

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.