

Datos Generales del Cliente					
Nombre Completo*: <u>Yara Rutilandio Gonzalez</u>				Código del Cliente:	
CURP (si cuenta con ella):	RFC (si cuenta con ella):	FIEL/FEA (si cuenta con ella):	Nacionalidades*:		
<u>ROG476050BRK7</u>	<u>NO</u>	<u>NO</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera, ¿Cuál?		
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)				
Fecha de Nacimiento*: <u>08-05-1976</u>	País de Nacimiento*: <u>México</u>	Entidad Federativa de Nacimiento (obligatorio nacionalidad mexicana): <u>Ciudad del Carmen Campeche</u>			
Ocupación, profesión, Actividad o Giro del Negocio*: (Comerciante/Empresario especificar ocupación, en caso de actividad Hogar o Pensionados indicar ocupación laboral de la que se generaron los recursos).					
En caso de ser Extranjero (Obligatorio cuando el cliente haya señalado alguna nacionalidad extranjera)					
En caso de tener la Nacionalidad Extranjera ¿es contribuyente fiscal? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No				País o Países que asignaron número de identificación fiscal (si cuenta con ello)	
En caso de responder afirmativo ¿Cuál es su número de identificación fiscal o equivalente?					
País de Residencia	No. de Pasaporte	En caso de no ser residente en México, ¿motivo de la contratación?			
Calidad Migratoria en México: <input type="checkbox"/> FMM Turista <input type="checkbox"/> FM2 Inmigrante <input type="checkbox"/> FM3 No Inmigrante <input type="checkbox"/> Inmigrado Clave de Certificado de Residencia _____					
Domicilio en el extranjero:					
Domicilio Particular del Cliente*					
Calle: <u>Francisco Villa</u>	No. Exterior: <u>41</u>	No. Interior	C.P.: <u>24107</u>	Colonia: <u>Maneque</u>	
Delegación o Municipio: <u>Centro</u>	Ciudad y/o Población: <u>Ciudad de Carmo</u>		Entidad Federativa: <u>Campeche</u>		
Teléfono:	Correo Electrónico (si cuenta con ello):				
Datos del Propietario Real de los Recursos (Declaración Firmada, obligatoria)					
¿El Cliente actúa en nombre y cuenta propia?*				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
¿Los recursos monetarios utilizados para el pago de sus pólizas son propios?*				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
En caso negativo a cualquiera de las preguntas anteriores, proporcione el nombre del propietario real o proveedor de los recursos y llene un formulario para identificación. Nombre Completo y/o Denominación o Razón Social					
Datos adicionales del Cliente o familiares que hayan sido funcionarios de Gobierno (últimos 2 años), en caso afirmativo llenar toda la información del recuadro.					
¿El Cliente, sus cónyuges, o parientes colaterales hasta segundo grado, han desempeñado cargo de elección o han sido funcionarios de Gobierno en los últimos 2 años?*				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Nombre del funcionario público		Parentesco con el cliente	Cargo Público	Período	
Sociedades o Asociaciones con las que mantiene vínculos patrimoniales en las que ejerza control o influencia significativa. Nombre Completo				Vínculo Patrimonial	
Datos del cónyuge, dependientes económicos y/o beneficiarios designados por el cliente (En caso de PEP's o familiares este apartado será de llenado obligatorio)					
Nombre Completo:			Relación con el Cliente:		
Fecha de Nacimiento	País de Nacimiento		Nacionalidades		
Domicilio Calle:	No. Exterior	No. Interior	C.P.:	Colonia:	
Teléfono:	Correo Electrónico:		Ocupación, Profesión, Actividad Económica o Giro		
CURP:	RFC:	Certificado Digital de Firma Electrónica Avanzada (Si cuenta con ella)			
Dependientes económicos (Nombre completo)	Nacionalidades	RFC o fecha de nacimiento	Parentesco	Ocupación	Beneficiarios
					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No
Beneficiario (en caso de ser diferente a los dependientes enlistados)					
Domicilio de dependientes (solo en caso de que sea distinto al del cónyuge)					
PEP's.- Aquel individuo que desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, considerando entre otros, a los jefes de estado o de gobierno, líderes políticos, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales o funcionarios o miembros importantes de partidos políticos					

Documentos Anexos de Personas Físicas

Identificación Oficial*	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Comprobante de domicilio (no mayor a 3 meses de antigüedad) si es distinto al IFE / INE*	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Cédula de Identificación Fiscal (cuando cuente con ella)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Constancia de la CURP (No necesaria si aparece en otro documento de identificación)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Comprobante de Inscripción para la Firma Electrónica Avanzada-FIEL/FEA (cuando cuente con ella)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No
Documento que acredite su calidad migratoria (En caso de ser extranjero)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> No

Se le informa al Cliente que:

- Los datos que recibimos de usted serán tratados bajo la protección de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y de conformidad con el Aviso de Privacidad de la Aseguradora, ubicado al final de este cuestionario y publicado en el portal www.segurosbanorte.com.mx.
- Por exigencia de ley usted deberá mostrar al representante de la Aseguradora, los documentos originales y/o certificados para corroborar la información proporcionada en el presente formulario.
- Los datos y documentos que usted nos proporcione en este formulario no sustituyen a aquellos que le serán requeridos en el caso de una reclamación o siniestro que llegue a presentar ante la Aseguradora.

Declaración del Cliente (Datos de llenado obligatorio)*

Declaro bajo protesta de decir verdad, que la información que he proporcionado en el presente documento es verídica y auténtica, por lo que autorizo a la Aseguradora a que la misma sea corroborada, de estimarse conveniente.

En caso de tratarse de seguros colectivos, de grupo y de flota, así como contratados a través de fideicomisos que sean constituidos para cumplir con prestaciones laborales o de previsión social de carácter general, convengo en integrar y salvaguardar la información y documentación de los miembros que integran el grupo, colectividad o flota y proporcionarlos oportunamente a la Aseguradora cuando así se me requiera por ésta o por autoridad competente.

¿Cuál es el monto máximo mensual de recursos que usted destinará a sus seguros, en cualquier tipo de producto, con Seguros Banorte?*

☐ Menos de \$50,000 ☐ De \$50,000 a \$250,000 ☐ De \$250,000 a \$1,000,000 ☐ Más \$1,000,000

¿Cuál es el origen de los recursos que usted destina para adquirir productos o servicios con Seguros Banorte S.A. de C.V.?*

☐ Sueldo ☐ Comisiones ☐ Premios y bonos ☐ Ahorro e inversión ☐ Herencias ☐ Venta de inmuebles ☐ Préstamos

Otros (Detalle): _____

Declaro que no opero con recursos provenientes de actividades ilícitas y que con las operaciones realizadas con Seguros Banorte S.A. de C.V. Grupo Financiero Banorte no favorezco alguna actividad ilícita.

Documentos válidos para efecto de la identificación

- Credencial para votar (IFE / INE)
- Cédula Profesional
- Pasaporte
- Licencia de Conducir
- Cartilla Servicio Militar Nacional
- Terjeta Única de Identidad Militar
- Credencial / Carnet de afiliación al IMSS o ISSSTE
- Tarjeta de afiliación Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
- Credencial emitida por autoridades Federales, Estatales o Municipales
- Certificado de Matrícula Consular
- Documento oficial emitido por autoridad competente del país de origen (extranjeros)

Identificación Personal.- Documento original oficial emitido por autoridad competente, vigente a la fecha de su presentación, que contenga la fotografía, firma y, en su caso, domicilio del propio Cliente (legible)

Glosario, descripción de otros documentos a integrar

- RFC Registro Federal de Contribuyentes (Cédula Fiscal) (si cuenta con ella)
- CURP Clave Única Registro de Población (No necesaria si aparece en otro documento de identificación)
- Inscripción para la Firma Electrónica Avanzada (FIEL/FEA) (si cuenta con ella)

Documentos válidos como comprobante de domicilio

- Luz
- Teléfono, (fijo o celular sujeto a Plan de Pago)
- Predial
- Agua
- Estado de cuenta bancario
- Gas
- Contrato de arrendamiento inscrito ante la autoridad correspondiente
- Inscripción ante el Registro Federal de Contribuyentes.

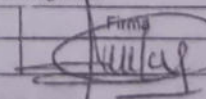
Nota: Será requerido cuando el domicilio manifestado en el contrato celebrado por el Cliente con la Aseguradora, no coincida con el de la identificación o ésta no lo contenga. El documento deberá ser legible y su antigüedad no deberá ser mayor a tres meses, contados a partir de su fecha de emisión (Los documentos públicos emitidos en el extranjero deberán estar debidamente legalizados o apostillados).

Aviso de Privacidad

SEGUROS BANORTE, S.A. DE C.V., GRUPO FINANCIERO BANORTE con domicilio en Avenida Hidalgo No. 250 poniente, Colonia Centro, C.P. 64000, Monterrey, Nuevo León, es el responsable de los datos personales que recaba, incluidos los de carácter sensible, financiero y/o patrimonial. Los datos recabados en el presente documento serán tratados para la debida atención y cumplimiento del contrato de seguro celebrado, así como para finalidades de prospección comercial. Si usted desea manifestar su negativa para recibir comunicaciones de prospección comercial, puede consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral en su numeral 6, en el sitio web www.segurosbanorte.com.mx.

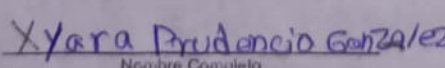
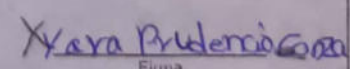
Declaración del Agente, Ejecutivo Comercial, Funcionario Bancario*

Verifique la autenticidad de los documentos presentados por el Cliente mediante su cotejo con los documentos originales.

Nombre Completo	Firma	Fecha
Daniela Perez Hernandez		29/10/21

* Campos de llenado obligatorio para clientes PF de nacionalidad mexicana

Nombre y Firma del Cliente o Apoderado Legal*

	
Nombre Completo	Firma

Seguros Banorte, S.A. de C.V., Hidalgo No. 250 Pte., Col. Centro, C.P. 64000, Monterrey, Nuevo León, R.F.C. SBG971124PL2

VILLAHERMOSA TABASCO 29 de octubre de 2021

A quien corresponda:
Modulo de placas

ASUNTO:
SINIESTRO:
POLIZA:

SOLICITUD DE BAJA DE PLACAS
023-102811-2021
1008055 OFICINA: 6GE

Por medio de la presente le solicitamos autorizar la baja definitiva de las placas, correspondiente al vehículo que se detalla, toda vez que dicha unidad sufrió un daño amparado por una póliza de Seguros Banorte, S.A. de C.V. y que la unidad por la magnitud de los daños que presenta es considerada perdida total y para efectos de proceder a la indemnización solicito el trámite referido .

Agradeciendo de antemano su valiosa colaboración, nos reiteramos a sus apreciables ordenes para cualquier duda o aclaración.

Placas: 3198BFC
Marca: HYUNDAI
Tipo: GRTAND I 10 SEDAN GL
Modelo: 2021
Color: ROJO / BLANCO
Serie: MALB24BC7MM057423
Motor: G4LMM830841
Propiedad: YARA PRUDENCIO GONZALEZ
Fecha de accidente: 10 de octubre de 2021

ATENTAMENTE **BANORTE** SEGUROS
29 OCT. 2021
ANALISTA SINIESTROS
TABASCO
Region México-sur

REGION MEXICO-SUR

Notificación de la determinación de pérdida total
Inicio de procedimiento de indemnización.

Villahermosa, Tab a 29 de Octubre del 2021

Nombre: YARA PRUDENCIO GONZALEZ
Calle: FRANCISCO VILLA 44
Colonia: MANIGUA CIUDAD DEL CARMEN CAMPECHE
Teléfono: 9381107394
Correo:

Vehículo HYUNDAI GRAND I10 número de serie MALB24BC7MM057423 y número de siniestro 023- 102811-2021 Cobertura afectada: **(D.M.)**.
Por este medio se le notifica que en fecha 29 de Octubre del 2021 se ha determinado la pérdida total de su vehículo y por consecuencia a la recepción y firma de la presente se inicia el procedimiento de indemnización a su favor en términos de lo establecido por el artículo 119 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, por lo que en este acto se le requiere para que en un término no mayor de treinta días naturales contados a partir de la fecha de recepción de ésta notificación, entregue a Seguros Banorte, S.A. de C.V., Grupo Financiero Banorte, toda la documentación que se menciona en el Instructivo de Trámite de Pago por Robo ó Colisión.

Firmado por usted el día

Se le informa que en caso de no entregar su documentación de propiedad en el término referido, aplicará el costo de pensión a partir del día número treinta y uno, por el resguardo de su vehículo en nuestras instalaciones, dicho costo se descontará de su indemnización y/o se le cobrará antes del retiro de su automóvil, de acuerdo a la siguiente tabla:

Periodo	Costo pensión
1 a 29 días	\$ 0.00 diarios
30 a 60 días	\$ 70.00 diarios
61 a 90 días	\$ 100.00 diarios
+ de 91 días	\$ 5,000.00 mensuales o equivalente de \$166.66 diarios

De no entregar la documentación solicitada en el plazo citado e improrrogable, deberá pagar la pensión acumulada y retirar su vehículo de nuestras instalaciones a más tardar al día siguiente del vencimiento del término, con identificación oficial, en la Coordinación de Salvamentos, el cual le entregará su vehículo.

En caso de no retirar la unidad después de los noventa días naturales mencionados, se entenderá que no tiene interés sobre el vehículo y renuncia a todos los derechos sobre el mismo, por lo cual de manera tácita autorizará a Seguros Banorte, S.A. de C.V., para que proceda a la destrucción del vehículo, sin responsabilidad alguna para ésta empresa y sus empleados.

En consecuencia del incumplimiento de lo citado, relevará a ésta Institución de Seguros de cualquier obligación que se pudiera originar por la renuncia de su automóvil y de sus documentos, en el entendido que con la firma de la presente notificación usted no se reserva derecho ó acción alguna de orden civil, mercantil ó penal presente ó futura que pudiera hacer valer en contra de Seguros Banorte, S.A. de C.V., Grupo Financiero Banorte y de su personal.

Atentamente

Daniela Perez Hernandez

Analista Integral Indemnizaciones Autos

Operativo de Seguros Banorte S.A. de C.V. Grupo Financiero Banorte.

Acuse y aceptación de las condiciones de notificación, así como de la penalización correspondiente a pensión y al endoso de mi vehículo de no cumplir con la fecha decretada en la presente.


Nombre: Yara Prudencio Gonzalez

Firma: Yara Prudencio Gonzalez

Fecha: Identificación Oficial:

Número: Expedida por:

SEGUROS

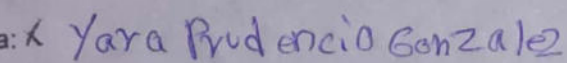
 BANORTE

At'n Seguros Banorte

A través del presente escrito confirmo que no deseo retirar ningún objeto personal, piezas y/ o adaptaciones de mi unidad Hyundai Grand 110 número de serie MALB24BC7MM057423 del siniestro 023-102811-2021

Por lo que a partir de esta fecha no podré realizar ninguna reclamación posterior al respecto.

Nombre: Yara Prudencio Gonzalez

Firma:  Yara Prudencio Gonzalez

Fecha: * 29 de Octubre del 2021

Av. Ceylán s/n esq. Privada de Ceylán, Col. Industrial Vallejo, C.P. 02300 Delegación Azcapotzalco, México,
D.F., Tel. 5078-1400