



reinventando / los seguros

AXA SEGUROS, S.A. DE C.V.  
DEPARTAMENTO DE PÉRDIDAS TOTALES

CARTA DE PÉRDIDA TOTAL

México D.F., a 27 de abril de 2016

ASEGURADO: ALBERTO BOLAÑOS MOLINA / CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDER  
SINIESTRO: M007724F  
INVENTARIO: 15021819

POR MEDIO DEL PRESENTE LE INFORMO QUE, DADA LA MAGNITUD DE LOS DAÑOS QUE PRESENTA LA UNIDAD:

MARCA:	CHRYSLER	TIPO:	NEON SRT
PLACAS:	592ZRD	MODELO:	2005
SERIE:	1B3BS66S75D290110	FECHA SIN:	23/11/2015

ESTA COMPAÑÍA DECLARA EL VEHÍCULO COMO PÉRDIDA TOTAL

**NOTA IMPORTANTE:** EL PRESENTE DOCUMENTO NO GENERA COMPROMISO ALGUNO DE PAGO PARA AXA SEGUROS, S.A. DE C.V., HASTA QUE EL ASEGURADO O TERCERO PRESENTE TODA LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA POR EL DEPARTAMENTO DE PÉRDIDAS TOTALES, QUE LO ACREDITE COMO PROPIETARIO DEL BIEN AFECTADO DICHS DOCUMENTOS DEBERÁN DE SER ENTREGADOS AL ÁREA ADMINISTRATIVA PARA SU SU APROBACIÓN Y VALIDACIÓN DE LA AUTENTICIDAD DE LOS MISMOS.

DIRECCIÓN DE OPERATIVOS  
GERENCIA DE SERVICIO AL CLIENTE  
MAY 2016  
ATENTAMENTE.  
MARCO ANTONIO  
MATEOS RAMÍREZ

DEPARTAMENTO DE PÉRDIDAS TOTALES



reinventando / los seguros

GERENCIA DE PAGO AL CLIENTE  
DEPARTAMENTO DE PÉRDIDAS TOTALES

### INFORME DE PÉRDIDA TOTAL / PAGO DE DAÑOS

SINIESTRO  INV  FECHA ELAB.

ASEG / TERC

A  T  R

FECHA DE SIN.

PÓLIZA

INC

ESTADO DE PÓLIZA:

### DESCRIPCIÓN DEL VEHÍCULO

MARCA  TIPO  MODELO  COLOR

No. SERIE  PLACAS

#### DAÑOS

EBC VTA \$  COMP \$  M.O. \$

AUT VTA \$  COMP \$  REF \$

OTROS \$  \$  TOT \$

PROM. \$  TOTAL \$

P.GRAL \$  B. SALV \$

### INDEMNIZACIÓN

#### PAGO DE DAÑOS

M.O. \_\_\_\_\_  
REF. \_\_\_\_\_  
SUBTOT. \_\_\_\_\_  
DED \_\_\_\_\_  
TOTAL \_\_\_\_\_

#### PÉRDIDA TOTAL

VCSA \$   
% ESP \$   
SUBTOT \$   
DEDUC \$   
SUBTOTAL A PAGAR \$   
OTROS \$   
TOTAL \$

FIRMA DE CONFORMIDAD ASEGURADO O TERCERO

OBSERVACIONES: VALOR COMERCIAL MAS 10% MAS PRIX DE 2,898.42 MAS GTS DE TRANSPORTE DE 16,200.00

FIRMA SUPERVISOR P.T.

FIRMA JEFE DE P.T.

Vo. Bo. DEL GERENTE







reinventando / los seguros

**AXA AUTOS  
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN  
AUTOMÓVILES/AUTO FLOTILLA**

Moneda: NACIONAL

Póliza: UAA961320000  
Inciso: 580

**Datos del Asegurado**

Nombre: RAÚL BOLAÑOS MOLINA  
CONSEJO DE LA JUDICATURA FEDERAL 15  
Domicilio: CARRETERA PICACHO AJUSCO NO 170 G34V030  
Col.: JARDINES DE LA MONTA C.P: 14210 TLALPAN, DISTRITO FEDERAL  
Benef.Pref ALBERTO BOLAÑOS MOLINA  
Cuenta:

R.F.C.BOMR751010L60  
Teléfono:  
I.D. : 52377  
U.A.: G34V030  
R.Tel:

**Datos del Vehículo**

Vehículo: CHRYSLER NEON SRT-4  
Motor: H EN USA  
Serie: 1B3BS66S75D290110  
Placas: 592ZRD  
Uso: NORMAL  
Servicio: Particular

Modelo: 2005  
Capacidad: 5 Pasajeros  
Carga:  
Remolque: No  
Tarifa: 0692901/TB1084

2do. Remolque: No

**Datos de la Póliza**

Vigencia a las 12 hrs. del : 26/FEB/2015  
Forma de Pago: D.x.N.  
Fecha de Emisión:

al: 31/DIC/2015



Póliza Ant.:

Endoso: AH020695

**Datos Adicionales**

Agente: 300156 DIRECTO DIRE  
Orden de Trabajo: MXAA00516765  
Contrato:

Prima Neta: 3,587.91  
Tasa de Financiamiento: 0.00  
Gastos por Expedición: 100.00

OT. Agente: /

I.V.A.: 590.06  
Prima Total: 4,277.97

"AXA Seguros, S.A. de C.V." que en lo sucesivo se llamará la Compañía, asegura de conformidad con las cláusulas de esta póliza y durante la vigencia establecida, el vehículo arriba descrito contra los riesgos que enseguida aparecen con límite máximo de responsabilidad. Al recibir mi póliza me doy por enterado del contenido y alcance de las condiciones generales y especiales que rigen este seguro.

**Coberturas Amparadas**

DAÑOS MATERIALES  
ELIMINACION DED. Y DEV. PRIMAS  
ROBO TOTAL  
RESPONSABILIDAD CIVIL Y  
SERVICIOS DE ASISTENCIA  
EXTENSION AL TITULAR  
RC FRENTE A OCUPANTES  
RESP. CIVIL PERSONAS EN EXCESO  
DEFENSA LEGAL VEHICULAR  
ACCIDENTES AUTO. AL CONDUCTOR  
GASTOS MEDICOS A OCUPANTES

**Límite Máximo de Responsabilidad**

VALOR COMERCIAL (A)  
AMPARADA  
VALOR COMERCIAL (A)  
1,500,000.00  
AMPARADA  
AMPARADA  
250,000.00  
2,500,000.00  
1,500,000.00  
50,000.00  
250,000.00

**Deducible**

04 % (B)  
06 % (B)

**Prima**

1,917.32  
58.69  
418.40  
847.28  
134.71  
69.69  
18.48  
123.35  
3,587.91

**PRIMA NETA**

(A) En pérdidas totales se indemnizará el valor comercial del vehículo al 110% en el momento del siniestro.  
(B) Porcentajes que se aplicaran en pérdidas parciales y totales sobre el valor comercial del vehículo al momento del siniestro.  
Accidente o Robo de Automóvil 01 800 841 5015 -  
Defensa Legal 01-800-02-172-22, (01)55-64-80-58, (01)55-64-61-10  
Servicio de Asistencia México 01800 908 4641 U.S.A 1 866 433 3231, Canadá y Guatemala (Por Cobrar a México) (52 55) 5169 3026

AXA SEGUROS, S.A. de C.V.  
Xoia # 535 Piso 27, Colonia del Valle,  
Delegación Benito Juárez, México, D.F. C.P. 03100  
Tels: 51 69 10 00, División: CENTRAL

MÉXICO D.F. A 26 DE FEBRERO DE 2015

**ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO COMO RECIBO DE PAGO**

Apoderado



reinventando / los seguros

Acuerdo de Pago por Pérdida Total

México D.F., a 27 de abril de 2016

Asegurado / Tercero

Siniestro M007724F

Inventario AXA 15021819

Previo conocimiento y aceptación de determinación de Pérdida Total del vehículo:

Marca: CHRYSLER

Tipo: NEON SRT

Placas: 592ZRD

Modelo: 2005

Convento con AXA Seguros, S.A. de C.V., en lo subsecuente AXA, en acreditar la propiedad del vehículo entregando todos los documentos indicados en el Instructivo para entrega de documentos, que en este acto recibo, dentro del plazo máximo de 30 días naturales contados a partir de esta fecha. De no hacerlo, estoy conforme con liberar a AXA de las posibles obligaciones derivadas del siniestro arriba señalado.

Transcurrido el plazo sin haber entregado la documentación que acredite la propiedad, retiraré el vehículo en un lapso no mayor a 5 días. En caso de no retirar el vehículo autorizo a AXA para que a su elección traslade el vehículo a la dirección abajo indicada, o bien, para que lo resguarde. Libero a AXA de toda responsabilidad por el traslado del vehículo a lugar donde deba almacenarse, así como de cualquier robo o daño adicional causado al vehículo.

Además, de no acreditar la propiedad del vehículo dentro del plazo señalado, me obligo a pagar a AXA la cantidad de \$120.00 diarios por resguardo, así como los relativos al traslado del vehículo, pudiendo AXA descontar el costo de estos conceptos de la suma asegurada por los daños al vehículo.

_____	_____	_____
Calle	No. Exterior	No. Interior
_____	_____	_____
Colonia	Deleg. / Municipio	_____
_____	_____	_____
Ciudad	Estado	C.P.
Años _____ Meses _____	_____	_____
Residencia:	Teléfono	Celular


Ratifico que el valor obtenido por la disposición de los restos del vehículo que realice AXA, o el tercero que ésta designe, sea aplicado como recuperación a favor de AXA.



\_\_\_\_\_  
Firma



**Datos generales**

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social <b>Bolaños Molina Raul</b>					No. exterior	No. interior
Domicilio Calle <b>Balbino Dávalos</b>					<b>220</b>	
Colonia <b>México 2ª Sección</b>	Código postal <b>57620</b>	Delegación o municipio <b>Nezahualcoyotl</b>	Población o ciudad	Estado <b>México</b>		
Tel. particular (con clave de ciudad) 01 <b>5558461311</b>		Tel. oficina (con clave de ciudad) 01 <b>5527283899</b>		Tel. celular (con clave de ciudad) <b>5591917553</b>		
R.F.C. <b>BOMR751010460</b>		C.U.R.P. <b>BOMR751010HDFLLLO1</b>				
Nacionalidad <b>Mexicana</b>		País de Nacimiento <b>Estados Unidos Mexicanos</b>		Ocupación o profesión <b>Abogado</b>		
Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa		Día Mes Año <b>10 19 75</b>		Firma Electrónica Avanzada (FIEL) 		
Actividad o giro mercantil				Correo electrónico		

**Llenar estos datos en caso de ser extranjero**

Domicilio en su país de origen			No. exterior	No. interior	Colonia	Código postal
Calle						
Población o ciudad		Estado	País		Teléfono	

**Para personas morales**

Nombre del(los) apoderado(s) legal(es)		No. de notario público	
Datos de los poderes del representante legal		Nombre del notario	
No. de escritura		Entidad federativa en la que da fe	
Datos de la constitución		Folio mercantil del registro público	
No. de escritura donde consta la constitución		Nombre del notario	
Fecha de inscripción en el registro público		Entidad federativa en la que da fe	
Día Mes Año		Núm. del notario público	

**Domicilio fiscal**

Calle					No. exterior	No. interior
Colonia	Código postal	Delegación o municipio	Población o ciudad	Estado		
Tel. particular (con clave de ciudad) 01		Tel. oficina (con clave de ciudad) 01		Tel. celular (con clave de ciudad)		
Correo electrónico						

En caso de ser una subsidiaria, mencione los nombres y proporción de la tenencia accionaria de la o las sociedades poseedoras

**Domicilio oficina matriz**

Calle					No. exterior	No. interior
Colonia	Código postal	Delegación o municipio	Población o ciudad	Estado		
Tel. particular (con clave de ciudad) 01		Tel. oficina (con clave de ciudad) 01		Tel. celular (con clave de ciudad)		

Nombre de los principales accionistas (personas físicas que integran actualmente al capital social)



**Datos del (los) beneficiario(s) (persona física)**

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social		Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa		Día	Mes	Año
Domicilio Calle			No. exterior		No. interior	
Colonia		Código postal		Delegación o municipio		
Población o ciudad		Estado				

**Artículo 140 Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros**

**Exclusivo para personas físicas.** Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, ha sido jefe de estado o de gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales o funcionario o miembro de partidos políticos. Sí  No

En caso afirmativo describa el puesto	Tiempo o periodo	Parentesco o vínculo
---------------------------------------	------------------	----------------------

¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con una sociedad o asociación?  
Especifique: Sí  No

Nombre y porcentaje de participación

Actúa en nombre y por cuenta propia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso negativo, mencione el nombre del tercero por el que actúa
-------------------------------------	---	---

Acto jurídico a través del cual obtuvo el mandato o representación	Parentesco o vínculo con usted
--	--------------------------------

Domicilio de dicha persona

**Documentos requeridos**

Personas físicas			Personas morales		
Tipo de documento	Clave (1)	Fecha exp.	Documentación	Sí	No
a) Personal			Copia de la escritura constitutiva		
b) Registros gubernamentales (2)			Cédula de identificación fiscal		
c) Comprobante domicilio (en caso negativo)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Comprobante de domicilio (menor a 3 meses)		
d) Apoderado (cuando exista)			Copia de los poderes del o los representantes		
e) Identificación oficial apoderado			Identificación de él o los representantes		
f) Comprobante de domicilio apoderado			Manifestación de futura inscripción al registro (3)		
(1) Ver relación de claves	(3) Empresas de reciente constitución		Documento debidamente legalizado o apostillado que compruebe su legal existencia (4)		
(2) Cuando cuente con ello	(4) Empresas extranjeras		Oficio nombramiento (sector público)		

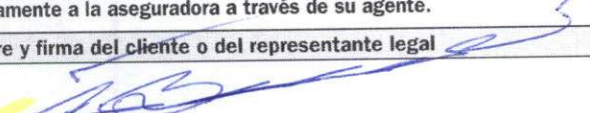
**Presentación copias documentos para expediente**

- |   |   |
|---|---|
| <p><b>a y e) Personal</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Credencial de elector</li> <li>Cédula profesional</li> <li>Pasaporte</li> <li>Licencia de conducir</li> <li>Cartilla servicio militar</li> <li>Tarjeta única de identidad militar</li> <li>Certificado de matrícula consular</li> <li>Credencial/Carnet IMSS</li> <li>Tarjeta afiliación Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores</li> <li>Credencial de institución pública de educación media y media superior</li> <li>Credencial emitida por alguna entidad federativa o estatal</li> <li>Credencial para obtener recursos o apoyos de programas gubernamentales, federales, estatales o municipales</li> <li>Documento que acredite calidad migratoria</li> </ol> | <p><b>b) Registros gubernamentales</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Registro Federal de Contribuyentes</li> <li>Clave Única Registro Población</li> </ol> <p><b>c y f) En su caso, comprobante domicilio reciente (vigencia no mayor a tres meses)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Luz</li> <li>Teléfono</li> <li>Predial</li> <li>Agua</li> <li>Estado de cuenta bancario</li> </ol> <p><b>d) Apoderado</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Carta poder</li> <li>Copia del poder notarial</li> </ol> |
|---|---|

**Nota importante**

Declaro conocer y estar de acuerdo con el Aviso de Privacidad de AXA Seguros, S.A. de C.V., por lo que de conformidad con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, autorizo que los datos personales proporcionados en este formato puedan utilizarse para todos los fines del contrato de seguro.

En caso de que durante la vigencia de su contrato haya existido una modificación a los datos de identificación contenidos en este formulario, deberá informarlo directamente a la aseguradora a través de su agente.

Nombre y firma del cliente o del representante legal	Lugar y fecha
	Ciudad de México 03/05/16

México, D.F., a 3 de Mayo del 2016.

**AXA SEGUROS S.A. DE C.V.**

Por medio de la presente, yo Alberto Beltrán Molina  
informo que con relación al siniestro M 134620E referente a la póliza con  
número UAA961320000 Inciso 580, bajo protesta de decir verdad,  
manifiesto que no tengo inconveniente en el pago de la indemnización sea pagado a Raúl Beltrán Molina, ya que solo soy CONTRATANTE DE LA  
POLIZA y el propietario del automóvil marca Chrysler tipo Neon SRT4 modelo  
2005 es de Raúl Beltrán Molina por lo tanto deslindo de  
cualquier responsabilidad presente o futura a Axa Seguros S.A. de C.V., ratifico mi  
consentimiento para que el pago sea efectuado a  
Raúl Beltrán Molina

**Atentamente.**

Alberto Beltrán Molina

Nombre y Firma





**INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL**  
**REGISTRO FEDERAL DE ELECTORES**  
**CREDENCIAL PARA VOTAR**

NOMBRE  
**BOLANOS MOLINA RAUL**  
 EDAD **34**  
 SEXO **H**  
 DOMICILIO  
**C BALBINO DAVALOS 220**  
**COL MEXICO 2DA SECCION 57620**  
**NEZAHUALCOYOTL, MEX.**  
 FOLIO: **000072470677** AÑO DE REGISTRO: **1993-05**  
 CLAVE DE ELECTOR: **BLMLRL75101009H400**  
 CURP: **BOMR751010HDFLL01**  
 ESTADO: **15** MUNICIPIO: **060**  
 LOCALIDAD: **0001** SECCION: **3370**  
 EMISIÓN: **2010** VIGENCIA HASTA: **2020**



FIRMA



ESTE DOCUMENTO ES INTRANSFERIBLE.  
 NO ES VALIDO SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS.  
 EL TITULAR ESTA OBLIGADO A NOTIFICAR EL CAMBIO DE DOMICILIO EN LOS 30 DIAS SIGUIENTES A QUE ESTE OCURRA.

*Edmundo Jacobo Molina*  
 EDMUNDO JACOBO MOLINA  
 SECRETARIO EJECUTIVO DEL  
 INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL



*Raul Bolanos Molina*

ELECCIONES FEDERALES      LOCALES Y EXTRAORDINARIAS






ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

MÉXICO INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL  
CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE  
BOLAÑOS  
MOLINA  
ALBERTO  
DOMICILIO  
COL DEPORTIVA PENSIL 11440  
MIGUEL HIDALGO, D.F.  
CLAVE DE ELECTOR BLMLAL71040809H500  
CURP BOMA710408HDFLL09 AÑO DE REGISTRO 1991 04  
ESTADO 09 MUNICIPIO 016 SECCIÓN 5062  
LOCALIDAD 0001 EMISIÓN 2014 VIGENCIA 2024

FECHA DE NACIMIENTO  
08/04/1971  
SEXO H

REGIONES FEDERALES LOCALIDADES EXTRAORDINARIAS

INE

01

01

01

EDMUNDO JACOBSON MOLINA  
SECRETARIO EJECUTIVO DEL  
INSTITUTO NACIONAL ELECTORAL

IDMEX1268077056<<5062059432137  
7104088H2412311MEX<04<<51430<0  
BOLAÑOS<MOLINA<<ALBERTO<<<<<<<<



HSBC ADVANCE  
Estado de Cuenta

HSBC Advance



RAUL BOLAÑOS MOLINA

CR 57001  
C25.01-00576-27-DFT

BALBINO DAVALO NO. 220  
COL. MEXICO SEGUNDA SECCION  
57620 NEZAHUALCOYOTL MEXICO

-01  
707245  
308668

NÚMERO DE CUENTA  
6174402041  
NÚMERO DE CLIENTE  
33643735  
RFC  
BOMR751010L60  
CURP  
BOMR751010HDFLL01

CLABE INTERBANCARIA  
021180061744020417

RESUMEN DE CUENTAS	
▶ Saldo Inicial del Periodo	\$ 70,156.14
▶ Depósitos/ Abonos	\$ 61,988.37
▶ Retiros/Cargos	\$ 98,757.80
▶ Intereses Netos Sin Capital Informativo	\$ 0.00
▶ IVA Informativo	\$ 0.00
<b>▶ Saldo Final del Periodo</b>	<b>\$ 33,386.71</b>
▶ Sucursal	00576
▶ Plaza	01
▶ Días Transcurridos en el mes	29
▶ Período del	01/02/2016 al 29/02/2016

La fecha de corte coincide con el período indicado  
Las tasas de interés son expresadas en términos anuales

Cuenta	Interés Aplicable	Comisiones Cobradas	GAT Nominal	GAT Real
6174402041	0.00%	\$ 0.00	No Aplica	No Aplica

CIFRAS EXPRESADAS EN PESOS MEXICANOS

RESUMEN DE TU HSBC ADVANCE	
Comisiones Cobradas en el Mes	\$ 0.00
Saldo Promedio Mínimo Requerido	\$ 0.00
Saldo Promedio en el Mes (promedio de los saldos diarios del periodo)	\$ 42,783.12
Tasa Promedio Nominal	0.0000%
Pago Interés Nominal en el Mes	\$ 0.00
Pago de Interés Nominal en el Año	\$ 0.00
IVA Cobrado	\$ 0.00
ISR Retenido en el Mes	\$ 0.00
ISR Retenido en el Año	\$ 0.00

DETALLE MOVIMIENTOS HSBC ADVANCE NO. 6174402041

Día	Descripción	Referencia/ Serial	Retiro/Cargo	Depósito/Abono	Saldo
02	RETIRO CAJERO 4213169008513309 20160201	13611089 7370	\$ 7,000.00		\$ 63,156.14
02	PCKLON 5876951	08045211 294787		\$ 1,000.00	\$ 64,156.14
02	PAGO PODER JUDICIAL (PASIV CRED 79821645	ATC81417	\$ 1,519.25		\$ 62,636.89
02	PAGO PODER JUDICIAL (PASIV CRED 79834683	ATC81417	\$ 7,345.45		\$ 55,291.44
08	RETIRO CAJERO 4213169008513309 20160208	13611089 3734	\$ 3,000.00		\$ 52,291.44
08	PAGO DE TARJETA: 4134060000905823 EN BPI	13655071 41234	\$ 5,000.00		\$ 47,291.44
08	PAGO DE TARJETA: 4165028003319500 EN BPI	13655071 41234	\$ 5,000.00		\$ 42,291.44
08	PCKLOM 4357323	08045211 249402		\$ 2,517.00	\$ 44,808.44
08	6039260277OHA 051017KE7OPE HOSP ANGELES	11771644 2535	\$ 2,166.45		\$ 42,641.99
08	6039260278NISA710625M4ADRA ARACELI NINO	11771644 81740	\$ 5,645.00		\$ 36,996.99
09	6040083665OHA 051017KE7OPE HOSP ANGELES	11771644 27563	\$ 384.01		\$ 36,612.98
10	PAGO EXNOM SIMPLE CRED 78285468	ATC81417	\$ 7,451.51		\$ 29,161.47
12	PAGO DE NOMINA 1430400	19014622		\$ 26,285.47	\$ 55,446.94
12	TRANSFERENCIA BPI A LA CUENTA 3825	13651059 41234	\$ 10,000.00		\$ 45,446.94

0130000570010308686313





reinventando / los seguros

Determinación de la Pérdida / Pérdidas Totales

EJEMPLO DE REFACTURA PERSONAS FISICAS SIN ACTIVIDAD EMPRESARIAL

### PERSONA FISICA QUE EMITE LA FACTURA

R.F.C. DE LA PERSONA FISICA SIN ACTIVIDAD EMPRESARIAL QUE EMITE LA FACTURA

DIRECCIÓN FISCAL DE LA PERSONA FISICA QUE EMITE LA FACTURA

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DE LA FACTURA

**Refacturar a favor de: AXA SEGUROS, S.A. DE C.V.**  
**Domicilio: Felix Cuevas 366 Planta Baja, Col. Tlacoquemecatl**  
**Delegación Benito Juárez, C.P. 03200, México, D.F.**  
**RFC: ASE931116231**

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	PARCIAL	TOTAL
	TRANSMISIÓN DE LA PROPIEDAD VEHICULO <MARCA> MODELO, TIPO, SERIE, MOTOR, (R.F.V. EN SU CASO)>  AMPARADO EN LA PÓLIZA NÚMERO XXXXXXXX		\$25,974.00
	I.S.R. POR LA TRANSMISIÓN DE LA PROPIEDAD (20%)		\$0.00
	ESTA FACTURA SUSTITUYE A LA NÚMERO XXXXX DE "X" EMPRESA EMITIDA CON FECHA XXXX DERIVADO DEL SINIESTRO No. YYYYYYYY		
	<b>IMPORTE TOTAL</b>		\$25,974.00

**Método de Pago:** En caso de ser transferencia MN. Indicar la leyenda : (Transferencia Cta. Axa \*\*\*\*7103)  
 En caso de ser orden de pago indicar la leyenda : (Orden de pago Cta. Axa \*\*\*\*5667)  
 En caso de transferencia en dolares indicar la leyenda: (Transferencia Cta. Axa \*\*\*\*3556)  
 En caso de cheque en dolares indicar la leyenda : (Transferencia Cta. Axa \*\*\*\*3556)

**Forma de Pago:** Indicar la siguiente leyenda (**Pago en una sola exhibición**)

**Unidad de medida:** N/A

**Regimen Fiscal :** N/A

NOMBRE DE PERSONA FISICA

FECHA DE IMPRESIÓN Y VIGENCIA DE LOS COMPROBANTES

ESPACIO ASIGNADO PARA LOS DATOS CORRESPONDIENTES AL IMPRESOR AUTORIZADO

CV

**CORPORATIVO VEHICULAR SA DE CV**  
**CONSULTORÍA VEHICULAR**

**REPORTE DE GESTIÓN**

FECHA DE RECEPCIÓN:	<u>03/05/16</u>	ASEGURADO:	_____
		TERCERO:	_____
		COLISION:	<u>X</u>
SINIESTRO:	<u>M007724F</u>	ROBO:	_____
MARCA:	<u>DODGE</u>	TIPO:	<u>NEON</u>
MODELO:	<u>2005</u>	PLACAS:	<u>592ZRD</u>
POLIZA:	<u>UAA961320000</u>		
FACTURA ORIGEN:	<u>VC0269 FAME SANTA FE SA DE CV</u>		
REFACTURA:	_____		
FOLIO BAJA DE PLACAS:	<u>65425</u>		
TENENCIAS:	<u>2012 A 2016</u>		
No. AVERIGUACION:	_____		
CARTA DE PT:	<u>27/04/16</u>		
TIPO DE PAGO:	<u>TRANSFERENCIA</u>		

OBSERVACIONES: DOCUMENTOS OK  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

clacobi  
PROCEDENTE