

RECIBO FINIQUITO DE RECLAMACIÓN



NUM. DE POLIZA	NO. CERTIFICADO	VIGENCIA		NO. SINIESTRO	FECHA	
72 421 1596		01-JUN-21	01/11/2021	2021 - 2389	25/08/2021	
CONTRATANTE		ASEGURADO TITULAR				
CEGE CAPITAL S.A.P.I. DE C.V. SOFOM E.N.R		ANALI GOMEZ SANTOS				
ASEGURADO AFECTADO		PARENTESCO	SUMA ASEGURADA	COASEGURO	DEDUCIBLE	
ANALI GOMEZ SANTOS		TITULAR	8,544			
TIPO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD						CLAVE O.I.I.

DESGLOSE DE GASTOS

CONCEPTO	IMPORTE RECLAMADO	IMPORTE CUBIERTO	DEDUCIBLE	COASEGURO	RETENCIONE	IVA	IMPORTE PAGADO	obs
INDEM 6031		25,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00	25,000.00	
TOTAL S/FACT: *****	25,000.00	25,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00	25,000.00	
<b>TOTALES</b>	<b>25,000.00</b>	<b>25,000.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>25,000.00</b>	

CEDULA DE IDENTIFICACION FISCAL



RASS11271KRF  
 Registro Federal de Contribuyentes

SEGUROS SURA  
 Nombre, denominación o razón  
 social

ICIF: 14111099783  
 VALIDA TU INFORMACIÓN  
 FISCAL

OBSERVACIONES

CHEQUE EXPEDIDO A FAVOR DE	NOMBRE DEL BANCO	CHEQUE NUMERO	IMPORTE
ANALI GOMEZ SANTOS	010960	44361	25,000.00
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:72421202123890000001/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.