

RECIBO FINIQUITO DE RECLAMACIÓN



NUM. DE POLIZA			No. CERTIFICADO		VIGENCIA		No. SINIESTRO		FECHA			
72 605 574			044600001319590		20-APR-21 20/09/2021		2021 - 1053		28/06/2021			
CONTRATANTE					ASEGURADO TITULAR							
CEGE CAPITAL S.A.P.I. DE C.V. SOFOM E.N.R					CONSUELO LEONILA REYES HERNANDEZ							
ASEGURADO AFECTADO					PARENTESCO		SUMA ASEGURADA		COASEGURO		DEDUCIBLE	
CONSUELO LEONILA REYES HERNANDEZ					TITULAR		0					
TIPO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD										CLAVE O.I.I.		
OTROS TRAUMATISMOS QUE AFECTAN MÚLTIPLES OTROS TRAUMATISMOS Y LOS NO ESPECIFICADO										T06		

DESGLOSE DE GASTOS								
CONCEPTO	IMPORTE RECLAMADO	IMPORTE CUBIERTO	DEDUCIBLE	COASEGURO	RETENCIONE	IVA	IMPORTE PAGADO	obs
I.R.TRAT.MEDICO TOT.FACTURA: 9C6E7	8,400.00	5,000.00 5,000.00	0.00 0.00	0.00 0.00	0.00 0.00	0.00 0.00	5,000.00 5,000.00	
TOTALES	8,400.00	5,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5,000.00	

CEDULA DE IDENTIFICACION FISCAL



OBSERVACIONES

SE CUBRE HASTA EL MONTO MAXIMO DE LA SUMA ASEGURADA.

CHEQUE EXPEDIDO A FAVOR DE	NOMBRE DEL BANCO	CHEQUE NUMERO	IMPORTE
CONSUELO LEONILA REYES HERNANDEZ	010960	43829	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:72605202110530000001/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.