



NUM. DE POLIZA			No. CERTIFICADO	VIGENCIA		No. SINIESTRO		FECHA
72	605	582	044600001556390	01-MAY-21	01/10/2021	2021 - 1355		05/09/2021
CONTRATANTE				ASEGURADO TITULAR				
CEGE CAPITAL S.A.P.I. DE C.V. SOFOM E.N.R				ERIKA RAQUEL MONDRAGON GOMEZ				
ASEGURADO AFECTADO				PARENTESCO	SUMA ASEGURADA	COASEGURO	DEDUCIBLE	
ERIKA RAQUEL MONDRAGON GOMEZ				TITULAR	0			
TIPO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD								CLAVE O.I.I.
TRASTORNOS DE LOS TEJIDOS BLANDOS EN ENF TRASTORNOS DE LOS TEJIDOS BLANDOS EN ENF								M73

DESGLOSE DE GASTOS								
CONCEPTO	IMPORTE RECLAMADO	IMPORTE CUBIERTO	DEDUCIBLE	COASEGURO	RETENCIONE	IVA	IMPORTE PAGADO	obs
IND.DIAXINC.TOT TOTAL S/FACT: *****	600.00	600.00	0.00 0.00	0.00 0.00	0.00 0.00	0.00 0.00	600.00 600.00	
TOTALES	600.00	600.00	0.00	0.00	0.00	0.00	600.00	



OBSERVACIONES

CHEQUE EXPEDIDO A FAVOR DE	NOMBRE DEL BANCO	CHEQUE NUMERO	IMPORTE
ERIKA RAQUEL MONDRAGON GOMEZ	010960	44508	600.00

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:72605202113550000001/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.