

## FINIQUITO DE PÉRDIDA TOTAL POR DAÑOS MATERIALES

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

- Con motivo del siniestro ocurrido al vehículo asegurado por esta institución y de conformidad con las Condiciones Generales de la Póliza, en la Cláusula 1 A, **relativa a Pérdida Total**, inciso b), las partes, Aseguradora y Asegurado, 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 en la Ley Sobre el Contrato de Seguro artículo 111, del Código Civil Federal artículos 1854, 2029 y 2058, 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, el cual su determinación se efectúa sin aplicar lo dispuesto por las Condiciones Generales de la Póliza Cláusula 8 A, relativa al concepto de “Pérdida Total por Daño Material”.
- Por consiguiente y con base en lo expuesto en el párrafo inmediato anterior, acepto y recibo adicionalmente al importe que por concepto de indemnización me corresponde **como pago único y total**, la cantidad de \$ \_\_\_\_ (Importe en letra M. N.), con motivo de la Transmisión de Propiedad del vehículo siniestrado, en el estado en que se encuentra, 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., de conformidad a lo que establece el artículo 116 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.
- Expresamente manifiesto no haber recibido con anterioridad cantidad alguna por concepto de indemnización y si así lo hiciere, me comprometo a reintegrarlo en forma inmediata a MAPFRE MÉXICO, S. A. en atención a la subrogación referida en el párrafo que antecede.
- Que con el pago recibido en los términos y condiciones citados en el presente documento, reconozco cumplida la obligación contractual y libero de toda obligación a MAPFRE MÉXICO S, A, frente a la cual renuncio al ejercicio de cuantos derechos y acciones pudieran corresponderme, 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 ni derecho alguno que ejercitar en contra de MAPFRE MÉXICO, S. A., o de sus directivos, dependientes,

empleados, ex empleados o prestadores de servicios, dado el presente finiquito que voluntariamente suscribo y al pago que recibo por concepto de la indemnización de la cobertura de Perdida Total por Daños Materiales erogados dentro del siniestro referido al principio de este documento, obligándome por tanto a sacarla en paz y a salvo de cualquier reclamación o demanda de pago que se llegase a presentar en su contra o de sus respectivos empleados, anteriores empleados, gerentes, directores, agentes, asesores, empresas subsidiarias, empresas afiliadas, causahabientes, cesionarios y aseguradores o reaseguradores, sea todos ellos o uno o más de ellos, de cualquier reclamación o demanda de pago de cualquier naturaleza y por cualquier cantidad que se llegase a presentar en su contra de uno o más de estas últimas, reclamaciones o demandas derivadas de o relacionadas con el siniestro en mención y a los gastos y honorarios causados por dicha razón.

- ♦ 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.
- ♦ 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 beneficiaria**, por consiguiente, **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.**

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

**Atentamente;**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma de Asegurado, o Representante Legal.**

## Condiciones para la adecuada elaboración del Finiquito.

( \* ) Deberán proporcionar copia de su Cédula Fiscal, en el entendido que, cuando se trate de Personas Físicas que no cuenten con este registro, deberán proporcionar los datos siguientes:

|                                                           |                         |                                                                |               |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------|
| CURP:                                                     |                         | Sexo:<br>M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | Estado Civil: |
| Nombre (nombre(s), apellido paterno y apellido materno)   |                         |                                                                |               |
| Lugar de nacimiento:                                      | Nacionalidad:           | Fecha de nacimiento<br>(dd/mm/aa):<br>/ /                      | Edad:         |
| Domicilio: Calle y Núm.:                                  |                         | Colonia:                                                       | C.P.:         |
| Entidad Federativa:                                       | Delegación o Municipio: | Ciudad o Población:                                            |               |
| Teléfonos:<br>Casa: _____<br>Oficina: _____<br>Otro _____ |                         | Correo electrónico:                                            |               |
| Celular:                                                  |                         |                                                                |               |
| 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.