

| VIGENCIA DE LA PÓLIZA |                            |
|-----------------------|----------------------------|
| Fecha de Emisión:     | 08/08/2024                 |
| Inicio de Vigencia:   | 09/08/2024 a las 12:00 hrs |
| Fin de Vigencia:      | 08/08/2025 a las 12:00 hrs |

## DATOS DEL CONTRATANTE / ASEGURADO

|                  |                                       |         |                           |
|------------------|---------------------------------------|---------|---------------------------|
| Nombre Completo: | Silvia Medina Aguilar                 | RFC:    | MES650312AKE              |
| Domicilio:       | Calle Hidalgo #534, Col. Country Club | C.P.:   | 58641                     |
| Municipio:       | Corregidora                           | Estado: | Querétaro                 |
| Teléfono:        | 2272857323                            | Email:  | silvia.medina@outlook.com |

## DATOS DEL VEHÍCULO ASEGURADO

|                  |                   |                  |                  |
|------------------|-------------------|------------------|------------------|
| Marca:           | Toyota            | Modelo:          | Corolla          |
| Año:             | 2024              | Tipo:            | Sedan            |
| Color:           | Blanco            | Placas:          | TZH-05-76        |
| Número de Serie: | WVWWFWVPL39YS09TF |                  |                  |
| Valor Factura:   | \$409,013.00 MXN  | Valor Comercial: | \$409,013.00 MXN |

## COBERTURAS CONTRATADAS

| COBERTURA                | SUMA ASEGUARADA    | DEDUCIBLE             |
|--------------------------|--------------------|-----------------------|
| Daños Materiales         | \$409,013.00 MXN   | 5% (\$20,450.65 MXN)  |
| Robo Total               | \$409,013.00 MXN   | 10% (\$40,901.30 MXN) |
| Responsabilidad Civil    | \$3,000,000.00 MXN | Sin deducible         |
| Gastos Médicos Ocupantes | \$300,000.00 MXN   | Sin deducible         |
| Asistencia Legal         | Amparada           | Sin deducible         |
| Asistencia Vial 24/7     | Incluida           | Sin deducible         |

## RESUMEN DE PRIMA

| CONCEPTO          | IMPORTE         |
|-------------------|-----------------|
| Prima Neta        | \$14,315.46 MXN |
| Derecho de Póliza | \$450.00 MXN    |

|                              |                        |
|------------------------------|------------------------|
| Recargo por pago fraccionado | \$572.62 MXN           |
| Subtotal                     | \$15,338.07 MXN        |
| I.V.A. (16%)                 | \$2,454.09 MXN         |
| <b>PRIMA TOTAL</b>           | <b>\$17,792.16 MXN</b> |

**Forma de Pago:** Trimestral

Este documento es una póliza de seguro emitida por Seguros Centinela S.A. de C.V.

Para reportar siniestros o asistencia, llame al: **800-CENTINELA (236-8463)**

Consulte condiciones generales en: [www.seguroscentinela.com.mx](http://www.seguroscentinela.com.mx)

Documento generado electrónicamente. Folio de verificación: SC-BB8D48009834