

RECIBO FINIQUITO DE RECLAMACIÓN



NUM. DE POLIZA	NO. CERTIFICADO	VIGENCIA		NO. SINIESTRO		FECHA		
72 902 180	044600001025107	01-MAY-21	01/10/2021	2021 - 948		07/10/2021		
CONTRATANTE		ASEGURADO TITULAR						
CEGE CAPITAL S.A.P.I. DE C.V. SOFOM E.N.R		ADELA CARRANZA CONTRERAS						
ASEGURADO AFECTADO		PARENTESCO	SUMA ASEGURADA	COASEGURO	DEDUCIBLE			
ALEXANDER DIONICIO CARRANZA		TITULAR	100,000	1				
TIPO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD						CLAVE O.I.I.		
LEUCEMIA MIELOIDE PÚRPURA Y OTRAS AFECCIONES HEMORRÁGICAS						C92		
DESGLOSE DE GASTOS								
CONCEPTO	IMPORTE RECLAMADO	IMPORTE CUBIERTO	DEDUCIBLE	COASEGURO	RETENCIONE	IVA	IMPORTE PAGADO	obs
INDEMN 9001 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

ICIF: 14111099783  
VALIDA TU INFORMACIÓN  
FISCAL

OBSERVACIONES

CHEQUE EXPEDIDO A FAVOR DE	NOMBRE DEL BANCO	CHEQUE NUMERO	IMPORTE
ADELA CARRANZA CONTRERAS	010960	44915	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