



NUM. DE POLIZA			No. CERTIFICADO	VIGENCIA		No. SINIESTRO	FECHA
72	605	582	044600001372970	01-MAY-21	01/10/2021	2021 - 1337	27/08/2021
CONTRATANTE				ASEGURADO TITULAR			
CEGE CAPITAL S.A.P.I. DE C.V. SOFOM E.N.R				DULCE ADRIANA DE JESUS SERRANO			
ASEGURADO AFECTADO				PARENTESCO	SUMA ASEGURADA	COASEGURO	DEDUCIBLE
DULCE ADRIANA DE JESUS SERRANO				TITULAR	0		
TIPO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD							CLAVE O.I.I.
HERIDA DE LA PIERNA HERIDA DE LA PIERNA							S81

DESGLOSE DE GASTOS								
CONCEPTO	IMPORTE RECLAMADO	IMPORTE CUBIERTO	DEDUCIBLE	COASEGURO	RETENCIONE	IVA	IMPORTE PAGADO	obs
I.R. HOSPITAL		5,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5,000.00	
TOT.FACTURA: E51B27BE1D	7,000.00	5,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5,000.00	
TOTALES	7,000.00	5,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5,000.00	



RSS811221KRE  
Registro Federal de Contribuyentes

SEGUROS SURA  
Nombre, denominación o razón  
social

idCIF: 14111099783  
VALIDA TU INFORMACIÓN  
FISCAL

### OBSERVACIONES

CHEQUE EXPEDIDO A FAVOR DE	NOMBRE DEL BANCO	CHEQUE NUMERO	IMPORTE
DULCE ADRIANA DE JESUS SERRANO	010960	44418	5,000.00

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:72605202113370000001/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.