

RECIBO FINIQUITO DE RECLAMACIÓN



NUM. DE POLIZA	No. CERTIFICADO	VIGENCIA		No. SINIESTRO	FECHA	
72 605 582	044600001143230	01-MAY-21	01/10/2021	2021 - 1079	26/07/2021	
CONTRATANTE		ASEGURADO TITULAR				
CEGE CAPITAL S.A.P.I. DE C.V. SOFOM E.N.R		ZUREIDY NERI SOTO				
ASEGURADO AFECTADO		PARENTESCO	SUMA ASEGURADA	COASEGURO	DEDUCIBLE	
ZUREIDY NERI SOTO		TITULAR	0			
TIPO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD						CLAVE O.I.I.
FRACTURA DE LA COLUMNA LUMBAR Y DE LA PE CAÍDA EN EL MISMO NIVEL POR DESLIZAMIENT						S32

DESGLOSE DE GASTOS

CONCEPTO	IMPORTE RECLAMADO	IMPORTE CUBIERTO	DEDUCIBLE	COASEGURO	RETENCIONE	IVA	IMPORTE PAGADO	obs
I.R.TRAT.MEDICO TOT.FACTURA: 55687	1,270.00	1,270.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,270.00	
			0.00	0.00	0.00	0.00	1,270.00	
<b>TOTALES</b>	<b>1,270.00</b>	<b>1,270.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>1,270.00</b>	

CEDULA DE IDENTIFICACION FISCAL



RASS11271KRF  
Registro Federal de Contribuyentes  
  
SEGUROS SURA  
Número de denominación razón social  
  
ICIF: 14111099783  
VALIDA TU INFORMACIÓN FISCAL

OBSERVACIONES

CHEQUE EXPEDIDO A FAVOR DE	NOMBRE DEL BANCO	CHEQUE NUMERO	IMPORTE
ZUREIDY NERI SOTO	010960	44107	1,270.00
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:72605202110790000002/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.