

RECIBO FINIQUITO DE RECLAMACIÓN



| NUM. DE POLIZA  | No. CERTIFICADO | VIGENCIA                 |                | No. SINIESTRO | FECHA      |              |
|---|-----------------|--------------------------|----------------|---------------|------------|--------------|
| 72 902 195  | 044600001002145 | 01-AUG-21                | 01/01/2022     | 2021 - 1119   | 05/11/2021 |              |
| CONTRATANTE   |                 | ASEGURADO TITULAR        |                |               |            |              |
| CEGE CAPITAL S.A.P.I. DE C.V. SOFOM E.N.R                       |                 | MARIA DOLORES LUGO PEREZ |                |               |            |              |
| ASEGURADO AFECTADO  |                 | PARENTESCO               | SUMA ASEGURADA | COASEGURO     | DEDUCIBLE  |              |
| CARLOS ROMAN USCANGA  |                 | TITULAR                  | 10,000         | 1             |            |              |
| TIPO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD                                  |                 |                          |                |               |            | CLAVE O.I.I. |
| HIPERTENSIÓN ESENCIAL (PRIMARIA)<br>INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO |                 |                          |                |               |            | I10          |

DESGLOSE DE GASTOS

| CONCEPTO            | IMPORTE RECLAMADO | IMPORTE CUBIERTO | DEDUCIBLE   | COASEGURO   | RETENCIONE  | IVA         | IMPORTE PAGADO   | obs |
|---------------------|-------------------|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------------|-----|
| INDEMNA 9001        |                   | 10,000.00        |             | 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        |     |
| <b>TOTALES</b>      | <b>10,000.00</b>  | <b>10,000.00</b> | <b>0.00</b> | <b>0.00</b> | <b>0.00</b> | <b>0.00</b> | <b>10,000.00</b> |     |

CEDULA DE IDENTIFICACION FISCAL



RASS11271KRF  
 Registro Federal de Contribuyentes  
 SEGUROS SURA  
 Nombre, denominación o razón social  
 RFC: 14111099783  
 VALIDA TU INFORMACIÓN FISCAL

OBSERVACIONES

| CHEQUE EXPEDIDO A FAVOR DE   | NOMBRE DEL BANCO              | CHEQUE NUMERO | IMPORTE   |
|--|-------------------------------|---------------|-----------|
| MARIA DOLORES LUGO PEREZ   | 010960                        | 45227         | 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:7290220211190000001/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.