

Abril 3, 2009

Nestor Manuel Armendáriz Loya

219.00

---(DOSCIENTOS DIECINUEVE PESOS 00/100)---

Nestor Manuel Armendáriz Loya

Seguro de vida Lic. Nestor Armendáriz Enero, Febrero y Marzo 2009

101-002-011-00	Banamex 3514848 Cuaht.		219.00
518-010-040-00	Cuotas para el Seguro de Vida	219.00	

219.00 219.00

D.T.P.

P.Q.R.

3-Abr-09

J.L.A.G.

48042

Póliza de Cheque

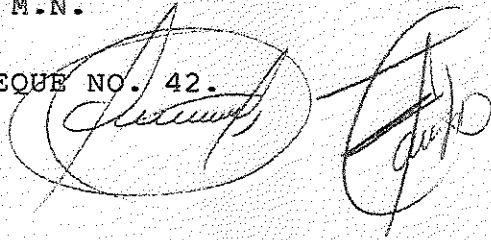
ABRIL 3 DE 2009

NESTOR MANUEL ARMENDARIZ LOYA

219.00

DOSCIENTOS DIECINUEVE PESOS 00/100 M.N.

CHEQUE NO. 42.

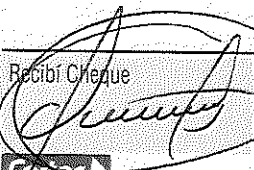
Handwritten signatures and stamps, including a circular stamp and a signature.

Concepto del Pago

APORTACION DE LA CEDH POR SEGURO DE VIDA DE LOS MESES ENERO, FEBRERO Y MARZO DE 2009.

Cuenta	Subcuenta	Nombre de la Cuenta	Parcial	Debe	Haber
1					
2					
3					
4					
5					
			Sumas		

Recibi Cheque

Handwritten signature.

Hecho por

YOCH

Revisado por

Autorizado por

NMAL ACC

Diario

Auxiliares

Póliza No.

28



PCC-1012

**PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA
INDIVIDUAL O CONYUGAL VIDA SEGURO**

DATOS GENERALES								
Plan de Seguro: INDIVIDUAL		Suma Asegurada: FIJO			No. de Póliza PD1196020484		Póliza Anterior XXXXXXXXXXXX	
Asegurado Titular:		NESTOR ARMENDARIZ LOYA						
Fecha de Nacimiento:		14	09	1971	Edad: 37 años	Sexo:	MASCULINO	
Asegurado Cónyuge:		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						
Fecha de Nacimiento:					Edad: 0 años	Sexo:	XXXXXXXXXX	
Domicilio:		SAMANIEGO 5810						
Colonia:		ROSARIO		CHIHUAHUA	Estado CH	C.P. 31000		
Vigencia (12 Hrs.)	desde las 12:00 hrs del		hasta las 12:00 hrs. del		Moneda		Forma de Pago	
06	01	2009	06	01	2010	NACIONAL		MENSUAL

ESTA PÓLIZA INCLUYE EL **5.00** % DE DESCUENTO

Domicilio de Correspondencia SAMANIEGO 5810				Entre que Calles Y			
Colonia ROSARIO	Ciudad CHIHUAHUA	Estado CH	C.P. 31000	Teléfono de oficina 6144182202	Horario de entrega 08:00-12:00		

COBERTURAS						
Beneficios Contratados	Suma Asegurada	Fecha de Inicio de Vigencia	Período de		Prima Inicial	
			Cobertura	Pago de Primas	Anual	MENSUAL
Fallecimiento	\$ 250,000.00	06-01-2009	1 AÑO	MENSUAL	\$ 1,596.00	\$ 133.00
Muerte Accidental	\$ 250,000.00					
Beneficio Conyugal	EXCLUIDA					
Total					\$ 1,596.00	\$ 133.00

Esta póliza se renovará automáticamente de acuerdo con las condiciones vigentes al momento de su aplicación y a la edad alcanzada de los asegurados.

BENEFICIARIOS DESIGNADOS		Parentesco	Porcentaje
Beneficiarios del Titular			
ELSA ELVIA CARMONA CASTILLO		CONYUGE	80.00 %
ANA GABRIELA LUNA ARMENDARIZ		SOBRIND/SOBR	10.00 %
CIRILA LOYA VILLALOBOS		MADRE	10.00 %
			0.00 %
			0.00 %
		Total	100.00 %
Beneficiarios del Cónyuge			
			0.00 %
			0.00 %
			0.00 %
			0.00 %
		Total	0.00 %

INDEMNIZACIÓN EN CASO DE MUERTE SIMULTÁNEA

Si el seguro es adquirido en Plan conyugal, y ocurriera la muerte simultánea del Asegurado Titular y del Asegurado Cónyuge, se considerará para efectos de la indemnización, que ocurrió primero el fallecimiento del Asegurado Titular, pagándose la Suma Asegurada que proceda a los Beneficiarios por él designados.

Cliente desde: 14-09-1971

CUAUHTEMOC, A 05 DE ENERO DE 2009

Sucursal: 4461

SEGUROS BBVA BANCOMER, S.A. de C.V.
GRUPO FINANCIERO BBVA BANCOMER

GUADALUPE RAMOS PEREZ

FUNCIONARIO AUTORIZADO

Este documento y la nota técnica que lo fundamenta, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 36 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, por oficio No. CNSF-S0079-0440-2004 de fecha 15 de Julio de 2004

Solicitud No.: S01196020484

Datos Generales del Titular		Fecha: 05-01-2009	
Tipo de Plan: FIJO	Suma Asegurada: \$ 250,000.00	Prima anual: \$ 1,484.28	R.F.C. AELN710914
Nombre(s): NESTOR	Apellidos: ARMENDARIZ LOYA	Fecha de Nacimiento: 14-09-1971	Sexo: M Edad: 37 Años
Ocupación: EMPLEO DE GOBIERNO	Peso(Kg): 070	Estatura (mts): 1.70	
Domicilio: SAMANIEGO 5810	Colonia: ROSARIO	Cd/Estado: CHIHUAHUA CH	Teléfono: 6144182202
Se incluye la Cobertura adicional por muerte accidental		C.P.: 31000	

Solo si se desea contratar la cobertura en forma Conyugal para el beneficio Básico y Coberturas adicionales

Datos del Conyuge			
Nombre(s): XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Apellidos: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	R.F.C. XXXXXXXXXXXXXXX	
Fecha de Nacimiento: XXXXXXXXXX	Sexo:	Edad: 0 Años	Peso(Kg): 000 Estatura (mts): 0.00
Ocupación:			

Solo si se desea que la correspondencia relacionada a este seguro se entregue en domicilio diferente al anterior

Domicilio de Correspondencia			
Calle: SAMANIEGO 5810	Colonia: ROSARIO	Telefono de Oficina: 6144182202	
Cd,Estado: CHIHUAHUA CH	Entre que Calles: Y	C.P.: 31000	Horario de Entrega: 08:00-12:00

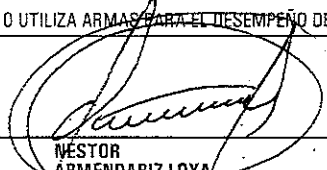
¿El Asegurado Titular o el Asegurado Conyuge o los dos, presentan o han presentado alguna de las siguientes enfermedades?

DIABETES EN CUALQUIERA DE SUS TIPOS	NO
CANCER O TUMORES MALIGNOS	NO
LEUCEMIA O LUPUS	NO
ENFISEMA PULMONAR O BRONQUITIS CRÓNICA	NO
OSTEOPOROSIS	NO
SIDA O SEROPOSITIVO AL VIH	NO
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	NO
INSUFICIENCIA RENAL O PANCREATITIS	NO
INSUFICIENCIA HEPÁTICA O CIRROSIS	NO
CARDIOPATIA (INFARTO O ISQUEMIA O ARRITMIA)	NO
EMBOLIA O DERRAME CEREBRAL	NO
AURISMA O TROMBOSIS	NO

Con respecto a su actividad, la persona a Asegurar, actualmente:

¿TIENE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE O TIENE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE?	NO
¿TIENE PROGRAMADA ALGUNA CIRUGÍA PARA LOS PRÓXIMOS 3 MESES, QUE IMPLIQUE HOSPITALIZACIÓN DE MÁS DE 72 HORAS?	NO
¿ES CHOFER DE TRANSPORTE URBANO O FORÁNEO (CARGA O PASAJEROS) U OPERA CAMIONES DE VOLTEO, PALAS MECÁNICAS O BULDÓZER?	NO
¿SE DESEMPEÑA COMO ALBAÑIL, ELECTRICISTA DE ALTO VOLTAJE, PERFORADOR, BOMBERO O PILOTO FUMIGADOR?	NO
¿PRACTICA PROFESIONALMENTE EL BUCEO, BOXEO, LUCHA, TOREO, PARACAIDISMO, CHARRERÍA, ALA DELTA, MOTOCICLISMO O AUTOMOVILISMO?	NO
¿PRESTA SUS SERVICIOS EN CUALQUIER ORGANISMO POLICIACO, CUERPOS MILITARES O DE MARINA, DE SEGURIDAD PRIVADA, GUARDAESPALDAS O UTILIZA ARMAS PARA EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO?	NO

Sucursal: 4461


NESTOR ARMENDARIZ LOYA
 Firma del Titular

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 Firma del Conyuge
 (Únicamente si se contrata plan Conyugal)

Beneficiario del Titular

Solicitud No. : S01196020484

Nombre del Beneficiario

Nombre del Beneficiario	Parentesco	Porcentaje
ELSA ELVIA CARMONA CASTILLO	CONYUGE	80.00 %
ANA GABRIELA LUNA ARMENDARIZ	SOBRINO/SOBR	10.00 %
CIRILA LOYA VILLALOBOS	MADRE	10.00 %
		0.00 %
		0.00 %
Beneficiario del Cónyuge		Total 100.00 %

Nombre del Beneficiario

Nombre del Beneficiario	Parentesco	Porcentaje
		0.00 %
		0.00 %
		0.00 %
		0.00 %
		0.00 %
Total		0.00 %

Indemnización en caso de muerte simultánea

Si el seguro es adquirido en Plan Conyugal, y ocurriera la muerte simultánea del Asegurado Titular y del Asegurado Cónyuge, se considerará para efectos de la indemnización, que ocurrió primero el fallecimiento del Asegurado Titular, Pagándose la Suma Asegurada que proceda a los Beneficiarios por él designados.

Forma de pago : MENSUAL

Tipo de pago : TARJETA DE CREDITO

Cta.Chq./TDC.No. : 4555406240364315

Autorizo a **BBVA BANCOMER,S.A.**

TARJETA DE CREDITO

S01196020484

a que pague a **SEGUROS BBVA BANCOMER S. A. DE C.V., GRUPO FINANCIERO BBVA BANCOMER**, con cargo a la **número 4555406240364315**, que tengo contratada con dicha Institución Bancaria, el importe de la prima de la póliza de seguro número conforme a los vencimientos y montos estipulados en la póliza contratada.

En relación al contrato celebrado con ustedes, cuyo número de cuenta que arriba se indica, me permito autorizar que a través de **SEGUROS BBVA BANCOMER, S. A. DE C.V., GRUPO FINANCIERO BBVA BANCOMER**, me sean cargados los importes correspondientes al servicio contratado.

Así mismo, manifiesto mi conformidad en que esta autorización se sujeta a las políticas establecidas por ustedes para este tipo de servicios, entendiéndose como una adición al contrato, rigiéndose por lo ahí establecido.

ADVERTENCIA PARA LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS:

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se deberá señalar a un mayor de edad como representante de los menores, para efecto de que en su representación cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de un menores beneficiarios durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombre Beneficiario al mayor de edad quien en todo caso sólo tendrá una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado para disponer de la suma asegurada.

Declaración del titular de l cónyuge en caso de estar asegurado :

De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato de Seguros, he declarado todos los hechos importantes en relación a las preguntas de esta solicitud como las conozco o debiera conocer a la fecha de firmar, informado de que las falsas e inexactas declaraciones u omisiones de tales hechos podrían dar lugar a la cancelación de la póliza y en consecuencia a la pérdida de los derechos a los Beneficiarios u otros que legalmente pudieran tener beneficio de este contrato.

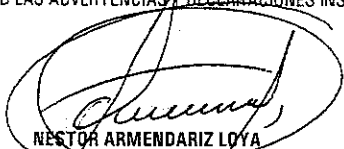
Autorizo a los médicos, hospitales, sanatorios, clínicas y demás prestadores de servicios médicos, para que en caso de ser necesario, proporcionen a **SEGUROS BBVA BANCOMER S.A. DE C.V., GRUPO FINANCIERO BBVA BANCOMER**, toda la información relacionada con mi estado de salud.

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, y por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la institución de seguro, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

HE LEÍDO DE CONFORMIDAD LAS ADVERTENCIAS Y DECLARACIONES INSCRITAS ANTES MENCIONADAS.

Sucursal : 4461

Se firma la presente: 05/01/2009


NESTOR ARMENDARIZ LOYA
 Firma del Titular

 Firma del Cónyuge
 (Únicamente si se contrata plan Conyugal)

Este documento y la nota técnica que lo fundamenta, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Finanzas, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 36 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, por oficio No. CNSF-S0079-0440-2004 de fecha 15 de Julio de 2004

ASEGURADORA