.N.R		LIVIS RODRIGUEZ JIMENEZ			
ASEGURADO AFECTADO		PARENTESCO	SUMA ASEGURADA	COASEGURO	DEDUCIBLE
DARVELIA ALVAREZ RODRIGUEZ		TITULAR	10,000	1	
TIPO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD					CLAVE O.I.I.
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA					N18

DESGLOSE DE GASTOS

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

CHEQUE EXPEDIDO A FAVOR DE	NOMBRE DEL BANCO	CHEQUE NUMERO	IMPORTE
DARVELIA ALVAREZ RODRIGUEZ	010960	44634	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.

Marcuspanca Tabasco 17/09/2021
Lugar y Fecha

Lugar y Fecha

Baruelia Alvarez Rodriguez
Nombre y Firma del Reclamante

DIE BANCOMER/CONVENIO:1130536/REFERENCIA:72902202180100000001/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.