



NUM. DE POLIZA			No. CERTIFICADO	VIGENCIA		No. SINIESTRO	FECHA
72	605	574	044600001279740	20-APR-21	20/09/2021	2021 - 1091	05/07/2021
CONTRATANTE				ASEGURADO TITULAR			
CEGE CAPITAL S.A.P.I. DE C.V. SOFOM E.N.R				MA AGRIPINA RIVAS FRANQUEZ			
ASEGURADO AFECTADO				PARENTESCO	SUMA ASEGURADA	COASEGURO	DEDUCIBLE
MA AGRIPINA RIVAS FRANQUEZ				TITULAR	0		
TIPO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD							CLAVE O.I.I.
FRACTURA DE LA PIERNA. INCLUSIVE EL TOBI CICLISTA LESIONADO EN OTROS ACCIDENTES D							S82

DESGLOSE DE GASTOS								
CONCEPTO	IMPORTE RECLAMADO	IMPORTE CUBIERTO	DEDUCIBLE	COASEGURO	RETENCIONE	IVA	IMPORTE PAGADO	obs
I.R. HOSPITAL TOT.FACTURA: B50B8	13,920.00	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	13,920.00	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: 14111039783
VALIDA TU INFORMACIÓN
FISCAL

OBSERVACIONES

CHEQUE EXPEDIDO A FAVOR DE	NOMBRE DEL BANCO	CHEQUE NUMERO	IMPORTE
MA AGRIPINA RIVAS FRANQUEZ	010960	43915	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:72605202110910000001/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.