

01 800 911 1292

**AXA Auto/
CARÁTULA DE PÓLIZA
AUTOMÓVILES/CAMIÓN INDIVIDUAL**

DATOS DEL ASEGURADO	
Nombre:	FARMACIAS GI DEL SURESTE, S.A. DE C.V.
Domicilio:	CARRETERA MUNICIPAL A LA PROVIDENCIA 291-D Col.: EL PORTEZUELO C.P. 42181 MIGUEL HIDALGO, DISTRITO FEDERAL
R.F.C.:	FGS030212QE2 Teléfono: 017711080161

PÓLIZA	
KDV135130200	
Vigencia a las 12 hrs.	
Desde:	09/OCT/2015
Hasta:	09/OCT/2016
Emisión	
Fecha:	01/OCT/2015
Póliza Anterior	
KDV135130100	
Endoso	
KDV13513	
No. de Cliente	
CL03547738	

DATOS DEL VEHÍCULO	
Vehículo:	VOLKSWAGEN TRANSPORTER CARGO VAN CLIMATIC DIESEL
Motor:	CAA512673 Modelo: 2013 Carga: POCO PELIGROSA
Serie:	WV1DLY7H7DH087279 No. Ocupantes: 3 Pasajeros
Placas:	HH93577 2o. Remolque: No
Uso:	NORMAL Índice Tarifa: 0186805
Servicio:	Particular Tarifa: TB1064

DATOS ADICIONALES	
Agente:	051495 CONSULTORES EN RIESGOS Y BENEF
Orden de Trabajo:	KDV0 OT. Agente: /ee
Moneda:	NACIONAL
Forma de Pago:	Contado

CONDUCTORES	
Nombre:	Edad: Sexo:

"AXA Seguros, S.A. de C.V." que en lo sucesivo se llamará la Compañía, asegura de conformidad con las cláusulas de esta póliza y durante la vigencia establecida, el vehículo arriba descrito contra los riesgos que enseguida aparecen con límite máximo de responsabilidad. Al recibir mi póliza me doy por enterado del contenido y alcance de las condiciones generales y especiales que rigen este seguro.

COBERTURAS			
COBERTURAS AMPARADAS	SUMA ASEGURADA	DEDUCIBLE	PRIMA
DAÑOS MATERIALES	297,825.00	5,956.50	4,537.84
ELIMINACION DED. Y DEV. PRIMAS	AMPARADA		52.80
ROBO TOTAL	297,825.00	5,956.50	2,341.80
RESPONSABILIDAD CIVIL Y SERVICIOS DE ASISTENCIA	1,500,000.00		1,232.20
DAÑOS POR LA CARGA	AMPARADA		
RESP. CIVIL PERSONAS EN EXCESO	3,500,000.00		
DEFENSA LEGAL VEHICULAR	3,500,000.00		109.88
ACCIDENTES AUTO. AL CONDUCTOR	100,000.00		34.51
GASTOS MEDICOS A OCUPANTES	150,000.00		175.86
PRIMA NETA			8,484.90
Tasa de Financiamiento			0.00
Gastos por Expedición			400.00
I.V.A.			1,421.57
PRECIO TOTAL			10,306.47

NOTAS IMPORTANTES

Daños Materiales. En pérdidas parciales se aplicará el deducible fijo de **5,956.50** durante toda la vigencia de la póliza. En pérdidas totales, durante el primer año de vigencia se aplicará el deducible fijo de **3,958.50**. Para los años subsiguientes se aplicará el porcentaje del 02% sobre el **VALOR COMERCIAL** del vehículo a la fecha del siniestro.

Robo Total. En pérdidas parciales se aplicará el deducible fijo de **5,956.50** durante toda la vigencia de la póliza. En pérdidas totales, durante el primer año de vigencia se aplicará el deducible fijo de **5,956.50**. Para los años subsiguientes se aplicará el porcentaje del 02% sobre el **VALOR COMERCIAL** del vehículo a la fecha del siniestro.

Este documento y la nota técnica que lo fundamenta están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 36, 36-A y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros para el producto de seguro con registro Seguro de Camiones Residentes CNSF-S0048-0581-2014, con fecha 03 de Febrero de 2015



APODERADO



reinventando / los seguros

Póliza
KDV135130200
Inciso

No. de siniestro
CZ00634F
Inventario

Pérdida total

Estimado asegurado FARMACIAS GI DEL SURESTE SA DE CV

Le informamos que el siguiente vehículo ha sido declarado como pérdida total debido a la magnitud de los daños que presenta:

Marca: VOLKSWAGEN

Tipo: TRANSPORTER

Placas: HH93577

Modelo: 2013

Serie: WV1DLY7H7DH087279

Fecha de siniestro: 07-02-2016

Para mayor información:

- También puedes consultar más sobre nuestros productos en axa.mx



EMPRESA SOCIALMENTE RESPONSABLE*

Nota importante

El presente documento no genera compromiso alguno para AXA Seguros hasta que el asegurado/tercero presente toda la documentación requerida por el departamento de Pérdidas Totales. Estos documentos deberán ser entregados en el área administrativa para su aprobación.

Atentamente

Departamento de Pérdidas Totales





gov.mx

Verificación de Comprobantes Fiscales Digitales por Internet

A través de esta opción, Usted podrá verificar si el comprobante fue Certificado por el SAT

Folio Fiscal

x

RFC Emisor

RFC Receptor

Proporcione los dígitos de la imagen



RFC del Emisor	Nombre o Razón Social del Emisor	RFC del Receptor	Nombre o Razón Social del Receptor
FGS030212QE2	FARMACIAS GI DEL SURESTE S.A. DE C.V.	ASE931116231	
Folio Fiscal	Fecha de Expedición	Fecha Certificación SAT	PAC que Certificó
C2869991-1BC0-4A79-9C43-A18BE1697D7C	2016-05-13T12:18:15	2016-05-13T12:19:16	EME000602QR9
Total del CFDI	Efecto del Comprobante	Estado CFDI	
\$297,825.01	ingreso	Vigente	

Imprimir

Datos generales			
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social FARMACIAS GI DEL SURESTE S.A. DE C.V.			
Domicilio Calle CARRETERA MUNICIPAL A LA PROVIDENCIA		No. exterior 291	No. interior D
Código postal 4 2 1 8 1			
Colonia EL PORTEZUELO	Delegación o municipio MINERAL DE LA REFORMA	Población o ciudad MINERAL DELA REFORMA	Estado HIDALGO
Tel. particular (con clave de ciudad) 01	Tel. oficina (con clave de ciudad) 01	Tel. celular (con clave de ciudad) 044 7 7 1 2 6 6 6 7 9 1	
R.F.C. F G S 0 3 0 2 1 2 Q E 2		C.U.R.P.	
Nacionalidad MEXICANA	País de nacimiento	Ocupación o profesión COMERCIO	
Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa Día Mes Año 1 2 0 2 2 0 0 3		Para personas físicas y morales, número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada (FIEL)	
Actividad o giro mercantil COMERCIO AL POR MAYOR FARMACEUTICOS		Correo electrónico marco.trejo@farmamigo.com	
Llenar estos datos en caso de ser extranjero			
Domicilio en su país de origen Calle		No. exterior	No. interior
Código postal			
Colonia		Población o ciudad	
Estado	País	Teléfono	
Para personas morales			
Nombre del(los) apoderado(s) legal(es) MARCO ANTONIO TREJO CHAVEZ			
Datos de los poderes del representante legal Nombre del notario MARIA REBECA CRUZ BUSTOS		No. de notario público CORREDURIA PUBLICA 7	
No. de escritura 1220		Entidad federativa en la que da fe HIDALGO	
Datos de la constitución No. de escritura donde consta la constitución 54659		Folio mercantil del registro público	
Fecha de inscripción en el registro público Día Mes Año 2 6 0 6 2 0 0 6		Nombre del notario LUIS MANUEL SANCHEZ LOMAS	
Núm. del notario público NUMERO 2		Entidad federativa en la que da fe HIDALGO	
Domicilio Calle GLORIETA REVOLUCIÓN		No. exterior 3	No. interior
Código postal 4 2 0 0 0			
Colonia CENTRO	Delegación o municipio PACHUCA DE SOTO	Población o ciudad PACHUCA DE SOTO	Estado HIDALGO
Tel. particular (con clave de ciudad) 01	Tel. oficina (con clave de ciudad) 01 7 7 1 7 1 3 7 0 6 5	Tel. celular (con clave de ciudad) 044	
Correo electrónico			

GA082 - ABRIL 2015



En caso de ser una subsidiaria, mencione los nombres y proporción de la tenencia accionaria de la o las sociedades poseedoras

Domicilio oficina matriz Calle CARRETERA MUNICIPAL A LA PROVIDENCIA			No. exterior 291	No. interior D	Código postal 4, 2, 1, 8, 1
Colonia EL PORTEZUELO	Delegación o municipio MINERAL DE LA REFORMA	Población o ciudad MINERAL DELA REFORMA	Estado HIDALGO		
Tel. particular (con clave de ciudad) 01	Tel. oficina (con clave de ciudad) 01	Tel. celular (con clave de ciudad) 044 7 7 1 2 6 6 6 7 9 1			

Datos del (los) beneficiario(s) (persona física)

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social FARMACIAS GI DEL SURESTE S.A. DE C.V.		Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa	Día 1, 2, 0, 2, 2, 0, 0, 3	Mes 2	Año 2, 0, 0, 3
Domicilio Calle CARRETERA MUNICIPAL A LA PROVIDENCIA			No. exterior 291	No. interior D	Código postal 4, 2, 1, 8, 1
Colonia EL PORTEZUELO	Delegación o municipio MINERAL DE LA REFORMA	Población o ciudad MINERAL DELA REFORMA	Estado HIDALGO		

Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

Exclusivo para personas físicas. Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, ha sido jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales o funcionario o miembro de partidos políticos. Sí No

En caso afirmativo describa el puesto	Tiempo o periodo	Parentesco o vínculo
---------------------------------------	------------------	----------------------

¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con una sociedad o asociación?
Especifique: Sí No

Nombre y porcentaje de participación

Actúa en nombre y por cuenta propia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso negativo, mencione el nombre del tercero por el que actúa
Acto jurídico a través del cual obtuvo el mandato o representación	Parentesco o vínculo con usted

Domicilio de dicha persona

Datos personales

AXA Seguros S.A. de C.V., con domicilio en Xola número 535 piso 27, Colonia Del Valle, Código Postal 03100, Delegación Benito Juárez, en México, Distrito Federal, le informa que sus datos serán tratados únicamente para los fines del contrato de seguro. Usted podrá conocer ampliamente el Aviso de Privacidad Integral en axa.mx.

Declaro conocer y estar de acuerdo con el Aviso de Privacidad de AXA Seguros, S.A. de C.V. por lo que de conformidad con lo dispuesto por la Ley Federal de Datos Personales en Posesión de los Particulares autorizo que los datos personales proporcionados en esta solicitud puedan utilizarse para todos los fines del contrato de seguro.

Nombre y firma del cliente o del representante legal	Lugar y fecha
<i>Marco Antonio Trejo Chávez</i>	

Asimismo autorizo que AXA Seguros comparta la información de mi siniestro, incluyendo información sensible, con mi agente de seguros. Sí No

"En caso de que usted no lo acepte favor de anular ambas casillas y no estampe su firma".

Nombre y firma del cliente o del representante legal	Lugar y fecha
<i>Marco Antonio Trejo Chávez</i>	

El tratamiento de los datos personales en AXA Seguros, S.A de C.V., se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral que se encuentra disponible en la página de internet axa.mx, en la sección aviso de privacidad.

En caso de haber proporcionado información personal de otros titulares de datos, acepto 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.



reinvirtiendo / los seguros

Acuerdo de Pago por Pérdida Total

.....a de.....de.....

Asegurado / Tercero

Siniestro C200634F

Inventario AXA

Previo conocimiento y aceptación de determinación de Pérdida Total del vehículo

Marca Volkswagen Tipo Transporter Cargo Van Climatic

Placas: _____ Modelo 2013

Convento con AXA Seguros, S.A de C.V., en lo subsecuente AXA, en acreditar la propiedad del vehículo entregando todos los documentos indicados en el Instructivo para entrega de documentos que en este acto recibo, dentro del plazo máximo de 30 días naturales contados a partir de esta fecha De no hacerlo, estoy conforme con liberar a AXA de las posibles obligaciones derivadas del siniestro arriba señalado.

Transcurrido el plazo sin haber entregado la documentación que acredite la propiedad, retiraré el vehículo en un lapso no mayor a 5 días. En caso de no retirar el vehículo autorizo a AXA para que a su elección traslade el vehículo a la dirección abajo indicada, o bien, para que lo resguarde. Libero a AXA de toda responsabilidad por el traslado del vehículo a lugar donde deba almacenarse, así como de cualquier robo o daño adicional causado al vehículo.

Además, de no acreditar la propiedad del vehículo dentro del plazo señalado, me obligo a pagar a AXA la cantidad de \$120 00 dianos por resguardo, así como los relativos al traslado del vehículo, pudiendo AXA descontar el costo de estos conceptos de la suma asegurada por los daños al vehículo

Carr. Municipal a la Paricleria 291 D
 Calle No. Exterior No. Interior
El Paricleria Mexico Federal
 Colonia Deleg / Municipio
Mexico 42181
 Ciudad C.P.
 Años _____ Meses _____
 Residencia Teléfono Celular Email

Ratifico que el valor obtenido por la disposición de los restos del vehículo que realice AXA, o el tercero que ésta designe, sea aplicado como recuperación a favor de AXA

Marco Antonio Trejo Chavez [Firma]
 Nombre Firma