

Convenio Finiquito

I. SOLICITUD PARA DECLARAR LA PÉRDIDA TOTAL

En mi calidad de Asegurado y/o Propietario del vehículo descrito en este documento, solicito a Grupo Nacional Provincial S.A.B., para que de conformidad con las Condiciones Generales y en su caso Especiales de la póliza, prevaleciendo las Especiales sobre las generales, la Aseguradora declare la Pérdida Total del Vehículo, en razón del resultado de la valuación pericial practicada al mismo.

En adición a lo anterior y para el supuesto de que el monto del daño del vehículo afectado-asegurado se encuentre comprendido dentro de los porcentajes establecidos en las Condiciones Generales o en su caso Especiales, solicito a la Aseguradora de forma expresa declare la pérdida total del mismo.

Atendiendo a lo anterior, estoy de acuerdo en entregar a la Aseguradora, en un plazo no mayor a 30 días naturales contados a partir de la fecha de ingreso del vehículo al Centro de Reparación, Centro de Remate o instalaciones de la Aseguradora toda la información que se describe en el anexo A de este formato, para que ésta pueda dar inicio a su revisión y al trámite de indemnización.

Si transcurrido el plazo al que se refiere el párrafo anterior, no he proporcionado a la Aseguradora toda la documentación a la que se refiere el Anexo A, o bien no he retirado por mi propia cuenta el vehículo del Centro de Reparación, Centro de Remate o instalaciones de la Aseguradora, solicitando a ésta el pago de los daños según valuación o análisis de pérdida que la Aseguradora tenga implementado, más la devolución del vehículo; manifiesto mi conformidad para que la Aseguradora, a mi nombre y cuenta, venda el total o parte de las piezas que conforman el vehículo siniestrado (salvamento).

En cuyo caso, la indemnización a la que tendré derecho conforme a las Condiciones Generales y en su caso Especiales de la póliza, será la suma del monto que representen los daños generados por el siniestro, más la cantidad que reporte la venta del salvamento, menos el deducible.

En el caso de que la unidad haya sido facturada o refacturada con factura digital en todos los casos adicional a lo mencionado presentaré y entregaré el archivo XML.

a) Datos del siniestro (Los campos 1-6 deberán ser llenados con letra de molde por el Asegurador/Propietario).

Persona Física			Persona Moral			
1. Nombre del Asegurado y/o propietario			2. Razón Social			
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)				
3. Número de Siniestro	4. Fecha del Siniestro	5. Número de Póliza		6. Vigencia de la Póliza	7. Porcentaje de Daños Materiales	

b) Datos del vehículo (Campos exclusivos para personal GNP).

1. Marca	2. Tipo	3. Modelo	4. Motor	5. Serie VIN	6. Placas
----------	---------	-----------	----------	--------------	-----------

c) Concepto del pago (Campos exclusivos para personal GNP).

Pérdida total por daños materiales Pérdida total por robo recuperado Pérdida total por robo no recuperado

d) Figura de pago (Campos exclusivos para personal GNP).

La Aseguradora realizará dos pagos por los siguientes conceptos:

- Valor de adquisición del Salvamento (VAS) _____
- Indemnización por daños _____
- ISR retenido con fundamento en el artículo 126 de la LISR _____

II. Identificación del Cliente para trámite de pago (Campos exclusivos para Asegurado/Propietario).

Fecha de Nacimiento (Personas físicas)			Fecha de Constitución (Persona moral)			País de Nacimiento			Nacionalidad		
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año						

Persona Física Actividad Empresarial Régimen de Incorporación Fiscal Otros (especifique) _____

R.F.C. Personas Físicas				R.F.C. Personas Morales					
letras	año	mes	día	homoclave	letras	año	mes	día	homoclave

Correo electrónico del Asegurado/Propietario (Campo requerido para el pago): _____

Profesión u ocupación (Personas físicas) _____ Objeto Social o Giro (Personas morales) _____

Folio Mercantil (Personas morales) _____ No. de identificación fiscal (solo para extranjeros) _____ C.U.R.P. _____

a) Nombre completo del Representante Legal (Personas morales)

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)
------------------	------------------	------------

b) Información adicional solo para personas físicas y Representante Legal

¿El asegurado o representante legal desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Estatal o Federal en los últimos 4 años? Si No Definir cargo _____ Dependencia _____

c) Domicilio de Residencia en México (personas físicas y morales)

Calle				No. Exterior		No. Interior	
Colonia			Municipio o Delegación			Entidad Federativa	
Ciudad o población			Código postal	Clave Lada	Teléfono particular	Correo electrónico o página de internet	

d) Domicilio de Residencia en el Extranjero (solo para mexicanos que tengan residencia temporal fuera del País)

e) Horario en el que se le puede encontrar (Asegurado/Propietario)

Horario y día(s) de la semana	Teléfono	Correo electrónico o página de internet
-------------------------------	----------	---

III. Declaraciones y finiquito de pago de la pérdida total

En relación con el siniestro citado en el apartado I. denominado “**Solicitud para Declarar la Pérdida Total**” manifiesto que, en caso de recibir de **Grupo Nacional Provincial, S.A.B.** la cantidad que me corresponda conforme a los conceptos de indemnización total y pago de salvamento señalados en el mismo apartado I, incisos c y d, los cuales conforme a la valuación pericial o análisis de pérdida que la Aseguradora tenga implementado tengo derecho, **quedará otorgado por mí a la aseguradora el más amplio y completo finiquito que en derecho proceda**, sin reservarme acción o derecho alguno que ejercitar en su contra y desistíendome en su caso de las acciones ya intentadas, subrogando a la misma en los términos del artículo 111 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, comprometiéndome a proporcionar conforme a mis obligaciones legales y contractuales todos los informes y documentos que le sean necesarios a la Aseguradora para que ejerza de ser el supuesto, las acciones de cobro que procedan.

Si en relación con la pérdida total que se me cubre obtuviera del (los) tercero(s) que me causó (causaron) el daño algún pago por concepto de indemnización, me obligo a entregar el total del mismo a **Grupo Nacional Provincial, S.A.B.**, en un término no mayor a 15 días naturales, contados a partir de la fecha en que reciba dicho pago.

IV. Transmisión de la propiedad del vehículo decretado pérdida total

En mi calidad de Asegurado y/o Propietario del vehículo asegurado, manifiesto que he pagado todos los impuestos relacionados con el uso y goce del mismo, como lo demuestro con la entrega de la documentación que aparece en el Anexo A, de la cual estoy recibiendo el formato. Por lo tanto, de existir algún pago pendiente, estoy de acuerdo en que éste se me descuenta de la indemnización correspondiente. Por efectos del pago de la indemnización total y del salvamento señalado en el apartado I, estoy de acuerdo en transmitir a Grupo Nacional Provincial S.A.B. la propiedad sobre el vehículo asegurado.

V. Datos Personales y Consentimiento (exclusivo personas físicas)

Tuve a la vista el Aviso de Privacidad Integral de Grupo Nacional Provincial, S.A.B., el cual contiene y detalla las finalidades del tratamiento de mis datos personales, patrimoniales y sensibles. Asimismo, se me informó la disponibilidad de dicho Aviso y sus actualizaciones en la página www.gnp.com.mx.

Por lo anterior:

Asegurado Si No consiento y autorizo dicho tratamiento.

Beneficiario Si No consiento y autorizo dicho tratamiento.

En caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares de datos, reconozco mi obligación de informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral, para su consulta.

Conforme a lo establecido por el Artículo 27, 29 y 29-A del Código Fiscal de la Federación y Reglas Misceláneas aplicables, autorizo a Grupo Nacional Provincial S.A.B (GNP) a validar mi RFC y en caso de no contar con éste, darme de alta en el Registro Federal de Contribuyentes (RFC) del Servicio de Administración Tributaria (SAT); así mismo, acepto que emita por mi cuenta y orden el Comprobante Fiscal Digital por Internet (CFDI) por concepto de enajenación del vehículo antes descrito, mismo que me será entregado a través del correo electrónico que proporcioné para tales efectos y del cual me doy por recibido mediante el presente documento, para lo cual firmo en forma autógrafa el mismo.

Lugar y fecha de firma del presente documento

Nombre y firma del asegurado y/o propietario manifestando su conformidad
Firmo de conformidad con lo señalado en todos los apartados que comprende este documento.

ANEXO A Instructivo para el Pago de Vehículos Decretados Pérdida Total

Llene con letra de molde

Fecha	día	mes	año	Tipo de persona afectada		
				<input type="checkbox"/> Asegurado	<input type="checkbox"/> Tercero	
<p>Estimado cliente</p> <p>En virtud de que su vehículo ha sido decretado Pérdida Total y con el fin de estar en condiciones de cubrir el importe de la indemnización a que tiene derecho, es necesario presentar la siguiente documentación a partir del día _____</p> <p>En un horario de 8:00 a.m. a 17:30 p.m. de lunes a viernes, en: _____</p>						
Documento/requisito				Daños materiales	Robo recuperado	Robo no recuperado
<p>1. Factura original</p> <p>En todos los casos en donde se haya comprado el vehículo como usado entre particulares, en un lote, en una compañía o en agencia, presentar la factura actual debidamente endosada a su favor por el dueño anterior, verificando además la existencia de todos los endosos hasta el origen y en caso de Refacturación anexar copias fotostáticas por ambos lados de las facturas anteriores hasta llegar a la factura inicial, es decir, la que fue entregada en la venta como nuevo (agencia, distribuidor autorizado).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personas Físicas sin Actividad empresarial y profesional sin Régimen de Incorporación Fiscal: Se requiere la entrega del archivo XML por la enajenación del bien, o en su caso pueden darle a GNP los formatos de autorización para que emita el CFDI por la Adquisición del bien. • Personas Morales, Personas Físicas con Actividad Empresarial y profesional y Personas Físicas con Régimen de Incorporación Fiscal: deberá elaborar una nueva factura a favor de Grupo Nacional Provincial S.A.B. en formato CFDI y Entregando el archivo XML, el texto y el desglose con los montos proporcionados le serán proporcionados posteriormente a la entrega de su documentación. • En caso de robo no localizado deberá facturar en ceros la transmisión de la propiedad. • En caso de extravío de facturas en daños materiales: para único propietario (copia de factura certificada y acta de extravío), para más de un propietario (información testimonial 2 testigos y acta de extravío), • En caso de extravío de facturas robo no recuperado: Jurisdicción voluntaria (excepto cuando el asegurado cuente con factura certificada) y acta de extravío con fecha anterior al siniestro. • En caso de unidades americanas: Título de propiedad y pedimento de importación. 				✓	✓	✓
<p>2. Póliza y recibo de pago (Sólo aplica para asegurados)</p> <p>Presentar póliza original y copia fotostática por anverso y reverso (En caso de no contar con este documento, favor de dirigirse con su agente de ventas). Para pólizas individuales y familiares es indispensable que el importe total de la prima del seguro se encuentre completamente pagada; ES DECIR, DEBERÁ CUBRIRSE TODA LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.</p>				✓	✓	✓
<p>3. Acta de robo y acreditación de propiedad, ambos documentos certificados en original</p> <p>En todos los casos deberá entregarse copia al carbón, copia fotostática o impresión original del acta completa de la Denuncia CERTIFICADA, incluyendo: la declaración inicial, RATIFICACIÓN Y ACREDITACIÓN DE LA PROPIEDAD y todas las declaraciones complementarias CERTIFICADAS por la Agencia del Ministerio Público. Es importante aclarar que NO ES SUFICIENTE EL SELLO ORIGINAL DE LA DEPENDENCIA, adicional a este deberá contener claramente la leyenda en la que se anota la palabra "CERTIFICA" además de la fecha, sello y firma del Agente del Ministerio Público.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para personas físicas: la acreditación la debe realizar el legítimo propietario del vehículo. • Para personas morales: La acreditación la debe realizar el Apoderado Legal de la empresa. <p>Para realizar la acreditación en ambos casos, se deberán presentar los documentos mencionados en el punto número uno y la declaración inicial.</p>					✓	✓

Documento/requisito	Daños materiales	Robo recuperado	Robo no recuperado
<p>4. Oficio de liberación de la unidad que no se encuentre en calidad de depósito (Sólo aplica para asegurados)</p> <p>En caso de que su vehículo haya sido recuperado deberá presentar el Oficio de Liberación con los sellos originales de la agencia del Ministerio Público que lo expide.</p> <p>Cabe hacer la aclaración que un vehículo liberado en calidad de "DEPOSITO O CUSTODIA", no autoriza al cliente para enajenar o transmitir la propiedad del bien; lo cual impide a Grupo Nacional Provincial, S.A.B. realizar cualquier trámite de indemnización.</p>		✓	
<p>5. Baja de placas</p> <p>Es importante realizar este trámite, ya que con este documento el propietario de la unidad quedará deslindado de cualquier responsabilidad que se le pueda atribuir por el mal uso de las placas, en virtud de que éstas se encuentran registradas a su nombre. Con este trámite evitará además que las autoridades hacendarias le requieran el pago de las tenencias de años posteriores a la fecha del siniestro. Para efectuarla es necesario se presente en la oficina de tránsito de la Delegación o Municipio que le corresponda, con el formato "Aviso de Pérdida Total" (documento que es entregado por Grupo Nacional Provincial, S.A.B.), placas, tarjeta de circulación y copia fotostática de la factura del vehículo. EL COMPROBANTE DE PAGO Y EL TRÁMITE DE BAJA DE PLACAS asignado por la oficina de tránsito, deberá entregarse en original.</p>	✓	✓	✓
<p>6. Comprobantes originales del pago de tenencias de los últimos 5 años</p> <p>Años de tenencias a presentar: ____/____/____/____/____/____</p> <p>En caso de no contar con alguno de ellos, si este fue pagado, solicitar oficio de Certificación en la Tesorería.</p>	✓	✓	✓
<p>7. Llaves del vehículo</p> <p>Si el robo del vehículo ocurrió estacionado será indispensable entregar el juego de llaves.</p>	✓	✓	✓
<p>8. Factura de motor</p> <p>En caso de que exista un cambio de motor es necesario presentar la factura del mismo endosada a favor de Grupo Nacional Provincial, S.A.B. por el último propietario; de no tenerla, se descontará su valor del total de la indemnización permitiendo retirar el motor del vehículo.</p>	✓	✓	✓
<p>9. Endoso de póliza por equipo especial (Sólo aplica para asegurados)</p> <p>Es un documento emitido por Grupo Nacional Provincial, S.A.B. cuando la cobertura de adaptaciones, conversiones o equipo especial es contratada y contiene la descripción a detalle del equipo asegurado; adicional a este documento se deberán entregar las facturas originales que amparen dicho equipo, endosadas a favor de Grupo Nacional Provincial, S.A.B. por el último propietario.</p>	✓	✓	✓
<p>10. Documentos que acrediten la preexistencia de la unidad.</p> <p>Estos documentos pueden ser, de forma enunciativa más no limitativa: facturas de servicios o mantenimiento anteriores al siniestro, pólizas de seguro anteriores inmediatas consecutivas, infracciones, comprobantes de verificación vehicular, carta membretada expedida por el agente de seguros que confirme haber realizado la inspección ocular de la unidad al momento de la emisión de la póliza.</p>			✓
<p>11. Comprobante de instalación del dispositivo de seguridad (Sólo aplica para asegurados) En vehículos de alto riesgo, con instalación realizada por Grupo Nacional Provincial, S.A.B. presentando el certificado vigente.</p>	✓	✓	✓
<p>12. Avalúo de la unidad de vehículos antiguos o clásicos (Sólo aplica para asegurados)</p> <p>Cuando el avalúo sirva como referencia para determinar la Suma Asegurada, éste deberá haber sido elaborado por un perito reconocido por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, con fecha igual al inicio de la vigencia de la póliza o anterior a la vigencia de la misma.</p>	✓	✓	✓
<p>13. Formato de Auto Check up (sólo aplica para asegurados)</p> <p>Para vehículos en los que GNP realizó el Auto Check – Up.</p>	✓	✓	✓
<p>14. Comprobante de domicilio vigente ⁽¹⁾: Estado de cuenta, impuesto predial, IFE, recibos de servicios de luz, agua y/o teléfono.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personas Físicas Extranjeras: Sólo si es residente. • Personas Morales: Comprobante de domicilio Fiscal de la Empresa. <p>⁽¹⁾ Será necesario incluir comprobante de domicilio adicional, si el manifestado no coincide con el que aparece en la identificación oficial, no deberán tener una antigüedad mayor a 3 meses.</p>	✓	✓	✓
<p>15. Copia de identificación oficial vigente (Credencial de elector, pasaporte, cartilla, cédula profesional)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personas Físicas: Quien transmite la propiedad y firma el "Convenio-Finiquito". • Personas Morales: Del representante legal que firma el "Convenio-Finiquito". 	✓	✓	✓

Documento/requisito	Daños materiales	Robo recuperado	Robo no recuperado
16. Acta Constitutiva o Documento que Compruebe su Legal Existencia <ul style="list-style-type: none"> Personas Morales Mexicanas: Acta Constitutiva. Personas Morales Extranjeras: Documento que compruebe su legal existencia. Personas Morales de reciente constitución: En cuanto lo tengan. 	✓	✓	✓
17. Comprobante de Poderes y Facultades del representante legal <ul style="list-style-type: none"> Personas Morales Mexicanas y Extranjeras: Documento legalizado. 	✓	✓	✓
18. Copia de Cédula Fiscal (Registro Federal de Contribuyentes) RFC <ul style="list-style-type: none"> Personas Físicas y Morales Mexicanas: Obligatorio Personas Físicas y Morales Extranjeras: Sólo si cuenta con él 	✓	✓	✓
19. Formato Solicitud de Expedición de CFDI <p>Formato anexo a esté documento donde se da autorización a GNP para dar de alta el RFC ante el SAT en caso de no contar con él RFC con homoclave y para emitir CFDI en nombre del propietario del vehículo.</p> <ul style="list-style-type: none"> Personas Físicas sin Actividad Empresarial y profesional y sin Régimen de Incorporación Fiscal: Obligatorio 	✓	✓	✓
20. Formato Carta de Consentimiento Asignación de Rol <p>Formato anexo a esté documento donde se da autorización a GNP para realizar cambio de Asignación de Rol ante el SAT para la Emisión de Facturas Electrónicas (CFDI) de Personas Físicas sin actividad Empresarial y profesional y sin Régimen de Incorporación Fiscal.</p> <ul style="list-style-type: none"> Personas Físicas sin Actividad Empresarial y profesional y sin Régimen de Incorporación Fiscal: Obligatorio 	✓	✓	✓
21. Clave Única de Registro de Población (CURP) <p>Deberá entregar copia fotostática de la Clave Única de Registro de Población (CURP). En caso de no contar con este documento deberá consultarse en la página http://consultas.curp.gob.mx/CurpSP/</p> <ul style="list-style-type: none"> Personas Físicas Mexicanas: Obligatorio Personas Físicas Extranjeras: Sólo si cuenta con él 	✓	✓	✓

En caso de no contar con algún(os) documento(s) original(es) mínimo(s) indispensable(s) que se mencionan en este documento o si requiere mayor información respecto al trámite, nos ponemos a sus órdenes en los teléfonos de Línea GNP, o bien agradecemos su visita en _____.

Número de atención a clientes: **5227 9000 D.F. y Área Metropolitana**
01800 400 9000 Interior de la República

ANEXO B Información para el pago de vehículos decretados Pérdida Total

Número de Póliza	Código de Filiación (Uso exclusivo de GNP)
------------------	--

Nombre del Asegurado y/o propietario de la unidad (Si es Persona Física, se deberá escribir conforme aparece en su identificación oficial. Si es Persona Moral, se deberá escribir el nombre completo la denominación o razón social)

Número de siniestro	letras	año	mes	día	homoclave	lada	Teléfono de contacto	Ext.
R.F.C.								
Correo electrónico	País de residencia fiscal	Número de identificación fiscal (RFC o TIN) o equivalente						

Seleccione una de las siguientes opciones de pago y registre la información solicitada en la sección correspondiente:

Opción **Transferencia**

A Cuenta CLABE Realizar los pagos a una cuenta CLABE de 18 dígitos que aparece en el estado de cuenta impreso o que es proporcionada en cualquier sucursal de su banco.
 _____ - _____ - _____ - _____ - _____

B Número de Tarjeta Realizar el pago a una Tarjeta de Débito con el número del plástico de 16 dígitos y el banco al que pertenece
 _____ - _____ - _____ - _____ - _____
 Nombre del Banco: _____

Para personas físicas, de no ser posible efectuar el pago a través de la opción antes mencionada, se realizará por medio de una orden de pago con las claves de seguridad proporcionadas por GNP, a través de los siguientes medios:

Teléfono móvil: _____
 Correo electrónico: _____ @ _____

Para hacer efectivo el cobro, debe acudir a la institución bancaria que corresponda con una identificación oficial (INE, Pasaporte vigente o Cédula profesional) y las claves de seguridad.

Para personas morales, de no ser posible efectuar el pago a través de la opción antes mencionada, un ejecutivo de GNP se comunicará al teléfono de contacto para indicarle el procedimiento que deberá seguir.

Solicitud de pago y finiquito/Datos Personales

Solicitud de pago y finiquito:
 Por el conducto indicado anteriormente, solicito y autorizo a Grupo Nacional Provincial, S.A.B., para que cualquier pago que proceda a mi favor, derivado del Contrato de Seguro concertado con esta Aseguradora, me sea cubierto de acuerdo a los datos proporcionados.

Al efectuar el pago de acuerdo a la forma seleccionada, por el monto que proceda de acuerdo a las condiciones de la póliza, otorgo a favor de Grupo Nacional Provincial, S.A.B., el más amplio finiquito que en derecho proceda y reconozco el estado de cuenta, comprobante de depósito, ficha de pago , orden de pago o cheque que refleje el movimiento como un acuse de recibo.

Asimismo, autorizo a Grupo Nacional Provincial, S.A.B., a retirar de la cuenta bancaria que proporciono en este formato, cualquier cantidad transferida indebidamente por la aseguradora a mi cuenta.

 Nombre y firma del Titular de la cuenta bancaria o representante legal.

FPS010600tesor_0717VD.indd

Datos Personales:

El tratamiento de los datos personales en Grupo Nacional Provincial, S.A.B. (GNP) se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral que se encuentra disponible en la página de internet gnp.com.mx en la sección aviso de privacidad o bien, llamando al 5227-9000

Atendiendo a lo anterior, estoy de acuerdo en las condiciones de la solicitud de pago y finiquito, así como en las referidas para el tratamiento de los datos personales.

Nombre y firma del Titular de la cuenta bancaria o representante legal.

Anexar al Formato los documentos correspondientes**Persona física:**

- Copia ciega del estado de cuenta bancario (sin saldo ni movimientos), no mayor a 3 meses de antigüedad, carta certificada donde se pueda identificar el nombre del titular y número de cuenta correspondiente, o contrato bancario firmado por la institución bancaria y el titular de la cuenta.
- Copia de la identificación oficial (con fotografía) vigente.
- Copia de la cédula fiscal de la persona física.

Persona moral:

- Copia ciega del estado de cuenta bancario (sin saldo ni movimientos), no mayor a 3 meses de antigüedad, carta certificada donde se pueda identificar el nombre del titular y número de cuenta correspondiente, o contrato bancario firmado por la institución bancaria y el titular de la cuenta.
- Copia del acta constitutiva de la empresa,
- Copia de la cédula fiscal de la razón social.
- Copia de la identificación oficial (con fotografía) vigente del representante legal.
- Copia del poder del representante legal. Solo en caso de que obre en una escritura diferente al acta constitutiva.

Apartado para uso exclusivo de Grupo Nacional Provincial, S.A.B.

- Cuenta dada de alta
- Firma validada vs identificación oficial
- Información validada vs documentación

Sello de recibido

En Grupo Nacional Provincial nos preocupamos por su bienestar, es por ello que le comunicamos que el pago de Pérdida total, se realizara por medio de transferencia electrónica, la cual le permite recibir su pago con seguridad y directamente en su cuenta bancaria.

Solicitud de pago por transferencia

GNP SEGUROS Grupo Nacional Provincial, S.A.B.
Av. Cerro de las Torres 395, Colonia Campestre Churubusco
C.P. 04200, México, Ciudad de México

ANEXO B Información para el pago de vehículos decretados Pérdida Total

1. Número de Póliza: _____ Código de Filiación (Uso exclusivo de GNP): _____

2. Asegurado y/o propietario de la unidad (Si es Persona Física, se deberá escribir conforme aparece en su identificación oficial. Si es Persona Moral, se deberá escribir el nombre completo la denominación o razón social): _____

3. Número de siniestro: _____ Letras: _____ año: _____ mes: _____ día: _____ homoclave: _____ Lada: _____ Teléfono de contacto: Ext. _____

4. Correo electrónico: _____ País de residencia fiscal: _____ Número de identificación fiscal (RFC o TIN) o equivalente: _____

5. Seleccione una de las siguientes opciones de pago y registre la información solicitada en la sección correspondiente:

6. Transferencia
 Cuenta CLABE Realizar los pagos a una cuenta CLABE de 18 dígitos que aparece en el estado de cuenta impreso o que es proporcionada en cualquier cursoral de su banco.

7. Número de Tarjeta Realizar el pago a una Tarjeta de Débito con el número del plástico de 16 dígitos y el banco al que pertenece _____

Nombre del Banco: _____

Para personas físicas, de no ser posible efectuar el pago a través de la opción antes mencionada, se realizará por medio de transferencia de pago con las claves de seguridad proporcionadas por GNP, a través de los siguientes medios:

Teléfono móvil: _____
Correo electrónico: _____ @ _____

Para hacer efectivo el cobro, debe acudir a la institución bancaria que corresponda con una identificación oficial (INE, Pasaporte vigente o Cédula profesional) y las claves de seguridad.

Para personas morales, de no ser posible efectuar el pago a través de la opción antes mencionada, un ejecutivo de GNP se comunicará al teléfono de contacto para indicarle el procedimiento que deberá seguir.

Solicitud de pago y finiquito/Datos Personales

Solicitud de pago y finiquito:
Por el conducto indicado anteriormente, solicito y autorizo a Grupo Nacional Provincial, S.A.B., para que cualquier pago que proceda a mi favor, derivado del Contrato de Seguro concertado con esta Aseguradora, me sea cubierto de acuerdo a los datos proporcionados.

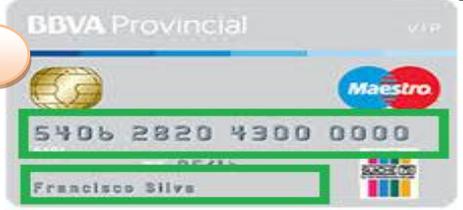
Al efectuar el pago de acuerdo a la forma seleccionada, por el monto que proceda de acuerdo a las condiciones de la póliza, otorgo a favor de Grupo Nacional Provincial, S.A.B., el más amplio finiquito que en derecho proceda y reconozco el estado de cuenta, comprobante de depósito, ficha de pago, orden de pago o cheque que refleje el movimiento como un acuse de recibo.

Asimismo, autorizo a Grupo Nacional Provincial, S.A.B., a retirar de la cuenta bancaria que proporciono en este formato, cualquier cantidad transferida indebidamente por la aseguradora a mi cuenta.

Nombre y firma del Titular de la cuenta bancaria o representante legal: _____

FP5010600 En caso de requerir información contáctenos: al 5227 9000 para la Ciudad de México, al 01 800 400 9000 lada sin costo para el interior de la República o visite gnp.com.mx 1/2

- Nombre completo del asegurado beneficiario tal y como aparece en su identificación oficial, sin tachaduras y/o enmendaduras.
- Número de Siniestro el cual está ubicado en su orden de admisión y/o declaración de siniestro.
- En la selección de pago tiene dos opciones: si usted elige pago por medio de su cuenta clabe esta viene ubicada en el encabezado de su estado de cuenta que debe estar vigente y consta de 18 dígitos.
- La segunda opción es la Tarjeta de Débito con 16 dígitos que vienen en el plástico que presente y este debe estar personalizado.
- En caso de no ser posible efectuar el pago a través de las opciones antes mencionadas, se estaría realizando pago por medio de una orden de pago, por lo que es importante anotar su teléfono móvil y correo electrónico.



Solicitud de Expedición de CFDI

Información del Asegurado (Enajenante)	
Lugar y Fecha de expedición	
Por este medio quien suscribe	con actividad preponderante consistente en <input type="checkbox"/> Asalariado <input type="checkbox"/> Otro cual:
Domicilio fiscal	
Otorgo expresamente mi conformidad para que: Grupo Nacional Provincial, S.A.B de RFC: GNP 921124 4P0 quien será adquirente o arrendatario de los bienes o servicios que presto, realice mi inscripción en el Registro Federal de Contribuyentes (RFC) en los términos de lo dispuesto por la Resolución Miscelánea Fiscal vigente, y en consecuencia emita los CFDI por las operaciones de venta de bienes o prestación de servicios que celebremos entre ambas partes, al amparo de lo dispuesto por la regla: Resolución Miscelánea vigente.	
Información del Asegurado (Enajenante)	
Nombre completo (Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s))	
Clave CURP	Lugar y fecha de nacimiento
Datos de identificación oficial vigente	
Correo electrónico	
<hr/> Nombre y firma de Autorización	
<p>Nota: "La Persona Física que emitirá la factura de la venta de la unidad usada, realiza la operación como un acto accidental de comercio y no le genera obligaciones fiscales adicionales".</p> <p>"El comprobante fiscal se expedirá para cumplir con las disposiciones fiscales establecidas en el artículo 29 del Código Fiscal de la Federación y sus reglas respectivas".</p>	

Carta de Consentimiento para realizar Solicitud de Asignación de Rol para la Emisión de Facturas Electrónicas (CFDI) de Personas Físicas sin Actividad Empresarial y Profesional y sin Régimen de Incorporación Fiscal

Lugar y Fecha de expedición: _____

Por medio de la presente yo: _____ con el fin de dar cumplimientos al artículo 27, 29 y 29 A del Código Fiscal de la Federación y la Resolución Miscelánea Fiscal vigente bajo protesta de decir verdad en el cual manifiesto que autorizo a Grupo Nacional Provincial S.A.B a realizar por mi cuenta el trámite de Solicitud de Asignación de Rol ante el Sistema de Administración Tributaria (SAT), así como la Emisión de Factura Electrónica (CFDI) por el Valor de Adquisición del bien que Grupo Nacional Provincial S.A.B. le asigne.

Con base a lo acordado, otorgo la siguiente información:

Información del Asegurado (Enajenante)			
Nombre completo (Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s))		letras	año mes día homoclave
		R.F.C.	
Clave CURP	Lugar y fecha de nacimiento		
Número Identificador (OCR) del IFE:	Régimen fiscal <input type="checkbox"/> Asalariado <input type="checkbox"/> Otro cual: _____		
Correo electrónico			
Domicilio fiscal			
Calle		Número exterior	Número interior
Colonia			Código Postal
Municipio o Delegación	Ciudad o Población	Entidad Federativa	
Datos del Siniestro			
Número de siniestro		Número de póliza	
Datos del Vehículo			
Marca	Tipo	Placas	
Año Modelo	Número de serie	Número de motor	
<p>Nota Importante: Conforme a la Ley del Impuesto sobre la Renta, en su Artículo 126 párrafo 4 y 5. En caso de que el importe total del Valor de Adquisición del bien, sea igual o mayor a \$227,400 M.N., se realizará una retención del 20% del importe total del Valor de Adquisición del bien, al momento del pago.</p>			
<p>_____</p> <p>Nombre y firma de Autorización</p>			
<p>Nota: "La Persona Física que emitirá la factura de la venta de la unidad usada, realiza la operación como un acto accidental de comercio y no le genera obligaciones fiscales adicionales".</p>			
<p>"El comprobante fiscal se expedirá para cumplir con las disposiciones fiscales establecidas en el artículo 29 del Código Fiscal de la Federación y sus reglas respectivas".</p>			

Autos - Pérdida Total

Con el objetivo de apoyarte en el llenado de los **Formatos para indemnización de Pérdida Total (Persona Física)** ponemos a tu disposición la siguiente guía que te ayudará a completar los datos solicitados incluyendo:

- Solicitud de Expedición de CFDI
- Carta de Consentimiento para Asignación de Rol

1. Lugar y Fecha de expedición

Ejemplo:

Cd. de México a 01 de enero de 2016

- o De acuerdo con la ubicación y fecha al momento de llenar el formato.
- o Es indistinto si la ubicación o fecha es diferente a la Oficina de Servicio a la que se presenta el Asegurado para la entrega de documentación.

2. Por este medio quien suscribe

Nombre completo de acuerdo con la identificación oficial presentada del propietario o beneficiario.

3. Con actividad preponderante consiste en Asalariado. Cuando el Asegurado trabaja bajo nómina

Otro. Cuando el Asegurado trabaja bajo un régimen laboral distinto.

Por ejemplo: comerciante (informal) , hogar, estudiante, Régimen de Incorporación Fiscal (RIF) etc.

4. Domicilio fiscal

Domicilio completo de acuerdo con la identificación oficial o comprobante de domicilio presentado.

1 Información del Asegurado (Enajenante)
Lugar y Fecha de expedición

2 Por este medio quien suscribe

3 con actividad preponderante consistente en Asalariado Otro cual:

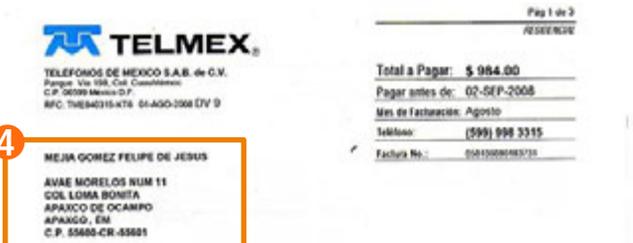
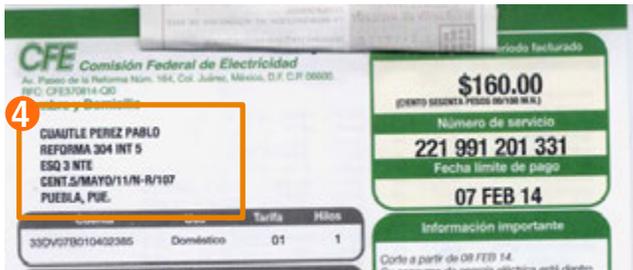
4 Domicilio fiscal

OTRGO expresamente mi conformidad para que Grupo Nacional Provincial, S.A.B de RFC: GNP 921124 4PO quien será adquirente arrendatario de los bienes o servicios que presta, realice mi inscripción en el Registro Federal de Contribuyentes (RFC) en los términos de lo dispuesto por la Resolución Miscelánea Fiscal vigente, y en consecuencia emita los CFDI por las operaciones de venta de bienes o prestación de servicios que celebremos entre ambas partes, al amparo de lo dispuesto por la regla Resolución Miscelánea vigente

Información del Asegurado (Enajenante)
Nombre completo (Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s))
Clave CURP Lugar y fecha de nacimiento
Datos de identificación oficial vigente
Correo electrónico

Nombre y firma de Autorización

Nota: La Persona Física que emita la factura de la venta de la unidad usada, realiza la operación como un acto accidental de comercio y no le genera obligaciones fiscales adicionales.
El comprobante fiscal se expedirá para cumplir con las disposiciones fiscales establecidas en el artículo 29 del Código Fiscal de la Federación y sus reglas respectivas.



GNP SEGUROS Grupo Nacional Provincial, S.A.B. Av. Cerro de las Torres 305, Colonia Campestre Churubusco c.p. 04200, México D.F.

Carta de Consentimiento para realizar Solicitud de Asignación de Rol para la Emisión de Facturas

1 Incorporación Fiscal
Lugar y Fecha de expedición:

Por medio de la presente yo: **2** el fin de dar cumplimiento al artículo 27, 29 y 29 A del Código Fiscal de la Federación y la Resolución Miscelánea Fiscal vigente bajo protesta de decir verdad en el cual manifiesto que autorizo a Grupo Nacional Provincial S.A.B a realizar por mi cuenta el trámite de Solicitud de Asignación de Rol ante el Sistema de Administración Tributaria (SAT), así como la Emisión de Factura Electrónica (CFDI) por el Valor de Adquisición del bien que Grupo Nacional Provincial S.A.B. le asigne.

Con base a lo acordado, otorgo la siguiente información:

3 Información del Asegurado (Enajenante)
Nombre completo (Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s)) _____ letras año mes día homoclas
4 R.F.C. _____
5 Clave CURP _____
6 Lugar y fecha de nacimiento _____
7 Número Identificador (OCR) del IFE: _____
8 Régimen fiscal Asalariado Otro cual: _____
9 Correo electrónico _____

Municipio o Delegación _____ Ciudad o Población _____ Entidad Federativa _____

Datos del Síntesis
Número de siniestro _____ Número de póliza _____

Datos del Vehículo
Marca _____ Tipo _____ Placas _____
Año Modelo _____ Número de serie _____ Número de motor _____

Nota importante: Conforme a la Ley del Impuesto sobre la Renta, en su Artículo 129 párrafo 4 y 5. En caso de que el importe total del Valor de Adquisición del bien, sea igual o mayor a \$227,400 M.N., se realizará una retención del 20% del importe total del Valor de Adquisición del bien, al momento del pago.

Nombre y firma de Autorización
Nota: "La Persona Física que emitirá la factura de la venta de la unidad usada, realiza la operación como un acto accidental de comercio y no le genera obligaciones fiscales adicionales".
"El comprobante fiscal se expedirá para cumplir con las disposiciones fiscales establecidas en el artículo 29 del Código Fiscal de la Federación y sus regímenes".

En caso de reportar información confidencial al 0207 9030 para el Distrito Federal, al 01 800 400 9030 para el resto de la República o más que con mi...

1. Lugar y fecha de expedición

Ejemplo:

Cd. de México a 01 de enero de 2016

- De acuerdo con la ubicación y fecha al momento de llenar el formato.
- Es indistinto si la ubicación o fecha es diferente a la Oficina de Servicio a la que se presenta el Asegurado para la entrega de documentación.

2. Por medio de la presente yo

Nombre completo de acuerdo con la identificación oficial presentada.

3. Nombre completo

Nombre completo de acuerdo con la identificación oficial presentada.

4. RFC

- Puedes consultarlo en la página siat.sat.gov.mx/PTSC/
- En caso de no contar con RFC, el Ejecutivo de Servicio te ayudará a darte de alta para cumplir con el requisito.

5. Clave CURP

Según la identificación oficial presentada, el CURP puede aparecer en la misma.

También puedes obtenerlo en la página de internet consultas.curp.gob.mx

6. Lugar y fecha de nacimiento

Según la identificación oficial presentada, la dirección puede aparecer en la misma.

7. Número identificador (OCR) del IFE

Según la identificación oficial presentada, la dirección puede aparecer en la misma.

8. Régimen fiscal

Asalariado. Cuando el asegurado trabaja bajo nómina

Otro. Cuando el asegurado trabaja bajo un régimen laboral distinto.

Por ejemplo: comerciante (informal) , hogar, estudiante, Régimen de Incorporación Fiscal (RIF) etc.

9. Correo electrónico

Si no cuentas con correo electrónico coloca la leyenda «No tengo»



Carta de Consentimiento para realizar Solicitud de Asignación de Rol para la Emisión de Facturas

Incorporación Fiscal
Lugar y Fecha de expedición:

Por medio de la presente yo, _____ con el fin de dar cumplimiento al artículo 27, 29 y 29A del Código Fiscal de la Federación y la Resolución Miscelánea Fiscal vigente bajo protesta de decir verdad en el cual manifiesto que autorizo a Grupo Nacional Provincial S.A.B a realizar por mi cuenta el trámite de Solicitud de Asignación de Rol ante el Sistema de Administración Tributaria (SAT), así como la Emisión de Factura Electrónica (CFDI) por el Valor de Adquisición del bien que Grupo Nacional Provincial S.A.B. le sigue.

Con base a lo acordado, otorgo la siguiente información:

Información del Asegurado (Enajenante)
Nombre completo (Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s)) _____ R.F.C. _____ letras año mes día totalidad
Clave CURP _____ Lugar y fecha de nacimiento _____
Número Identificador (OCR) del IFE _____ Régimen fiscal _____
Correo electrónico _____ Asistiendo _____ Otro cual _____

Domicilio fiscal
Calle _____ Número exterior _____ Número interior _____
Colonia _____ Código Postal _____
Municipio o Delegación _____ Ciudad o Población _____ Entidad Federativa _____

Datos del Siniestro
Número de siniestro **a** _____ Número de póliza **b** _____
Año Modelo _____ Número de serie _____ Número de motor _____

Nota importante: Conforme a la Ley del Impuesto sobre la Renta, en su Artículo 126 párrafo 4 y 5. En caso de que el importe total del Valor de Adquisición del bien, sea igual o mayor a \$227,400 M.N., se realizará una retención del 20% del importe total del Valor de Adquisición del bien, al momento del pago.

Nombre y firma de Autorización
Nota: "La Persona Física que entrará la factura de la venta de la unidad usada, realiza la operación como un acto accidental de comercio y no la genera obligaciones fiscales adicionales."
"El comprobante fiscal se expedirá para cumplir con las disposiciones fiscales establecidas en el artículo 29 del Código Fiscal de la Federación y sus reglas respectivas".

1. Domicilio fiscal

Domicilio completo de acuerdo con la identificación oficial o comprobante de domicilio presentado.

2. Datos del siniestro

- a) Número del siniestro
- b) Número de póliza

Ambos datos aparecen en la parte superior de los documentos entregados por el ajustador al momento de la atención del siniestro.

CFE Comisión Federal de Electricidad
Cuenta facturada
\$160.00
Número de servicio: 221 991 201 331
Fecha límite de pago: 07 FEB 14

1. CUAUTLE PEREZ PABLO
REFORMA 304 INT 5
ESQ 3 NTE
CENT 5/MAYO/11/N-R/107
PUEBLA, PUE.

TELMEX
TELEFONOS DE MEXICO S.A.B. DE C.V.
Pagos: Vía 988, Call Center/Móvil: C.P. 06000 México D.F.
R.F.C. TME04015-KTS 01-AGO-2008 (TV 9)

MEJIA GOMEZ FELIPE DE JESUS
1. AVAE MORELOS NUM 11
COL LOMA BONITA
APAXCO DE OCAMPO
APAXCO, EM
C.P. 55800-CR-55801

Total a Pagar: \$ 984.00
Pagos antes de: 02-SEP-2008
Mes de facturación: Agosto
Teléfono: (599) 999 3315
Factura No.: 00410000005735

Orden de admisión

GNP Seguros
Vehículo Asegurado: VOLKSWAGEN GOL CL 1.6 C/A AC.
Modelo (año): 2015
Tipo de vehículo: AUTOMOVIL
Marca: VOLKSWAGEN
Submarca: VOLKSWAGEN GOL
Número de serie: 9WAB09JUXFP170124
Nombre del asegurado/Conductor: MARTHA
Apellido paterno del asegurado/Conductor: HERNANDEZ
Apellido materno del asegurado/Conductor: HERNANDEZ
Fecha de nacimiento: 1970-04-11

Ubicación del siniestro: San Lorenzo y Patricio San
Causa del siniestro: Colisión

¿Cómo ocurrió el siniestro?
Mi auto estaba estacionado y lo impactaron otro vehículo

Hora/Fecha de ocurrencia: 9:00 PM.
Hora de arribo del ajustador: 12:00 AM
Nombre del Abogado: Abigail Ureta Najera
Teléfono Abogado: 5530506861

GNP Seguros
Declaración
1. NO. DE SINIESTRO: 301645109
Nombre del contratante de la póliza: _____
Fecha de emisión: 10/10/2018
Número de la póliza: _____
Estatus: _____
Vigencia de la póliza: 29/04/2015 - 29/05/2018

GNP Seguros
Declaración para la Atención de Siniestros Autos General
Folio: 44430020
Ajustador: MAJULF CRUZ Y CORRO LIZARRI
Folio de Siniestro: 185220100
Número de Siniestro: 22615555

Declaración de siniestro

GNP Seguros
Folio: 44430020
Ajustador: MAJULF CRUZ Y CORRO LIZARRI
Folio de Siniestro: 185220100
Número de Siniestro: 22615555
Nombre del Contratante de la Póliza: Velazquez Jose Luis
Fecha de Emisión: 10/10/2018
Estatus: General
Vigencia de la Póliza: 29/04/2015 - 29/05/2018

GNP SEGUROS Grupo Nacional Provincial, S.A.B. Av. Centro de las Torres 305, Colonia Campestre Churubusco c.p. 04200, México D.F.

Carta de Consentimiento para realizar Solicitud de Asignación de Rol para la Emisión de Facturas

Incorporación Fiscal
Lugar y Fecha de expedición:

Por medio de la presente yo: _____ con el fin de dar cumplimiento al artículo 27, 29 y 29A del Código Fiscal de la Federación y la Resolución Miscelánea Fiscal vigente bajo protesta de decir verdad en el cual manifiesto que autorizo a Grupo Nacional Provincial S.A.B. a realizar por mí cuenta el trámite de Solicitud de Asignación de Rol ante el Sistema de Administración Tributaria (SAT), así como la Emisión de Factura Electrónica (CFDI) por el Valor de Adquisición del bien que Grupo Nacional Provincial S.A.B. le asigna.

Con base a lo acordado, otorgo la siguiente información:

Información del Asegurado (Enajenante)	
Nombre completo (Apellido paterno, Apellido materno, Nombre(s))	R.F.C. letras año mes día fonema
Clave CURP	Lugar y fecha de nacimiento
Número Identificador (OCR) del IFE	Régimen fiscal <input type="checkbox"/> Asistado <input type="checkbox"/> Otro cual:
Correo electrónico	
Dirección fiscal	
Calle	Número exterior Número interior
Colonia	Código Postal
Municipio o Delegación	Ciudad o Población Entidad Federativa
Datos del siniestro	
Número de siniestro	Número de póliza

Datos del Vehículo

a) Marca	b) Tipo	Placas
c) Año Modelo	d) Número de serie	e) Número de motor

Nota importante: Conforme a la Ley del Impuesto sobre la Renta, en su Artículo 126 párrafo 4 y 5. En caso de que el importe total del Valor de Adquisición del bien, sea igual o mayor a \$227,400 M.N., se realizará una retención del 20% del importe total del Valor de Adquisición del bien, al momento del pago.

Nombre y firma de Autorización

Se debe de seguir el ordenamiento establecido al 1027 8000 por el Cliente Fiscal, al 31 800 000 8000 solo de uso para el interior de la República o sólo por internet.

1. Datos del vehículo

a) Marca

b) Tipo

Considerarlo como la submarca.

Ejemplo:

Marca: Volkswagen Submarca: Jetta

Placas

Puedes consultarlas en la tarjeta de circulación o en el comprobante de baja entregado por la Secretaría de Finanzas (de acuerdo con cada entidad).

c) Año modelo

d) Número de serie

e) Número de motor

2. Nombre y firma de autorización

Nombre completo y firma de acuerdo con la identificación oficial presentada.



1 PONTIAC GMC AGUASCALIENTES
Autos y Camiones, S.A. de C.V.
 BLVD. JOSE MA. CHAVEZ No. 908 FRACC. LINDAVISTA TEL. 910-94-34 C.P. 20270 AGUASCALIENTES, AGS.

Cliente: _____

FA 0774 **0774**
 FECHA 25/ Noviembre/2008
 R.F.C. _____

EDGAR PEÑA IXEHUATL
 DOMINGO ARENAS No. 4
 LOC. SAN JERONIMO TIANGUISMANALCO
 SAN MARTIN TEXMELUCAN, PUEBLA C.P. 74129 No. Cite. Local: 1971

No. de Inventario	d) 1GCEC14T15Z266783	Condiciones de Pago	Procedencia	No. de Cédula de Legalización
0803541		EFFECTIVO	E.U.A.	
Marca	a) CHEVROLET	Línea	Modelo	c) 2005
	SILVERADO			
Clase	COMERCIALES	Tipo	"N"	Clave Vehicular
				0031601
No. de Cilindros	8	Capacidad	3	Combustible
				e) GASOLINA
				Mot.
				5Z266783
b) CAMIONETA NUEVA, SILVERADO PICK UP, 4 PUERTAS, COLOR DE LA UNIDAD, NEGRO / VESTIDURA TELA	Importe			
MOTOR 5.3 LTS 8 CILINDROS TRANSMISIÓN AUTOMÁTICA DE 4 VELOCIDADES ASIENTOS DE CUBO EN TELA RADIO AM/FM/CD REPROD. AUTOMÁTICA DE SINTONÍA Y RELOJ DIGITAL BOLSAS DE AIRE				



Grupo Nacional Finquero, S.A.S.
Av. Carrizal de San Tomas 395, Colonia Campestre Churubusco
C.P. 04200, México Distrito Federal

Convenio Finiquito

En el caso de que el Asegurado o el Propietario del vehículo descrito en este documento, suscrito a Grupo Nacional Finquero, S.A.S., para que de conformidad con las Condiciones Generales y en su caso Excepciones de la póliza, presentados las Excepciones sobre las generadas, se Asegurador dentro de la Póliza, Total del vehículo, en estado de haberlo de la situación por el accidente ocurrido.

En atención a lo anterior y para el supuesto de que el monto del daño por vehículos afectado asegurado se encuentre comprendido dentro de los parámetros establecidos en las Condiciones Generales y en su caso Excepciones, aplicable a la Aseguradora de forma expresa dentro de la póliza total del mismo.

Respecto a lo anterior, antes de aceptar el pago a la Aseguradora, en un plazo no mayor a 30 días naturales contados a partir de la fecha de ingreso del vehículo al Centro de Reparación, Centro de Reparación e instalación de la Aseguradora toda la información que se describe en el artículo 4 de este Tomo, para que éste pueda dar fe de la pérdida y el monto de indemnización.

Se transmite al plazo al que se refiere el párrafo anterior, de la información a la Aseguradora toda la documentación a la que se refiere el Anexo A, o bien lo contrario por mi propia cuenta o a través del Centro de Reparación, Centro de Reparación e instalaciones de la Aseguradora, solicitando a éste el pago de los daños según valore el análisis de pérdida que la Aseguradora tenga implementado, más la devolución del vehículo, manifestando mi conformidad para que la Aseguradora, a mi nombre y cuenta, reciba el total o parte de los pagos que conforman el vehículo asegurado (parcialmente).

En caso de que la información a la que tengo derecho conforme a las Condiciones Generales y en su caso Excepciones de la póliza, sea de suma del monto que representen los daños generados por el siniestro, más la cantidad que reporte la cuenta del subsecuente, menos el deducible.

En el caso de que la última paga sea facturada y refinanciada con factura digital en todos los casos referidos a lo mencionado anteriormente y entregado al artículo 106.

a) Datos del siniestro (Los campos 1-8 deberán ser llenados con letra de molde por el Asegurador/Propietario).

1. Nombre del Asegurado o propietario	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	2. Razón Social
3. Número de Siniestro	4. Fecha del Siniestro	5. Número de Póliza	6. Vigencia de la Póliza	7. Porcentaje de Daños Materiales

8. Descripción del pago (siempre excluyente para personal GNP)

9. Descripción del pago (siempre excluyente para personal GNP)

10. Información del Cliente para vehículos de pago (siempre excluyente para Asegurador/Propietario)

11. Información del Cliente para vehículos de pago (siempre excluyente para Asegurador/Propietario)

12. Información adicional para personas físicas y Representante Legal

13. Identificación de Residencia en el Extranjero (solo para residencias que tengan residencia temporal fuera del País)

14. Lugar en el que se le puede encontrar (Asegurador/Propietario)

I. Solicitud para declarar la pérdida total

a) Datos del siniestro

1. Nombre del asegurado y/o propietario

Nombre completo de acuerdo con la identificación oficial presentada.

2. Razón social

No aplica, dejar en blanco

3. Número del siniestro

4. Fecha del siniestro

5. Número de póliza

Ambos datos aparecen en la parte superior de los documentos entregados por el ajustador al momento de la atención del siniestro

6. Vigencia de la póliza

7. Porcentaje de Daños Materiales

No aplica, dejar en blanco

Orden de admisión

GNP Seguros

No. de siniestro	301645102
Fecha del reporte del siniestro	10/10/2018
Nombre del contrato de la póliza	2513705
Fecha de emisión	10/10/2018
Título de la póliza	2513705
Vigencia de la póliza	29/04/2018 - 29/05/2018

Vehículo Asegurado: VOLKSWAGEN GOL CL 1.6 C/A AC, Modelo (año): 2015, Tipo de vehículo: AUTOMÓVIL, Marca: VOLKSWAGEN, Submarca: VOLKSWAGEN GOL, Modelo: 2015, Número de serie: SW8W5UXEP170124, Nombre del asegurado/Conductor: MARIANA, Apellido paterno: HERNANDEZ, Apellido materno del asegurado/Conductor: HERNANDEZ, Fecha de nacimiento: 17/04/11

Ubicación del siniestro: **San Lorenzo y Patricio San**
Causa del siniestro: Colisión

¿Cómo ocurrió el siniestro? **MI auto estaba estacionado y lo impactaron otro vehículo**

Horario/Fecha de ocurrencia: **9:00 PM.**
Hora de inicio del siniestro: **12:00 AM**

Se solicita abogar: **Abigail Ureña Najera**
Nombre del Abogado: **5530506861**
Teléfono abogado:



Declaración de siniestro

GNP Seguros Declaración

No. de siniestro	301645102
Fecha del reporte del siniestro	10/10/2018 22:32
Nombre del contrato de la póliza	
Fecha de emisión	10/10/2018
Título de la póliza	
No. de póliza	25137050
Vigencia de la póliza	29/04/2018 - 29/05/2018

GNP Seguros

FOLIO 44430020

Ajustador: MAJULF CRUZ Y CORRO LUIS MANUEL Folio: 28E4-000434430/08/1529

3. NOMBRE: VELAZQUEZ Jose Luis

5. IDENTIFICACION: 185220100

Declaración para la Atención de Siniestros Autos General

¿Cómo ocurrió el siniestro? **MI auto estaba estacionado y lo impactaron otro vehículo**

Abogado: **Abigail Ureña Najera**

GNP Seguros

FOLIO 44430020

Ajustador: MAJULF CRUZ Y CORRO LUIS MANUEL Folio: 28E4-000434430/08/1529

3. NOMBRE: VELAZQUEZ Jose Luis

5. IDENTIFICACION: 185220100

Declaración para la Atención de Siniestros Autos General

¿Cómo ocurrió el siniestro? **MI auto estaba estacionado y lo impactaron otro vehículo**

Abogado: **Abigail Ureña Najera**

Convenio Finiquito

Grupo Nacional Finquitos, S.A.S.
Av. Camero de los Cameros 290, Colonia Camerocho Chihuahua
C.P. 64200, México Estado Federal.

En un formato de Asignación (o Propietario) del vehículo descrito en este documento, emitido a Grupo Nacional Finquitos S.A.S., para que de conformidad con las Condiciones Generales y en su caso Especificas de la póliza, procediendo los Especificos sobre las generales, la Aseguradora devuelva la Póliza Total del Vehículo, en su caso el resultado de la valoración parcial practicada al mismo.

En atención a lo anterior y para el supuesto de que el monto del daño del vehículo afectado asegurado sea menor que el monto de las prestaciones establecidas en las Condiciones Generales o en el caso Especifico, además a la Aseguradora de forma expresa declara la pérdida total del mismo.

Atendiendo a lo anterior, previo de acuerdo en otorgar a la Aseguradora, en un plazo no mayor a 30 días naturales contados a partir de la fecha de ingreso del vehículo al Centro de Reparación, Centro de Remate o instalaciones de la Aseguradora toda la información que se describe en el anexo A de este formato, para que esta pueda dar inicio a la recepción y el trámite de indemnización.

Si no obstante al plazo al que se refiere el párrafo anterior, no se proporcionó a la Aseguradora toda la documentación a la que se refiere el Anexo A, o bien no se cubrió por el propio generador por el accidente, toda la información que se requiere en el presente formato, menos el deducible.

En el caso de que el vehículo haya sido facturado o valorado con factura alguna en favor del caso anterior a la mencionada presentada y entregada al artículo 106, la Aseguradora, a su nombre y cuenta, vendrá a total a partir de las fechas que constan en el presente formato (anexo A).

El pago total, la indemnización a la que tendrá derecho conforme a las Condiciones Generales y en su caso Especificas de la póliza, será la suma del monto que representen los daños generados por el accidente, más el deducible que se registre en el formato del presente, menos el deducible.

El presente formato es un documento que debe ser llenado con letra clara en tinta azul o negra en un computador personal y entregado al artículo 106.

I) Datos del asegurado (en siempre 14 dígitos con formato con letra de imprenta por el Asegurado/Propietario)

1. Nombre del Asegurado por presentar: 2. Número de Seguro: 3. Fecha de Emisión: 4. Número de Póliza: 5. Vigencia de la Póliza: 6. Porcentaje de Cobertura:

II) Datos del vehículo (Campos exclusivos para personal GNP)

1. Marca: 2. Tipo: 3. Modelo: 4. Motor: 5. Serie V6: 6. País:

III) Concepto del pago (Campos exclusivos para personal GNP)

Perdida total por daños materiales: Perdida total por robo no asegurado: Perdida total por robo no asegurado:

IV) Datos del vehículo (Campos exclusivos para personal GNP)

1. Valor de adquisición del Vehículo (GAP): 2. Valor de adquisición del Vehículo (GAP): 3. Valor de adquisición del Vehículo (GAP):

V. Identificación del Cliente para trámite de pago (Campos exclusivos para Asegurado/Propietario)

Fecha de Nacimiento (Personas físicas): País de Nacimiento: Nacionalidad:

Persona Física: Actividad Empresarial: Régimen de Incorporación Fiscal: Otros (especificar):

R.F.C. Personas Físicas: R.F.C. Personas Morales:

Correo electrónico del Asegurado/Propietario (Campos requeridos para el pago):

Profesión u ocupación (Personas físicas): Objeto Social o Giro (Personas morales):

Folio Mensural (Personas morales): No. de identificación fiscal (solo para extranjeros): C.U.R.P.:

VI) Información adicional para personas físicas y Representante Legal

¿El asegurado o representante legal tiene o ha tenido algún cargo alguno dentro del Gobierno Federal o Federal en los últimos 4 años? A. Sí B. No

¿Demanda de Residencia en México (personas físicas y morales)?

¿Demanda de Residencia en el Extranjero (solo para mexicanos que tengan residencia temporal fuera del País)?

¿Habrán en el que se le puede encontrar (Asegurado/Propietario)?

Nombre y dirección de la oficina: Teléfono: Correo electrónico o página de internet:

En caso de requerir información adicional, al 800 800 8000 para el Distrito Federal, al 01 800 800 8000 para el resto del país o al interior de la República o en www.gnp.com.mx. 1/7

II. Identificación del Cliente para trámite de pago

1. Fecha de nacimiento

Según la identificación oficial presentada, la dirección puede aparecer en la misma.

2. País de nacimiento

3. Nacionalidad

4. RFC

- o Puedes consultarlo en la página siat.sat.gob.mx/PTSC/
- o En caso de no contar con RFC, el Ejecutivo de Servicio te ayudará a darte de alta para cumplir con el requisito.

5. Correo electrónico

Si no cuentas con correo electrónico coloca la leyenda «No tengo»

6. Profesión u ocupación

7. CURP

Puedes consultarlas en la tarjeta de circulación o en el comprobante de baja entregado por la Secretaría de Finanzas (de acuerdo con cada entidad).



GNP SEGUROS
Grupo Nacional Finiquito, S.A.S.
Av. Camacho de los Torres 305, Colonia Consuegra Chihuahua
C.P. 64220, Mérida Yucatán Federal.

Convenio Finiquito

En el caso de Asegurados y Propietarios del vehículo dentro de este documento, sujeto a Grupo Nacional Finiquito S.A.S., para que de conformidad con las Condiciones Generales y en su caso Especiales de la póliza, preexistente de la Expediente sobre los generados, la Aseguradora declare la Finalidad Total del Vehículo, en todo el momento de la ejecución permitiendo el mismo.

En atención a lo anterior y para el supuesto de que el monto de daños del vehículo afectado asegurado sea menor al monto de los préstamos establecidos en las Condiciones Generales o en su caso Especiales, sujeto a la Aseguradora de forma expresa declare la pérdida total del mismo.

Asimismo y de acuerdo con lo establecido en el artículo 14 del presente convenio, el grupo no tiene la obligación de pagar de la fecha de ingreso del vehículo al Centro de Reparación, Centro de Remedio o Instalaciones de la Aseguradora toda la información que se describe en el propio II de este formulario, para que ésta pueda ser útil a su receptor y al trámite de indemnización.

En consecuencia el plazo de que se refiere el párrafo anterior, no se prometen a la Aseguradora toda la documentación a la que se refiere el Anexo A, a fin de no tener que ser objeto de un trámite al Centro de Reparación, Centro de Remedio o Instalaciones de la Aseguradora, solidario a ésta el pago de los daños según valoración o estado de pérdidas que la Aseguradora tenga implementado, más la devolución del vehículo, manteniéndose en conformidad para que la Aseguradora, a su vez, realice y mantenga, todo el trámite a partir de los datos que constituyen el vehículo asegurado (vehículo).

En caso de que la información a la que se refiere el presente convenio a las Condiciones Generales o en su caso Especiales de la póliza, será la misma que la que se representa en el propio formulario por el asegurado, más la conformidad que aparece en el presente convenio, no se requiere, ni en el presente convenio, ni en el Anexo A.

En el caso de que la unidad haya sido facturada o subastada con factura digital emitida por el emisor autorizado a la inscripción presentada y entregada al artículo 142.

II Datos del vehículo (Cumple con campos 1-6 de este formulario por el Asegurado/Propietario)

Persona Física Persona Moral

1. Nombre del Asegurado en el momento de la contratación 2. Fecha Social

3. Número de Bienes 4. Fecha del Seguro 5. Número de Póliza 6. Vigencia de la Póliza 7. Porcentaje de Daños Materiales

III Datos del vehículo (Cumple con campos 7-10 de este formulario por el Asegurado/Propietario)

7. Marca 8. Tipo 9. Modelo 10. Año 11. Serie VIN 12. Placa

IV Datos de pago (Cumple con campos 11-13 de este formulario por el Asegurado/Propietario)

11. Monto total por daños materiales 12. Monto total por otros conceptos 13. Monto total por otros conceptos

V Datos del Cliente para trámite de pago (Cumple con campos 14-16 de este formulario por el Asegurado/Propietario)

14. Nombre del Cliente (Persona Física/Persona Moral) 15. Fecha de nacimiento 16. Nacionalidad

17. Persona Física 18. Autoridad Emisora del Documento 19. Número de Documento 20. Otros datos importantes

R.F.C. Persona Física 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.

Correo electrónico del Asegurado/Propietario (Cumple con campo 17 de este formulario por el Asegurado/Propietario)

17. Correo electrónico del Asegurado/Propietario

18. Fecha Social o Día (Persona Física)

19. Fecha Social o Día (Persona Moral)

20. Fecha Social o Día (Persona Moral)

21. Fecha Social o Día (Persona Moral)

22. Fecha Social o Día (Persona Moral)

23. Fecha Social o Día (Persona Moral)

24. Fecha Social o Día (Persona Moral)

25. Fecha Social o Día (Persona Moral)

26. Fecha Social o Día (Persona Moral)

27. Fecha Social o Día (Persona Moral)

28. Fecha Social o Día (Persona Moral)

29. Fecha Social o Día (Persona Moral)

30. Fecha Social o Día (Persona Moral)

31. Fecha Social o Día (Persona Moral)

32. Fecha Social o Día (Persona Moral)

33. Fecha Social o Día (Persona Moral)

34. Fecha Social o Día (Persona Moral)

35. Fecha Social o Día (Persona Moral)

36. Fecha Social o Día (Persona Moral)

37. Fecha Social o Día (Persona Moral)

38. Fecha Social o Día (Persona Moral)

39. Fecha Social o Día (Persona Moral)

40. Fecha Social o Día (Persona Moral)

41. Fecha Social o Día (Persona Moral)

42. Fecha Social o Día (Persona Moral)

43. Fecha Social o Día (Persona Moral)

44. Fecha Social o Día (Persona Moral)

45. Fecha Social o Día (Persona Moral)

46. Fecha Social o Día (Persona Moral)

47. Fecha Social o Día (Persona Moral)

48. Fecha Social o Día (Persona Moral)

49. Fecha Social o Día (Persona Moral)

50. Fecha Social o Día (Persona Moral)

51. Fecha Social o Día (Persona Moral)

52. Fecha Social o Día (Persona Moral)

53. Fecha Social o Día (Persona Moral)

54. Fecha Social o Día (Persona Moral)

55. Fecha Social o Día (Persona Moral)

56. Fecha Social o Día (Persona Moral)

57. Fecha Social o Día (Persona Moral)

58. Fecha Social o Día (Persona Moral)

59. Fecha Social o Día (Persona Moral)

60. Fecha Social o Día (Persona Moral)

61. Fecha Social o Día (Persona Moral)

62. Fecha Social o Día (Persona Moral)

63. Fecha Social o Día (Persona Moral)

64. Fecha Social o Día (Persona Moral)

65. Fecha Social o Día (Persona Moral)

66. Fecha Social o Día (Persona Moral)

67. Fecha Social o Día (Persona Moral)

68. Fecha Social o Día (Persona Moral)

69. Fecha Social o Día (Persona Moral)

70. Fecha Social o Día (Persona Moral)

71. Fecha Social o Día (Persona Moral)

72. Fecha Social o Día (Persona Moral)

73. Fecha Social o Día (Persona Moral)

74. Fecha Social o Día (Persona Moral)

75. Fecha Social o Día (Persona Moral)

76. Fecha Social o Día (Persona Moral)

77. Fecha Social o Día (Persona Moral)

78. Fecha Social o Día (Persona Moral)

79. Fecha Social o Día (Persona Moral)

80. Fecha Social o Día (Persona Moral)

81. Fecha Social o Día (Persona Moral)

82. Fecha Social o Día (Persona Moral)

83. Fecha Social o Día (Persona Moral)

84. Fecha Social o Día (Persona Moral)

85. Fecha Social o Día (Persona Moral)

86. Fecha Social o Día (Persona Moral)

87. Fecha Social o Día (Persona Moral)

88. Fecha Social o Día (Persona Moral)

89. Fecha Social o Día (Persona Moral)

90. Fecha Social o Día (Persona Moral)

91. Fecha Social o Día (Persona Moral)

92. Fecha Social o Día (Persona Moral)

93. Fecha Social o Día (Persona Moral)

94. Fecha Social o Día (Persona Moral)

95. Fecha Social o Día (Persona Moral)

96. Fecha Social o Día (Persona Moral)

97. Fecha Social o Día (Persona Moral)

98. Fecha Social o Día (Persona Moral)

99. Fecha Social o Día (Persona Moral)

100. Fecha Social o Día (Persona Moral)

c) Domicilio de Residencia en México (personas físicas y morales)

Calle No. Exterior

Colonia Municipio o Delegación Entidad Federativa

Ciudad o población Código postal Clave Lada Teléfono particular Correo electrónico o página

Clave de población Código postal Clave Lada Teléfono particular Correo electrónico o página de internet

e) Horario en el que se le puede encontrar (Asegurado/Propietario)

Horario y día(s) de la semana 1 2 3 Correo electrónico o página

c) Domicilio de Residencia en México

Domicilio completo de acuerdo con la identificación oficial o comprobante de domicilio presentado.

e) Horario en el que se le puede encontrar

1. Horario y días de la semana
2. Teléfono
3. Correo electrónico o página de internet

Si no cuentas con correo electrónico coloca la leyenda «No tengo»

CFE Comisión Federal de Electricidad
Av. Paseo de la Reforma 144, Col. Juárez, México, D.F. C.P. 06600.
RFC: CFE37814-QD

Nombre y Domicilio

QUAUTLE PEREZ PABLO
REFORMA 304 INT 5
ESQ 3 NTE
CENT.5/MAYO/11/N-R/107
PUEBLA, PUE.

330V/378010402385 Doméstico Tarifa Híbrida 01 1

Monto facturado

\$160.00
(CIENTO SESENTA PESOS 00/100)

Número de servicio
221 991 201 331

Fecha límite de pago
07 FEB 14

Información importante

Corte a partir de 08 FEB 14.
Comunicación de servicio eléctrica está cliente.

TELMEX
TELEFONOS DE MEXICO S.A.B. de C.V.
Paseo Vía 158, Col. Consuegra
C.P. 06099 México D.F.
RFC: TME84015-476 01-450-2568 (TV 9)

MEJIA GOMEZ FELIPE DE JESUS

AVANÉ MORELOS NUM 11
COL. LOMA BONITA
APAXCO DE OCAMPO
APAXCO, EM
C.P. 55680 CR-45881

Pag 1 de 3
RESERVA

Total a Pagar: \$ 984.00

Pagar antes de: 07-FEB-2008

Mes de facturación: Agosto

Teléfono: (599) 998 3315

Factura No.: 00410000003/01

Te invitamos a **conocer, descargar y registrarte** en la aplicación

Conect@móvil



Encuéntrala como GNP Conecta Móvil en:

App Store

Google play

CM65179

Vivir es increíble®

