

RECIBO FINIQUITO DE RECLAMACIÓN



NUM. DE POLIZA	No. CERTIFICADO	VIGENCIA		No. SINIESTRO	FECHA	
72 902 193	044600001030875	01-JUL-21	01/12/2021	2021 - 1008	21/10/2021	
CONTRATANTE		ASEGURADO TITULAR				
CEGE CAPITAL S.A.P.I. DE C.V. SOFOM E.N.R		SILVIA GIL ROMERO				
ASEGURADO AFECTADO		PARENTESCO	SUMA ASEGURADA	COASEGURO	DEDUCIBLE	
DIEGO BOLAÑOS GUERRERO		TITULAR	10,000	1		
TIPO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD						CLAVE O.I.I.
INSUFICIENCIA HEPATICA. NO CLASIFICADA E OTROS TRASTORNOS DEL ENC-FALO						K72

DESGLOSE DE GASTOS

CONCEPTO	IMPORTE RECLAMADO	IMPORTE CUBIERTO	DEDUCIBLE	COASEGURO	RETENCIONE	IVA	IMPORTE PAGADO	obs
INDEMNAZIONE 9001		10,000.00		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	
<b>TOTALES</b>	<b>10,000.00</b>	<b>10,000.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>10,000.00</b>	

CEDULA DE IDENTIFICACION FISCAL

SHCP  
SAT

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
SILVIA GIL ROMERO	010960	45079	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.			
Lugar y Fecha	Nombre y Firma del Reclamante		

DIE BANCOMER/CONVENIO:1130536/REFERENCIA:72902202110080000001/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.