



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
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



Recibo Federal de Contribuciones

SEGUROS SURA
No tiene restricción a su
cobertura

REF: 141102722
VALIA TURFORMACON
2001

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.

Maruslana Tabasco 08-10-2021

Lugar y Fecha

maria del Corro Sio maria del Corro

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.