

RECIBO FINIQUITO DE RECLAMACIÓN



NUM. DE POLIZA	No. CERTIFICADO	VIGENCIA		No. SINIESTRO	FECHA	
72 605 651	044600001438210	01-OCT-21	01/03/2022	2022 - 64	27/01/2022	
CONTRATANTE		ASEGURADO TITULAR				
CEGE CAPITAL, S.A.P.I. DE C.V. SOFOM E.N.R.		MARTHA ARCIGA INFANTE				
ASEGURADO AFECTADO		PARENTESCO	SUMA ASEGURADA	COASEGURO	DEDUCIBLE	
MARTHA ARCIGA INFANTE		TITULAR	10,000	0		
TIPO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD						CLAVE O.I.I.
OTRAS DIABETES MELLITUS ESPECIFICADAS OTRAS DIABETES MELLITUS ESPECIFICADAS						E13

DESGLOSE DE GASTOS

CONCEPTO	IMPORTE RECLAMADO	IMPORTE CUBIERTO	DEDUCIBLE	COASEGURO	RETENCIONE	IVA	IMPORTE PAGADO	obs
IND.DIAINC.TOT		1,000.00		0.00	0.00	0.00	1,000.00	
TOTAL S/FACT: *****	1,000.00	1,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,000.00	
<b>TOTALES</b>	<b>1,000.00</b>	<b>1,000.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>0.00</b>	<b>1,000.00</b>	

CEDULA DE IDENTIFICACION FISCAL

SHCP  
SAT

RASS11271KRF  
Registro Federal de Contribuyentes

SEGUROS SURA  
Nombre, denominación o razón  
social

ICIF: 1411109973  
VALIDA TU INFORMACIÓN  
FISCAL

OBSERVACIONES

CHEQUE EXPEDIDO A FAVOR DE	NOMBRE DEL BANCO	CHEQUE NUMERO	IMPORTE
MARTHA ARCIGA INFANTE	010960	46236	1,000.00
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:72605202264000000001/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.