

RECIBO FINIQUITO DE RECLAMACIÓN



NUM. DE POLIZA	NO. CERTIFICADO	VIGENCIA		NO. SINIESTRO	FECHA	
72 902 195	044600001009950	01-AUG-21	01/01/2022	2021 - 902	06/10/2021	
CONTRATANTE		ASEGURADO TITULAR				
CEGE CAPITAL S.A.P.I. DE C.V. SOFOM E.N.R		HILDA AGUSTIN CORNELIO				
ASEGURADO AFECTADO		PARENTESCO	SUMA ASEGURADA	COASEGURO	DEDUCIBLE	
HILDA AGUSTIN CORNELIO		TITULAR	10,000	1		
TIPO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD						CLAVE O.I.I.
INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO						I21

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	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  
Número de denominación o razón social  
ICrif: 14111099783  
VALIDA TU INFORMACIÓN FISCAL

OBSERVACIONES

CHEQUE EXPEDIDO A FAVOR DE	NOMBRE DEL BANCO	CHEQUE NUMERO	IMPORTE
MIROSLAVA AGUSTIN CORNELIO	010960	44881	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: 72902202190200000001/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.