

## FORMATO DE RECLAMACIÓN COBERTURAS GAP SINIESTRO FINIQUITO

Fecha de Siniestro:

DD - MM - AAAA

### DATOS DEL CONTRATANTE O TITULAR DEL SEGURO

Nombre(s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:
Teléfono:	Email:	Ocupación:
Número de Crédito:		

### DATOS PARA PAGO DE INDEMNIZACIÓN POR MEDIO DE TRANSFERENCIA

\*En caso de únicamente reclamar beneficios adicionales, no es necesario llenar este apartado.

Nombre completo del beneficiario:		
Número de cuenta:	Banco:	
Clabe interbancaria:		

### DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA LA RECLAMACIÓN DE COBERTURAS

A continuación detallamos los requerimientos de documentación que requieres adjuntar como parte del trámite de reclamación de coberturas.

#### Documentación general aplicable para todas las coberturas y beneficios:

1. Formato de reclamación llenado y firmado (este documento).
2. Copia legible de identificación oficial vigente (anverso y reverso) del Asegurado o Beneficiario. En caso de ser extranjero, documento migratorio que acredite su legal estancia en el país (FM2). En caso de que la identificación no tenga domicilio o no sea el actual; adjuntar copia de comprobante de domicilio de antigüedad no mayor a 3 meses
3. Copia del estado de cuenta no mayor a 3 meses en donde se visualicen los datos de la cuenta del asegurado.
4. Copia del finiquito de la aseguradora primaria con desglose de indemnización.
5. Copia de factura del vehículo siniestrado en la que se acredite la compra.

\*En casos extraordinarios, se solicitará información y/o documentación adicional para evaluar el reclamo del siniestro.

#### Para personas Morales, además de los documentos citados arriba, es necesario se presente la siguiente información:

1. Copia simple legible del Acta Constitutiva (Es necesario que todo el documento este completo en todas sus páginas y sellos sean legibles).
2. Copia simple legible del RFC de la compañía.
3. Copia simple de una Identificación Oficial del representante legal.
4. Copia simple legible de comprobante de domicilio cuya antigüedad no sea mayor a 3 meses.

### COBERTURAS RECLAMADAS

#### Instrucciones de llenado:

1. Selecciona en la tabla de abajo la(s) cobertura(s) que consideres aplicable(s) de acuerdo a lo sucedido.
2. En caso de seleccionar más de una cobertura, recibirás respuesta de manera independiente por cada una de ellas.
3. Te podremos solicitar documentación complementaria en caso de que identifiquemos una posible procedencia de otra de las coberturas; y de resultar a favor, la reclamación del pago de esta misma será realizado de acuerdo a la opción que elijas en este formato.

** Marca con una "X" la(s) cobertura(s) que desees reclamar. Revisa tu carátula de póliza o certificado de cobertura para validar y confirmar qué coberturas aplican para tu seguro contratado.**

### ¿Qué documentos necesitas?

Coberturas	Finiquito de la aseguradora primaria	Acta del ministerio público certificada <sup>①</sup>	Factura del vehículo siniestrado en la que acredite la compra	Fotos del vehículo con ausencia de autoparte	Fotos del kilometraje	Comprobante de compra de estación de carga	Evidencia de daño a la estación de carga <sup>②</sup>
<input type="checkbox"/> RTI / Valor Factura <input type="checkbox"/> Valor Factura Seminuevos (Shortfall)	✓		✓				
<input type="checkbox"/> Deducible a valor factura <input type="checkbox"/> Pago de deducible a valor comercial	✓						
<input type="checkbox"/> Rembolso por robo de autopartes <input type="checkbox"/> Robo de cargador y/o cables del vehículo		✓	✓				
<input type="checkbox"/> Robo de autopartes				✓			
<input type="checkbox"/> Robo de llantas					✓		
<input type="checkbox"/> Daños a la estación de carga del vehículo			✓			✓	✓

① Donde se describa a detalle el número de serie del bien robado, así como la ocurrencia del evento, la cual deberá estar fechada dentro de los primeros 5 días naturales posteriores al evento.

② Copia de ticket o factura de compra e instalación de la estación de carga dañada y de la estación de carga recién adquirida como reemplazo.

### BENEFICIOS ADICIONALES

Coberturas	Finiquito de la aseguradora primaria	Factura del vehículo siniestrado en la que acredite la compra
<input type="checkbox"/> Pago de enganche en la compra de un nuevo vehículo con el mismo distribuidor	✓	✓
<input type="checkbox"/> Pago de Enganche en la compra de un nuevo vehículo	✓	
<input type="checkbox"/> Recupero de robo total	✓	
<input type="checkbox"/> Valor agregado	✓	

En caso de resultar procedente el pago de la indemnización por la cobertura denominada "Beneficio de Pago de Enganche" (Sólo ligado a Crédito Automotriz), solicitó e instruyo a Cardif México Seguros Generales, S.A. de C.V. (la Aseguradora) a realizar dicho pago directamente a las cuentas bancarias del Distribuidor que se detalla en el siguiente apartado número [\*]. Una vez realizado el pago en términos de lo anterior, me doy por pagado, no reservándome ninguna acción ni derecho que ejercitar en contra de la Aseguradora por concepto de pago de indemnización de la citada cobertura.

Razón social del distribuidor:

Clave del distribuidor:

\*En caso de que no cuentes con estos datos, comunícate con tu distribuidor para que te los proporcione.

Declaro que la información aquí mencionada es completa y exacta. Asumo total responsabilidad de la veracidad de la misma y me comprometo con la Compañía a dar toda la información requerida para la atención y análisis de este reclamo. En términos del artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro acepto que la compañía tendrá derecho de exigir toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, incluso información adicional a la que en principio sea solicitada y entregada.

Con la firma del presente documento acepto que en caso de ser procedente la reclamación, antes descrita, el pago correspondiente sea realizado por Cardif México Seguros Generales, S.A. de C.V. (en lo sucesivo, "La Aseguradora") por medio de transferencia bancaria y por el monto que proceda, lo anterior, de acuerdo a las condiciones generales aplicables al seguro que se reclama. Por lo cual, una vez realizado el pago, reconozco y acepto que Cardif ha cumplido con su obligación de pago derivada del presente reclamo y conforme a las condiciones generales aplicables, otorgándole el finiquito más amplio y absoluto que en derecho exista, no reservándome acción o derecho alguna en contra de Cardif.

#### Aviso de Privacidad Simplificado

Cardif México Seguros Generales S.A. de C.V., con domicilio en Av. Ejército Nacional 453 piso 10, Colonia Granada, Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11520, CDMX, le informa que sus datos personales serán protegidos de conformidad con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y demás regulación aplicable. El tratamiento que se haga de sus datos será con la finalidad de (i) identificarlo como cliente/beneficiario y (ii) cumplir con las obligaciones legales y contractuales que le deriven a Cardif conforme al contrato de seguro del cual se derive el presente documento. Para mayor información acerca del tratamiento y los derechos que puede hacer valer, puede consultar el aviso de privacidad integral en [www.cardif.com.mx](http://www.cardif.com.mx)

#### Consentimiento

Por este medio autorizo a Cardif para tratar y en su caso transferir los datos personales, para los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso se celebre, así como para realizar encuestas de satisfacción respecto de los servicios proporcionados por Cardif.

En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a Cardif y a hacer de su conocimiento los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad.

Estoy de acuerdo  No estoy de acuerdo

**Firma del Contratante o Titular del seguro**

\_\_\_\_\_