

CV

CORPORATIVO VEHICULAR SA DE CV
CONSULTORIA VEHICULAR

REPORTE DE GESTIÓN

FECHA DE RECEPCIÓN: 10/08/2016 ASEGURADO: X

SINIESTRO PC01432F TERCERO: _____
COLISION: X
ROBO: _____

MARCA: VOLKSWAGEN TIPO: GOL

MODELO: 2015 PLACAS: MSD7713

POLIZA: WA7040510000

FACTURA ORIGEN: A0000000814 / DIVOS S.A.

REFACTURA: 67868 / LABORATORIOS LICON S.A. DE C.V.

FOLIO BAJA DE PLACAS: GESTORIA

TENENCIAS: 2014 A 2016

No. AVERIGUACION: _____

CARTA DE PT: 29/06/2016

TIPO DE PAGO: TRANSFERENCIA

OBSERVACIONES: DOCUMENTOS OK.



PROCEDENTE



reinventando / los seguros

AXA AUTOS
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN
AUTOMÓVILES/AUTO FLOTILLA

Moneda: NACIONAL

Póliza: WA7040510000
Inciso: 19

Datos del Asegurado

Nombre: LABORATORIOS LICON, S.A.
Y/O: ISRAEL HERNANDEZ
Domicilio: CALLE CAMINO ANTIGUO A SANTA MONICA NO. 7
Col: JARDINES DE SANTA MONICA C.P: 54050 TLALNEPANTLA DE
BAZ ESTADO DE MEXICO

R.F.C.:
Teléfono:
I.D.:
U.A.:
R.Tel.:

Benef.Pref
Cuenta:

Datos del Vehículo

Vehículo: VOLKSWAGEN GOL SEDAN STD 4 PTS C/A

Motor: CFZN28722
Serie: 9BWDB05U2FT006161
Placas: MSD7713
Uso: NORMAL
Servicio: Particular

Modelo: 2015
Capacidad: 5 Pasajeros
Carga:
Remolque: No
Tarifa: 1702401/TB4030

2do. Remolque: No

Datos de la Póliza

Vigencia a las 12 hrs. del: 26/ENE/2016
Forma de Pago: Contado
Fecha de Emisión: 19/FEB/2016

al: 26/ENE/2017

Póliza Ant.:

Endoso:



WA704051

Datos Adicionales

Agente: 616351 INTERCAM AGENTE DE SEGUROS Y
Orden de Trabajo: MXAF00023790
Contrato: 6169351 V2 VAR

Prima Neta: 4,977.91
Tasa de Financiamiento: 0.00
Gastos por Expedición: 400.00

OT. Agente:

I.V.A.: 860.47
Prima Total: 6,238.38

"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.

AXA SEGUROS, S.A. de C.V.
Félix Cuevas 366, Piso 6,
Tlacoquemécatl,
03200, México, D.F., División: CENTRAL

MÉXICO D.F. A 19 DE FEBRERO DE 2016
ESTE DOCUMENTO NO ES
VÁLIDO COMO RECIBO DE PAGO

Apoderado



reinvirtiendo los seguros

AXA SEGUROS, S.A. DE C.V.
DEPARTAMENTO DE PÉRDIDAS TOTALES

CARTA DE PÉRDIDA TOTAL

México D.F., a 29 de junio de 2016

ASEGURADO: ISRAEL HERNANDEZ
SINIESTRO: PC01432F
INVENTARIO: AUT NAUCALPAN

POR MEDIO DEL PRESENTE LE INFORMO QUE, DADA LA MAGNITUD DE LOS DAÑOS QUE PRESENTA LA UNIDAD:

MARCA:	VOLKSWAGEN	TIPO:	GOL
PLACAS:	MSD7713	MODELO:	2015
SERIE:	9BWDB05U2FT006161	FECHA SIN:	19/04/2016

ESTA COMPAÑÍA DECLARA EL VEHÍCULO COMO PÉRDIDA TOTAL.

NOTA IMPORTANTE: EL PRESENTE DOCUMENTO NO GENERA COMPROMISO ALGUNO DE PAGO PARA AXA SEGUROS, S.A. DE C.V., HASTA QUE EL ASEGURADO O TERCERO PRESENTE TODA LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA POR EL DEPARTAMENTO DE PÉRDIDAS TOTALES, QUE LO ACREDITE COMO PROPIETARIO DEL BIEN AFECTADO. DICHS DOCUMENTOS DEBERÁN DE SER ENTREGADOS AL ÁREA ADMINISTRATIVA PARA SU SU APROBACIÓN Y VALIDACIÓN DE LA AUTENTICIDAD DE LOS MISMOS.

ATENTAMENTE,

29 JUN 2016
Lilia Gonzalez Lazaro
Lilia Gonzalez Lazaro
DEPARTAMENTO DE PÉRDIDAS TOTALES
ESTABLECIMIENTO MATERIAL



reinvertando / los seguros

GERENCIA DE PAGO AL CLIENTE
DEPARTAMENTO DE PÉRDIDAS TOTALES

INFORME DE PÉRDIDA TOTAL / PAGO DE DAÑOS

SINIESTRO: INV: FECHA ELAB.:

ASEG / TERC:

A T R

FECHA DE SIN.:

PÓLIZA:

INC:

ESTADO DE PÓLIZA:

DESCRIPCIÓN DEL VEHÍCULO

MARCA: TIPO: MODELO: COLOR:
No. SERIE: PLACAS:

DAÑOS

EBC	VTA	\$ 114,300.00	COMP	\$ -	M.O.	\$ 22,631.62
AUT	VTA	\$ -	COMP	\$ -	REF	\$ 81,213.56
OTROS		\$ -		\$ -	TOT	\$ -
PROM.		\$ 114,300.00			TOTAL	\$ 103,845.18
P.GRAL.		\$ 114,300.00			B. SALV	\$ 42,291.00

INDEMNIZACIÓN

PAGO DE DAÑOS

M.O. _____

REF. _____

SUBTOT. _____

DED. _____

TOTAL _____

PÉRDIDA TOTAL

VCSA \$ 114,300.00

% ESP \$ -

SUBTOT \$ 114,300.00

DEDUC \$ 5,715.00

SUBTOTAL A PAGAR \$ 108,585.00

OTROS \$ -

TOTAL \$ 108,585.00



Recibo cuotas de perdida total

Acepto la perdida

*Israel Hernandez Lira
09 - Junio - 2016*

OBSERVACIONES: VALOR COMERCIAL MENOS 5% DED.

FIRMA SUPERVISOR P.T.

FIRMA JEFE DE P.T.

Vo. Bo. DEL GERENTE



reinventando los seguros

Acuerdo de Pago por Pérdida Total

México D.F., a 29 de junio de 2016

Asegurado / Tercero

Siniestro PC01432F

Inventario AXA AUT NAUCALPAN

Previo conocimiento y aceptación de determinación de Pérdida Total del vehículo:

Marca: VOLKSWAGEN

Tipo: GOL

Placas: MSD7713

Modelo: 2015

Conviengo 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 diarios 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.

Calle

No. Exterior

No. Interior

Colonia

Deleg. / Municipio

Ciudad

Estado

C.P.

Años Meses

Residencia

Teléfono

Celular

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.

Nombre

Firma



MÉXICO INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL
CREDENCIAL PARA VOTAR



NOMBRE
 GONZALEZ
 GARCIA
 MARTHA ELISA
 DOMICILIO
 C. FERNANDO DE ALVA IXTLXOCHITL 12 B 102
 COL. OBRERA 06800
 CUADHITEMOC D.F.
 CLAVE ELECTORAL (NORMA) 061215M400
 NÚM. CRED. 206121M400R06 AÑO DE REGISTRO 1998 04
 ESTADO 09 MUNICIPIO 015 SECCION 4765
 LOCALIDAD 0001 ESTAD. 1115 VIGENCIA 2025

FECHA DE NACIMIENTO
12/06/1962



INE



Handwritten signature



IDMEX1358658213<<4765001152646
 8206129M2512314MEX<04<<27991<1
 GONZALEZ<GARCIA<<MARTHA<ELISA<



AXTEL, S.A.B. de C.V.
Boulevard Díaz Ordaz km 3.33 L-1, Col. Unidad San Pedro, CP 66215.
San Pedro Garza García, Nuevo León, México
R.F.C. AXT 940727 FPB axtel.mx

LABORATORIOS LICON SA
CALLE CAMINO ANTIGUO A SANTA MONICA 7
JARDINES DE SANTA MONICA, TLALNEPANTLA, EDMEX CP 54050
RFC: LLI821221072

Total a Pagar: \$ 1,898.00
Fecha Limite de Pago: 13-Jun-2016
Mes de Facturación: Mayo
Número de Teléfono: (55) 6823 0655
Número de Cuenta: 14045743
No. Factura: CB-20465675
Método de Pago: No identificado

Página: 1 de 3
Régimen Fiscal: Régimen General de Ley Personas Morales
No. de Certificado: 00001000000203360299
Expedido en San Pedro Garza García, NL, México a 21 de Mayo del 2016 21:53:25
Folio Fiscal: 95E96B38-F17F-4359-AD7D-964253703F88

Pague antes del: 02 de Junio de 2016
Y recibe en tu siguiente factura una bonificación \$200.00

Estado de cuenta	
Saldo Anterior	\$ 1,464.00
Sus Pagos ¡Gracias!	-1,464.00
Saldo	\$ 0.00
Cargos del Mes	\$ 1,898.04
Cargo por Redondeo Mes Anterior	0.57
Subtotal	\$ 1,898.61
Crédito por Redondeo Mes Actual	-\$ 0.61
Total a Pagar	\$ 1,898.00

(Un mil ochocientos noventa y ocho pesos 00/100 m.n.)

Cargos del Mes (21 de Abril a 20 de Mayo)	
AXTEL X-tremo	\$ 1,157.66
Llamadas a Celular	181.72
Otros Cargos	296.86
Subtotal	\$ 1,636.24
IVA 16%	261.80
Cargos del Mes	\$ 1,898.04

(Un mil ochocientos noventa y ocho pesos 04/100 m.n.)



Obten excelentes beneficios:

- Recibe tu factura por correo electrónico unos días después de tu fecha de corte.
- Consultala en Mi Cuenta Axtel desde tu smartphone, tablet o computadora.
- Recibe avisos por correo para recordar tu fecha límite de pago.
- Ten tu factura siempre disponible y a la mano en tu correo electrónico.

Inscríbete hoy mismo en Mi Cuenta Axtel en axtel.mx
Tú también contribuyes con esta causa.



ATENCIÓN A CLIENTES

- ▶ Via Chat en axtel.mx
- ▶ Correo electrónico servicioclientes@axtel.com.mx
- ▶ 01800 515 1414 o *1414 desde tu línea AXTEL

ESTE DOCUMENTO ES UNA REPRESENTACIÓN IMPRESA DE UN CFDI

SELLO DIGITAL DEL EMISOR: GPVWng4bvkxNPyMvgXRTBY7WakFT8D3VDSGkXN1paqanM36H2UAnclFgHg9P5m65-x5cdmWnBcyYc3X-AzFVgWpPpGXPuBHuWdVROzOH-D2n5-zqJ205v7E4-PADgNDWyy77N8q-
Fecha y hora de certificación: 21-05-2016 21:53:25 Número de serie de CSD del SAT: 00010000000203360299
Sello Digital del SAT: s=5ZFLpgG0Gz1dnEymX067mm9sqT458QZLZgJHfLg3-4H5pP-plAeXG0E1601y1N743n7C3uJNkyRMAEj8FFRcM3bXVrtz0183JWwvNK1Lp0J8T3aBHeLkUm0D6e4qy4VQ3phtkqgoc3kP0nc-
Cadena Original del complemento de certificación digital del SAT:
||1|03038E38-F17F-4359-AD7D-964253703F88|21-05-2016-21:53:25|GPVWng4bvkxNPyMvgXRTBY7WakFT8D3VDSGkXN1paqanM36H2UAnclFgHg9P5m65-x5cdmWnBcyYc3X-AzFVgWpPpGXPuBHuWdVROzOH-D2n5-zqJ205v7E4uRADgkDkWy77N8q|00010000000203360299|

LABORATORIOS LICON SA
CALLE CAMINO ANTIGUO A SANTA MONICA 7
ENTRE CALLE CONVENTO DE ACOLMAN Y CALLE BOULEVARD MANUEL AVILA CAMACHO
COL. JARDINES DE SANTA MONICA
TLALNEPANTLA, EDMEX CP 54050

No. SAC: 86544199
Referencia Bancos: 14045743865441995
Ref. Domiciliación: 140457433
Referencia OXXO: 01140457431
Total a Pagar: \$ 1,898.00
Fecha Limite de Pago: 13 de Junio de 2016



axtel
Lugares de Pago y Referencias Bancarias al reverso

Comprobante Bancario

Comprobante de Pago

Cédula de Identificación Fiscal

SHCP

SECRETARÍA DE HACIENDA Y FISCALÍA



Servicio de Atención al Contribuyente Taxpayer

LLI821221D72

Registro Federal de Contribuyentes

LABORATORIOS LICON SA



Nombre, denominación o razón social

IDCIF: 14040121870

VALIDA TU INFORMACIÓN FISCAL

LABORATORIOS LICON SA
CAMINO ANTIGUO A SANTA MONICA NUM 7
JARDINES DE SANTA MONICA, TLALNEPANTLA DE BAZ
TLALNEPANTLA DE BAZ, MEXICO
C.P. 54050 C.R. 54001 E01800048



0616357797205637693001

0026040

CODIGO DE CLIENTE NO. 05637693

R.F.C. LL1821221 072
MONEDA : MONEDA NACIONAL
SUCURSAL: 0048 SUC. PUENTE DE VIGAS
TELEFONO: 51-69-43-00 DEL D.F.; 0 LADA 01800-50-10-000
PERIODO : 01 AL 30 DE JUNIO DE 2016

HOJA 1 DE 9

INFORMACION A CLIENTES

RESUMEN INFORMATIVO

PRODUCTO
CUENTA EMPRESARIAL
INVERSION CRECIENTE

	MES ANTERIOR	MES ACTUAL
10,365,531.56 100.00%	7,508,566.10 100.00%	
9.12 0.00%	9.12 0.00%	
10,365,540.68 100.00%	7,508,675.22 100.00%	

INTERESES BRUTOS	COMISIONES COBRADAS	* GAT NOMINAL	* GAT REAL
0.03	9,320.43	0.00%	-3.35%
0.00	0.00	0.00%	-3.35%

RESUMEN DE INTERESES PAGADOS E IMPUESTO RETENIDO

DESCRIPCION	INTERES BRUTO	ISR
CUENTA EMPRESARIAL 65-50044656-4	0.03	0.03
TOTAL	0.03	0.03

CUENTA DE CHEQUES

CUENTA EMPRESARIAL 65-50044656-4

CLABE 014180655004465643

SALDO PROMEDIO	2,648,057.38	SALDO INICIAL	10,365,531.56	+ INTERESES BRUTOS	.03
TASA BRUTA DE INTERES ANUAL	0.0000%	+ DEPOSITOS	87,163,588.27	- I.S.R. RETENIDO (.50%)	.03
DIAS DEL PERIODO	30	- RETIROS	90,020,553.73	= INTERESES NETOS	
SDD. PROMEDIO MINIMO	10,000.00	= SALDO ACTUAL	7,508,566.10	COMISIONES COBRADAS	9,320.43
CORTE AL 30/06/2016					

INVERSION CRECIENTE

INVERSION CRECIENTE 66-50044656-4

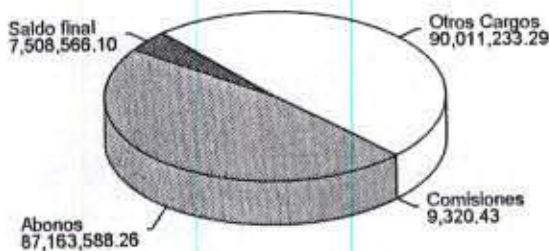
SALDO PROMEDIO	9.12	SALDO INICIAL	9.12	* GAT NOMINAL	0.00%
TASA BRUTA DE INTERES ANUAL	0.0000%	+ DEPOSITOS	0.00	* GAT REAL	-3.35%
DIAS DEL PERIODO	30	- RETIROS	0.00	+ INTERESES BRUTOS	
CORTE AL 30/06/2016		= SALDO ACTUAL	9.12	- I.S.R. RETENIDO (.50%)	
				= INTERESES NETOS	

CUENTA DE CHEQUES

GRAFICO CUENTA DE CHEQUES

CUENTA EMPRESARIAL 65-50044656-4

(Saldo Inicial de \$10,365,531.56)



* GAT NOMINAL Y REAL: ANTES DE IMPUESTOS.
* GAT REAL: LA GAT REAL ES EL RENDIMIENTO QUE SE OBTENDRIA DESPUES DE DESCONTAR LA INFLACION.

BANCO SANTANDER (MEXICO) S.A., INSTITUCION DE BANCA MULTIPLE, GRUPO FINANCIERO SANTANDER MEXICO,
R.F.C. BSM970519D08
PROLONGACION PASEO DE LA REFORMA NO. 500 PISO 2 MOD. 206, CDL. LOMAS DE SANTA FE,
DELEGACION ALVARO OBREGON, C.P. 01219, MEXICO, D.F.
AGRADECEREMOS NOS COMUNIQUE SUS OBJECIONES EN UN PLAZO DE 90 DIAS DE LO CONTRARIO CONSIDERAREMOS
SU CONFORMIDAD.

Proteja su información suscribiendo a
Paperless, su estado de cuenta por correo
electrónico, en cualquiera de nuestras
sucursales Santander.





Datos generales

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social LABORATORIOS LICON S.A.								No. exterior	No. interior		
Domicilio Calle Camino Antigua a Santa Monica								7			
Colonia Jardines de Santa Monica		Código postal 54050		Delegación o municipio Itzamal		Población o ciudad Estado de Méx. Ed. México		Estado			
Tel. particular (con clave de ciudad) 01 5568230655			Tel. oficina (con clave de ciudad) 01 5553620299			Tel. celular (con clave de ciudad) 04455310336771					
R.F.C. LLI821221D72				C.U.R.P.							
Nacionalidad				País de nacimiento		Ocupación o profesión					
Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa				Día Mes Año		Para personas físicas y morales, Firma Electrónica Avanzada (FIEL)					
Actividad o giro mercantil				Correo electrónico							
Llenar estos datos en caso de ser extranjero											
Domicilio en su país de origen				No. exterior		No. interior		Colonia		Código postal	
Calle				Población o ciudad		Estado		País		Teléfono	
Para personas morales											
Nombre del(los) apoderado(s) legal(es)											
Datos de los poderes del representante legal								No. de notario público			
Nombre del notario								Entidad federativa en la que da fe			
No. de escritura				Folio mercantil del registro público							
Datos de la constitución				Folio mercantil del registro público							
No. de escritura donde consta la constitución				Nombre del notario							
Fecha de inscripción en el registro público				Día Mes Año		Entidad federativa en la que da fe					
Núm. del notario público				Entidad federativa en la que da fe							
Domicilio fiscal								No. exterior		No. interior	
Calle								Población o ciudad		Estado	
Colonia		Código postal		Delegación o municipio		Población o ciudad		Estado			
Tel. particular (con clave de ciudad) 01				Tel. oficina (con clave de ciudad) 01				Tel. celular (con clave de ciudad)			
Correo electrónico											
En caso de ser una subsidiaria, mencione los nombres y proporción de la tenencia accionaria de la o las sociedades poseedoras											
Domicilio oficina matriz								No. exterior		No. interior	
Calle								Población o ciudad		Estado	
Colonia		Código postal		Delegación o municipio		Población o ciudad		Estado			
Tel. particular (con clave de ciudad) 01				Tel. oficina (con clave de ciudad) 01				Tel. celular (con clave de ciudad)			
Nombre de los principales accionistas (personas físicas que integran actualmente al capital social)											

2102, 01/11 - 11/11/09

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

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social		Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa			Día	Mes	Año
		No. exterior		No. interior			
Domicilio		Código postal		Delegación o municipio			
Calle							
Colonia							
Población o ciudad		Estado					

Artículo 140 Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros

Exclusivo para personas físicas. Mencione si usted, su cónyuge o parente 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 público, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales o funcionario o miembro de partidos políticos. Si 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? Si No
Especifique: _____

Nombre y porcentaje de participación: _____

Actúa en nombre y por cuenta propia Si 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: _____

Documentos requeridos

Personas físicas			Personas morales		
Tipo de documento	Clave (1)	Fecha exp.	Documentación	Si	No
a) Personal			Copia de la escritura constitutiva		
b) Registros gubernamentales (2)			Cédula de identificación fiscal		
c) Comprobante domicilio (en caso negativo)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Comprobante de domicilio (menor a 3 meses)		
d) Apoderado (cuando exista)			Copia de los poderes del o los representantes		
e) Identificación oficial apoderado			Identificación de él o los representantes		
f) Comprobante de domicilio apoderado			Manifestación de futura inscripción al registro (3)		
(1) Ver relación de claves	(3) Empresas de reciente constitución		Documento debidamente legalizado o apostillado que compruebe su legal existencia (4)		
(2) Cuando cuente con ello	(4) Empresas extranjeras		Oficio nombramiento (sector público)		

Presentación copias documentos para expediente

- a y e) Personal**
- Credencial de elector
 - Cédula profesional
 - Pasaporte
 - Licencia de conducir
 - Cartilla servicio militar
 - Tarjeta única de identidad militar
 - Certificado de matrícula consular
 - Credencial/Carnet IMSS
 - Tarjeta afiliación Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
 - Credencial de institución pública de educación media y media superior
 - Credencial emitida por alguna entidad federativa o estatal
 - Credencial para obtener recursos o apoyos de programas gubernamentales, federales, estatales o municipales
 - Documento que acredite calidad migratoria
- b) Registros gubernamentales**
- Registro Federal de Contribuyentes
 - Clave Única Registro Población
- c y f) En su caso, comprobante domicilio reciente (vigencia no mayor a tres meses)**
- Luz
 - Teléfono
 - Predial
 - Agua
 - Estado de cuenta bancario
- d) Apoderado**
- Carta poder
 - Copia del poder notarial

Nota importante

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 Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, autorizo que los datos personales proporcionados en este formato puedan utilizarse para todos los fines del contrato de seguro.

En caso de que durante la vigencia de su contrato haya existido una modificación a los datos de identificación contenidos en este formulario, deberá informarlo directamente a la aseguradora a través de su agente.

Nombre y firma del cliente o del representante legal	Lugar y fecha
<i>Martha Elisa Gonzalez Garcia</i>	10/08/16

0102 0171 28040