

RECIBO FINIQUITO DE RECLAMACIÓN



NUM. DE POLIZA	No. CERTIFICADO	VIGENCIA		No. SINIESTRO	FECHA	
72 605 582	044600001519560	01-MAY-21	01/10/2021	2021 - 1396	19/09/2021	
CONTRATANTE		ASEGURADO TITULAR				
CEGE CAPITAL S.A.P.I. DE C.V. SOFOM E.N.R		NURI DEL CARMEN DOMINGUEZ RODRIGUEZ				
ASEGURADO AFECTADO		PARENTESCO	SUMA ASEGURADA	COASEGURO	DEDUCIBLE	
NURI DEL CARMEN DOMINGUEZ RODRIGUEZ		TITULAR	0			
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
IND.DIAINC.TOT		800.00	0.00	0.00	0.00	0.00	800.00	
TOTAL S/FACT: *****	800.00	800.00	0.00	0.00	0.00	0.00	800.00	
<b>TOTALES</b>	<b>800.00</b>	<b>800.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>800.00</b>	

CEDULA DE IDENTIFICACION FISCAL



RASS11271KRF  
Registro Federal de Contribuyentes



SEGUROS SURA  
Número de denominación o razón social

ICIF: 14111099783  
VALIDA TU INFORMACIÓN FISCAL

OBSERVACIONES

CHEQUE EXPEDIDO A FAVOR DE	NOMBRE DEL BANCO	CHEQUE NUMERO	IMPORTE
NURI DEL CARMEN DOMINGUEZ RODRIGUEZ	010960	44640	800.00
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:72605202113960000001/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.