

RECIBO FINIQUITO DE RECLAMACIÓN



NUM. DE POLIZA	NO. CERTIFICADO	VIGENCIA		NO. SINIESTRO	FECHA	
72 902 195	044600001017006	01-AUG-21	01/01/2022	2021 - 887	30/09/2021	
CONTRATANTE		ASEGURADO TITULAR				
CEGE CAPITAL S.A.P.I. DE C.V. SOFOM E.N.R		FAUSTINA IVARRA MAGARIÑO				
ASEGURADO AFECTADO		PARENTESCO	SUMA ASEGURADA	COASEGURO	DEDUCIBLE	
FAUSTINA IVARRA MAGARIÑO		TITULAR	10,000	1		
TIPO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD						CLAVE O.I.I.
V•RICES ESOF•GICAS INSUFICIENCIA HEP•TICA. NO CLASIFICADA E						I85

DESGLOSE DE GASTOS

CONCEPTO	IMPORTE RECLAMADO	IMPORTE CUBIERTO	DEDUCIBLE	COASEGURO	RETENCIONE	IVA	IMPORTE PAGADO	obs
INDEMN 9001		10,000.00		0.00	0.00	0.00	0.00	10,000.00
TOTAL S/FACT: *****	10,000.00	10,000.00		0.00	0.00	0.00	0.00	10,000.00
TOTALES	10,000.00	10,000.00	0.00	0.00	0.00	0.00	10,000.00	

CEDULA DE IDENTIFICACION FISCAL



RASS11271KRF
 Registro Federal de Contribuyentes
 SEGUROS SURA
 Nombre, denominación, razón social
 IVA: 1411109973
 VALIDA TU INFORMACIÓN FISCAL

OBSERVACIONES

CHEQUE EXPEDIDO A FAVOR DE	NOMBRE DEL BANCO	CHEQUE NUMERO	IMPORTE
OLGA LIDIA LOPEZ IBARRA	010960	44814	10,000.00
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: 72902202188700000001/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.