

NUM. DE POLIZA	NO. CERTIFICADO	VIGENCIA		NO. SINIESTRO	FECHA
72 902 190	044600001043304	01-JUN-21	01/11/2021	2021 - 895	05/10/2021
CONTRATANTE		ASEGURADO TITULAR			
CEGE CAPITAL S.A.P.I. DE C.V. SOFOM E.N.R		MARIA DEL CARMEN SILVAN			
ASEGURADO AFECTADO		PARENTESCO	SUMA ASEGURADA	COASEGURO	DEDUCIBLE
NAUN COLIAZA ACOSTA		TITULAR	10,000	1	
TIPO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD					CLAVE O.I.I.
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA OTRAS DIABETES MELLITUS ESPECIFICADAS					N18

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	

CEDULA DE IDENTIFICACION FISCAL



REGISTRO 1221685
 Registro Federal de Contribuyentes
 SEGUROS SURA
 Nombre del contribuyente
 por él
 PDCP 14111020703
 VALIDEZ TU IDENTIFICACIÓN
 FISCAL

OBSERVACIONES

CHEQUE EXPEDIDO A FAVOR DE	NOMBRE DEL BANCO	CHEQUE NUMERO	IMPORTE
MARIA DEL CARMEN . SILVAN	010960	44855	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.

Marco Pan Fabesco 08-10-2021 *maria del Carmen Silván*
 Lugar y Fecha Nombre y Firma del Reclamante

DIE BANCOMER/CONVENIO:1130536/REFERENCIA:72902202189500000001/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.