

RECIBO FINQUITO DE RECLAMACIÓN



NUM. DE POLIZA	No. CERTIFICADO	VIGENCIA		No. SINIESTRO	FECHA
72 605 594	044600001533920	01-JUN-21	01/11/2021	2021 - 1326	25/08/2021
CONTRATANTE		ASEGURADO TITULAR			
CEGE CAPITAL S.A.P.I. DE C.V. SOFOM E.N.R		DARVELIA ALVAREZ RODRIGUEZ			
ASEGURADO AFECTADO		PARENTESCO	SUMA ASEGURADA	COASEGURO	DEDUCIBLE
DARVELIA ALVAREZ RODRIGUEZ		TITULAR	10,000	0	
TIPO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD					CLAVE O.I.I.
COLECISTITIS COLECISTITIS					K81

DESGLOSE DE GASTOS

CONCEPTO	IMPORTE RECLAMADO	IMPORTE CUBIERTO	DEDUCIBLE	COASEGURO	RETENCIONE	IVA	IMPORTE PAGADO	obs
IND.DIAXINC.TOT TOTAL S/FACT: *****	1,800.00	1,800.00	0.00 0.00	0.00 0.00	0.00 0.00	0.00 0.00	1,800.00 1,800.00	
TOTALES	1,800.00	1,800.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1,800.00	

CEDEULA DE IDENTIFICACION FISCAL



REGISTRADO
Registro Federal de Contribuyentes
RECIBO SURA
Módulo de facturación con
CEDE
CERIF 14111000000
SALIDA TURNO FISCAL DE
RECIBO

OBSERVACIONES

CHEQUE EXPEDIDO A FAVOR DE

DARVELIA ALVAREZ RODRIGUEZ

NOMBRE DEL BANCO

010960

CHEQUE NUMERO

44370

IMPORTE

1,800.00

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.

Matucpana Tabasco 01/09/2021

Lugar y Fecha

Darvelia Alvarez Rodriguez

Nombre y Firma del Reclamante

DIE BANCOMER/CONVENIO:1130536/REFERENCIA:72605202113260000001/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.