

FINIQUITO DE PÉRDIDA TOTAL A TERCEROS POR DAÑOS MATERIALES

Datos del Asegurado	No. de Póliza:	
	Nombre y/o Razón Social	
Datos del Vehículo Afectado	No. de Siniestro:	
	Marca	
	Tipo	
	Modelo / año	
	Placas	
	Número de Serie	
Datos de Tercero Afectado	Nombre y/o Razón Social	
	RFC (*)	
	CURP	
	Tipo de Identificación. (Pasaporte, cédula Profesional o INE)	
Datos del Representante Legal (**)	Nombre y/o Razón Social	
	RFC (*)	
	CURP	
	Tipo de Identificación. (Pasaporte, cédula Profesional o INE)	

- ♦ Con motivo del siniestro ocurrido y los daños causados por el vehículo asegurado por esta institución, y de conformidad con lo estipulado en la Cláusula 1 A, relativa a “Terceros”, de las Condiciones Generales de la Póliza, las partes, Aseguradora y Tercero afectado, manifiestan su conformidad respecto a la determinación de “Pérdida Total”, para efecto del pago por el resarcimiento de los daños sufridos al bien asegurado.

- ♦ De conformidad a lo anterior y con base al artículo 111 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro y los artículos 1854, 2029 y 2058 del Código Civil Federal, en mi calidad de único y pleno propietario, cedo los derechos y otorgo la subrogación de derechos del vehículo siniestrado, a favor de MAPFRE MÉXICO, S. A., de quien recibo el pago por concepto de indemnización.

- ♦ En adición a lo anterior, acepto y recibo la cantidad de \$(), por concepto de Transmisión de Propiedad en el estado en que se encuentra el vehículo siniestrado, completándose dicha acción mediante la entrega de la Factura que ampara el bien descrito al inicio de este documento, a favor de MAPFRE MÉXICO, S. A., lo anterior, de conformidad a lo que establece el artículo 116 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

- ♦ Que con el pago de la citada indemnización, reconozco cumplida en su totalidad la obligación de MAPFRE MÉXICO, S. A., en consecuencia le otorgo el mas amplio finiquito que en derecho proceda, haciéndolo sin reserva de acción o derecho alguno de naturaleza civil, penal, administrativa o de cualquiera otra que ejercitar con posterioridad en contra de la referida aseguradora o de sus directivos, dependientes, empleados, ex empleados o prestadores de servicios.

- ♦ Declaro, bajo protesta de decir verdad, que los datos proporcionados son verídicos, pues coinciden con la realidad. Finalmente los autorizo expresamente para utilizar la presente información por la sociedad controladora o cualquiera de las entidades financieras relacionadas a MAPFRE MÉXICO S.A., con las cuales he contratado o llegue a contratar cualquier producto o servicio o con las que mantengo o llegue a mantener una relación jurídica de cualquier naturaleza. Declaro que no realizaré transacciones destinadas a actividades ilícitas a favor de terceras personas.
- ♦ El presente documento, no constituye ni prejuzga sobre la procedencia del siniestro y/o del pago mencionado, por lo tanto no le priva a MAPFRE MÉXICO, S. A. de las excepciones que pueda oponer en contra del Asegurado o Terceros que invoquen el beneficio de acuerdo a lo establecido por el artículo 119 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.
- ♦ De conformidad con lo establecido por los artículos 100 y 101 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro hago del conocimiento de esta Institución que no tengo contratado con ninguna otra Institución Aseguradora, póliza de seguro que cubra el mismo riesgo y el mismo interés asegurable que por medio del presente finiquito se indemniza.
- ♦ Todo lo anteriormente expuesto, relacionado con la Cesión de Derechos y cumplimiento de obligaciones derivado del contrato de seguro, a favor y a cargo de esta institución aseguradora, **surte sus efectos legales una vez efectuado el pago a favor de la persona afectada, quien deberá acreditar de manera fehaciente y a satisfacción de MAPFRE MÉXICO, S. A., ser legítimo propietario del bien objeto de esta indemnización.**
- ♦ En caso de resultar procedente la presente reclamación y su correspondiente indemnización, manifiesto desde este momento mi consentimiento para que el pago se realice vía transferencia electrónica a:

Nombre o razón social del titular de la cuenta,

Banco,

Número de cuenta (CLABE)

Plaza y Sucursal.

O en su defecto emitir cheque a nombre de:

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s) ó Razón social.

Se extiende el presente documento en la Ciudad de _____, a los _____ días del mes de _____ de 20____.

Atentamente;

Nombre y firma de Asegurado, o Representante Legal.

Condiciones para la adecuada elaboración del Finiquito.

Deberán proporcionar los datos siguientes:

CURP:		Sexo: M ☐ F ☐	Estado Civil:
Nombre (nombre(s), apellido paterno y apellido materno)			
Lugar de nacimiento:	Nacionalidad:	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): / /	Edad:
Domicilio: Calle y Núm.:		Colonia:	C.P.:
Entidad Federativa:	Delegación o Municipio:		Ciudad o Población:
Teléfonos: Casa: _____ Oficina: _____ Celular _____ Otro _____		Correo electrónico:	
Ocupación o profesión:			

(**) Cuando el Asegurado sea Persona Moral, deberá proporcionar, además de los datos de identificación del mismo, los datos personales correspondientes a su Representante Legal. Así como copia de los documentos que acrediten su calidad de representante.