



Datos generales			
Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social Maria de los Angeles Ortiz Vigil			
Domicilio Calle 18 de Marzo		No. exterior 108	No. interior A
Código postal 89430			
Colonia Felipe Carrillo Puerto	Delegación o municipio Madero	Población o ciudad Cd. Madero	Estado Tamaulipas
Tel. particular (con clave de ciudad) 01 8332569154		Tel. oficina (con clave de ciudad) 01	Tel. celular (con clave de ciudad) 044 8333005658
R.F.C. 01VA890302BR20		C.U.R.P. 01VA890302MT5RGN09	
Nacionalidad Mexicana		País de nacimiento Mexico	Ocupación o profesión Empleada
Fecha de nacimiento / Constitución de la empresa Día Mes Año 02 03 1989		Para personas físicas y morales, número de serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada (FIEL)	
Actividad o giro mercantil		Correo electrónico angeort24@gmail.com	
Llenar estos datos en caso de ser extranjero			
Domicilio en su país de origen Calle		No. exterior	No. interior
Código postal			
Colonia		Población o ciudad	
Estado	País	Teléfono	
Para personas morales			
Nombre del(los) apoderado(s) legal(es)			
Datos de los poderes del representante legal Nombre del notario		No. de notario público	
No. de escritura		Entidad federativa en la que da fe	
Datos de la constitución No. de escritura donde consta la constitución		Folio mercantil del registro público	
Fecha de inscripción en el registro público Día Mes Año		Nombre del notario	
Núm. del notario público		Entidad federativa en la que da fe	
Domicilio Calle		No. exterior	No. interior
Código postal			
Colonia	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) 044
Correo electrónico			

ESTADO UNIDOS MEXICANOS

INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL
REGISTRO FEDERAL DE ELECTORES
CREDENCIAL PARA VOTAR

ESTE DOCUMENTO ES INTRANSFERIBLE.
NO ES VALIDO SI PRESENTA TACHADURAS O ENMIENDAS.

EL TITULAR ESTA OBLIGADO A NOTIFICAR EL CAMBIO DE DOMICILIO EN LOS 30 DIAS SIGUIENTES A QUE ESTE OCURRA.

EDUARDO JACOBO MOLINA
SECRETARIO EJECUTIVO DEL
INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL

Maria de los Angeles Ortiz Vigil

EDAD 22
SEXO M

DOMICILIO
C 13 DE ENERO ED 901 DEP 9
COL BENITO JUAREZ 89580
CIUDAD MADERO ,TAMPS.

FOLIO 0728082303145 AÑO DE REGISTRO 2007 01
CLAVE DE ELECTOR ORVGN89030228M900
CURP OIVA890302MTRSGN09
ESTADO 28 MUNICIPIO 009
LOCALIDAD 0001 SECCION 0234
EMISION 2012 VIGENCIA HASTA 2022

SECCIONES FEDERALES LOCALS Y EXTRAORDINARIAS

123

ESTADO UNIDOS MEXICANOS

INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL
REGISTRO FEDERAL DE ELECTORES
CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE
ORTIZ
VIGIL
MARIA DE LOS ANGELES

EDAD 22
SEXO M

DOMICILIO
C 13 DE ENERO ED 901 DEP 9
COL BENITO JUAREZ 89580
CIUDAD MADERO ,TAMPS.

FOLIO 0728082303145 AÑO DE REGISTRO 2007 01
CLAVE DE ELECTOR ORVGN89030228M900
CURP OIVA890302MTRSGN09
ESTADO 28 MUNICIPIO 009
LOCALIDAD 0001 SECCION 0234
EMISION 2012 VIGENCIA HASTA 2022

FIRMA

AVISO RECIBO

CFE Comisión Federal de Electricidad

Av. Paseo de la Reforma Núm. 164. Cot. Juárez, México, D.F. C.P. 06600.
R.F.C. CFE370814 Q10

Nombre y Domicilio

ORTIZ VIGIL MARIA DE LOS ANGEL
18 DE MARZO D 1 108 A CP.00000
N HEROES 1ERO MAYO
CARRILLO PUERTO(MDO) M
MADERO, TAMPS

Cuenta	Uso	Tarifa	Hilos
20DU01B012013042	Doméstico	1C	2

Medición de consumo				
Num. de Medidor	Lectura actual	Lectura anterior	Mult.	Consumo kWh
000R9X	03891	03551	1	340

Apoyo gubernamental	
Costo de producción	\$1,227.02
Aportación Gubernamental	\$926.43

Total a pagar del periodo facturado

\$348.00
(TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS 00/100 M.N.)

Número de servicio

902 150 204 279

Fecha límite de pago

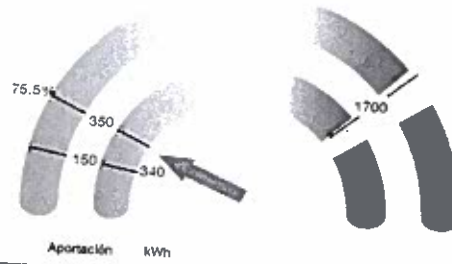
28 ABR 16

Información importante

Corte a partir de 29 ABR 16.
¡¡Felicidades!! usted cuida su gasto familiar. Lo invitamos a seguir ahorrando luz en su hogar.

Periodo Consumo	Días	Promedio Diario en kWh	Promedio Diario en \$
12 FEB 16 AL 13 ABR 16	61	5.57	5.70

Facturación			
Concepto	kWh	Precio	Subtotal
Básico	150	0.793	118.95
Intermedio	190	0.956	181.64
Suma	340		300.59



Su consumo de energía eléctrica está dentro del rango de consumo BAJO, que es menor a 350 kWh bimestrales.

Importe de la facturación	
Energía	300.59
IVA 16%	48.09
Fac. del Periodo	348.68
Adeudo Anterior	341.07
Su Pago	-341.00
Total	\$348.75



¡CUIDADO!
QUE NO TE SORPRENDAN



Fecha, hora y lugar de impresión: 14 ABR 16 06:10:46 hrs. Avenida Ejército Mexicano Esq. Prol. Carranza 405 Flores Madero Madero Tamaulipas Mexico C.P. 89460

Número de servicio: 902150204279
01 902150204279 160428 000000348 0

Cuenta: 20DU01B012013042 Clave de envío: Repartir



Total a pagar:

\$348.00
(TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS 00/100 M.N.)

Cédula de Identificación Fiscal

SHCP

SECRETARÍA DE HACIENDA Y FISCALÍA



OIVA890302BR2

Registro Federal de Contribuyentes

MARIA DE LOS ANGELES ORTIZ VIGIL

Nombre, denominación o razón social

idCIF:14040567947

← VALIDA TU INFORMACIÓN FISCAL



REGISTRO NACIONAL DE POBLACIÓN	TRÁMITE GRATUITO
CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN	Esta Clave Única de Registro de Población se expide con base en los datos que identifican su documento probatorio:
CLAVE	ACTA DE NACIMIENTO
OIVA890302MTSRGN09	ENTIDAD: TAMAULIPAS
NOMBRE	MUNICIPIO: TAMPICO
MARIA DE LOS ANGELES	AÑO DE REGISTRO: 1989
ORTIZ	NUMERO DE LIBRO: 0009
VIGIL	NUMERO DE ACTA: 01627
FECHA DE INSCRIPCIÓN	NUMERO DE FOJA:
03/01/1998	NUMERO DE TOMO:
FOLIO	CRIP: 280380189016279
008402640	

Los datos personales recabados serán protegidos, incorporados y tratados en el Sistema de datos personales denominado "BASE DE DATOS NACIONAL DE LA CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN" con fundamento en los artículos 36, fracción I de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 85 y 86 de la Ley General de Población y 41, 42, 43, 83, 84 y 85 de su Reglamento, cuya finalidad es registrar a cada una de las personas que integran la población del país, así como gestionar y administrar las Claves Únicas de Registro de Población contenidas en la referida Base de Datos. Dicho Sistema fue registrado en el listado de sistemas de datos personales ante el Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos (www.ifai.org.mx) y los datos en él contenidos podrán ser transmitidos al Instituto Federal Electoral y a las dependencias y entidades públicas, para la adopción y uso de la Clave Única de Registro de Población y el ejercicio de sus funciones, además de otras transmisiones previstas en la Ley. La Unidad Administrativa responsable de este Sistema de datos personales es la Dirección General del Registro Nacional de Población e Identificación Personal de la Secretaría de Gobernación y el interesado podrá ejercer los derechos de acceso y corrección de datos personales en el domicilio de la Unidad de Enlace para la Transparencia y Acceso a la Información Pública en Bahía de Santa Bárbara 193, Planta baja, Colonia Anzures, Delegación Miguel Hidalgo, México, Distrito Federal, así como en los módulos de la CURP cuya ubicación se precisa en la siguiente página electrónica http://gobnacion.gob.mx/es_mx/SEGOB/Directorio_de_modulos_de_la_CURP. Lo anterior se informa en cumplimiento del Decimoséptimo de los Lineamientos de Protección de Datos Personales, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 2005.

ANVERSO

REVERSO

enrique

doble

recorte

ENTREGADA EN LINEA

Autenticidad: M12p-MsZKx2LbUJEbBjH9JdF4Bb_wFWipF4z0EumVF3h_hbrLRD!327563882!1454550600473

CURP Certificada: implica que esta información fue verificada con el Registro Civil



MARIA DE LOS ANGELES ORTIZ VIGIL
PRESENTE

México D.F., a 3 de febrero de 2016

La Clave Única de Registro de Población (CURP) constituye la respuesta del Gobierno de la República para permitir y agilizar el ejercicio de derechos ciudadanos derivados de trámites y servicios gubernamentales.

La CURP sirve, además, para diseñar y conducir una adecuada política de población. El reconocimiento e identificación de su composición es el primer paso para la integración de una política de desarrollo que contemple a todos los ciudadanos.

El registro de la CURP es una tarea ciudadana. Es importante verificar cuidadosamente que la información contenida en la constancia anexa sea correcta para contribuir a la construcción de un registro fiel y confiable de la identidad de la población.

Por ayudarnos a construir un México mejor, agradecemos profundamente su participación.

ATENTAMENTE

MIGUEL ÁNGEL OSORIO CHONG
SECRETARIO DE GOBERNACIÓN

Estamos a sus órdenes para cualquier aclaración o duda sobre la conformación de su clave en TELCURP, marcando el 01 800 911 11 11

La impresión de la constancia CURP en papel bond es válida para realizar todo trámite ante la Administración Pública.



reinvirtiendo / los seguros

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

CARTA DE PÉRDIDA TOTAL

México D.F., a 24 de abril de 2016


ASEGURADO: MARIA DE LOS ANGELES ORTIZ VIGIL
SINIESTRO: TM03115F
INVENTARIO: 7696-AVR

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

MARCA:	TOYOTA	TIPO:	YARIS
PLACAS:	XJK6718	MODELO:	2011
SERIE:	JTDKT9K31B5336080	FECHA SIN:	11/04/2016

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.


 reinvirtiendo
 DEPARTAMENTO DE PÉRDIDAS TOTALES
 SUPERVISOR TALLERES
 SINIESTROS AUTOS TOTALES
 25 ABR 2016
 Ramos Cuevas



reinventando / los seguros

Acuerdo de Pago por Pérdida Total

_____ a 2 de Mayo de 2016 ✓

Asegurado / Tercero Maria de los Angeles Ortiz Vigil

Siniestro TM03115F

✓ Inventario AXA

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

Marca: Toyota Tipo Yaris

Placas: XJK6718 Modelo 2011

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.

<u>18 de Marzo</u>	<u>108</u>	<u>A</u>
Calle	No. Exterior	No. Interior
<u>Carrillo Puerto</u>	<u>Madero</u>	
Colonia	Deleg. / Municipio	
<u>Madero</u>	<u>Tamaulipas</u>	<u>89430</u>
Ciudad	Estado	C.P.
Años <u>1</u> Meses <u>3</u>	<u>8332569154</u>	<u>8333005658</u>
Residencia.	Teléfono	Celular
		Email <u>angeort24@gmail.com</u>

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.

Maria de los Angeles Ortiz Vigil Maria de los Angeles Ortiz Vigil.

Nombre Firma



reinventando / los seguros

Fecha:

Solicitud de Emisión de Comprobante Fiscal Digital a través de Internet

AXA Seguros S.A. de C.V.

Presente

Para mayor información:

También puedes consultar más sobre nuestros productos en axa.mx



Por este medio quien suscribe: María de los Angeles Ortiz Vigil
con RFC: OIVA890302BR2 y con actividad preponderante consistente en _____ y domicilio fiscal ubicado en: _____

- a) Calle, vialidad, camino, vereda o ruta: 18 de Marzo
- b) Número exterior, interior o en su caso referencia: 108 Norte A
- c) Colonia: Felipe Carrillo Puerto
- d) Código postal: 89430
- e) Municipio o delegación: Cd Madero
- f) Población: Cd Madero
- g) Entidad federativa: Tamaulipas

Manifiesto expresamente mi conformidad para que AXA Seguros SA de CV con clave de RFC: ASE931116231 quien será adquirente de la a unidad usada de la que soy propietario, emita los CFDI por la operaciones de la venta de bienes (unidad usada ó siniestrada) que celebremos entre ambas partes, al amparo de los dispuesto por las reglas 2.7.3.4 y 2.4.4 de la Resolución Miscelánea vigente, Artículo 27, 29 y 29A del Código Fiscal de la Federación.

Clave CURP OIVA890302MTSRGN09

Datos de identificación oficial vigente _____

Ma. de los Angeles Ortiz Vigil.
Firma



reinventando / los seguros

TMO3116F
31F

AXA AUTOS
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN
AUTOMÓVILES/AUTO FLOTILLA

Moneda: NACIONAL

Póliza: UPM020440500
Inciso: 107

Datos del Asegurado

Nombre: MARIA DE LOS ANGELES ORTIZ VIGIL
PEMEX MONTERREY (73327) 15
Domicilio: 18 DE MARZO 108 NTE 501-147
Col: FELIPE CARRILLO PUERTO C.P: 89430 CIUDAD MADERO, TAMAULIPAS

R.F.C.: OIVA890302000
Teléfono: 8331070363
I.D.: 502309
U.A.: 501-147
R.Tel.:

Benef.Pref
Cuenta:

Datos del Vehículo

Vehículo: TOYOTA YARIS 1.5L PREMIUM AT 5 PTAS

Motor:
Serie: JTDKT9K31B5336080
Placas:
Uso: NORMAL
Servicio: Particular

Modelo: 2011
Capacidad: 5 Pasajeros
Carga:
Remolque: No
Tarifa: 1561301 TB3142
2do. Remolque: No

Datos de la Póliza

Vigencia a las 12 hrs. del: 23 JUN 2015 al: 01 JUN 2016

Forma de Pago: D.X.N.

Fecha de Emisión: Póliza Ant.: UPM020440460 Endoso: AH148415

Datos Adicionales

Agente: 073337 CONTROL OPERATIVO DE RIESGOS A Prima Neta: 5,407.01
Orden de Trabajo: JJ00510 Tasa de Financiamiento: 0.00
Contrato: Gastos por Expedición: 180.00

OT. Agente: I.V.A.: 893.93
Prima Total: 6,480.94

"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	Límite Máximo de Responsabilidad	Deducible	Prima
DANOS MATERIALES	135,000.00 (A)	03 % (B)	1,767.57
LIJUNACION DED. Y DEV. PRIMAS	AMPARADA		107.41
ROBO TOTAL	135,000.00 (A)	00 % (B)	578.76
AUTO CONSENTIDO	AMPARADA		374.62
RESPONSABILIDAD CIVIL Y	1,500,000.00		1,318.65
SERVICIOS DE ASISTENCIA	AMPARADA		
EXTENSION AL TITULAR	AMPARADA		181.31
RESP. CIVIL PERSONAS EN EXCESO	2,500,000.00		
DEFENSA LEGAL VEHICULAR	2,000,000.00		140.91
ACCIDENTES AUTO AL CONDUCTOR	100,000.00		51.25
GASTOS MEDICOS A OCUPANTES	500,000.00		586.56
		PRIMA NETA	5,407.01

(A) En pérdidas totales se indemnizará invariablemente este valor

(B) Porcentaje aplicable en pérdidas parciales y totales.

05% en daños materiales y el 00% en robo total sobre el valor determinado en (A).

Accidente o Robo de Automóvil 01 800 911 AXA (1292) -

Delmas - López 01 224 492 173 523 301 855-64-50-59 (01 55) 61 61 10

Servicio de Asistencia México 01800 910 4641 U.S.A 1 866 433 3231, Canada y Guatemala (Por Cobrar a México) (52 55) 5169 3036



reinventando / los seguros

Solicitud de pago por transferencia electrónica

Instrucciones:

- Los campos marcados con asterisco son obligatorios.
- Utilice este formato para darse de alta en esta forma de pago o para actualizar su información bancaria.
- Personas físicas: anexar copia de identificación oficial por ambos lados y copia del último estado de cuenta bancario.
- Personas morales: anexar copia de poder notarial, identificación oficial del apoderado legal y último estado de cuenta bancario.
- No se admiten tarjetas de crédito, cuentas de inversión o dolarizadas, sólo cuentas de cheques en moneda nacional.

Información general

Tipo de trámite: Alta Actualización

Persona: Física Moral

Solicitante: Cliente Beneficiario Proveedor

Si es cliente, su reclamación es de: Gastos Médicos Auto Daños Vida

Información general del beneficiario del pago

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno o razón social*
 Maria de los Angeles Ortiz Ugil

Ocupación o profesión: Empleado Actividad o giro del negocio:

Nacionalidad: Mexicana Extranjera

Fecha de nacimiento* Día Mes Año Teléfono Domicilio
 02/03/1989 01 8333005658 Calle 18 de Marzo

No. Exterior No. Interior Código postal Colonia Delegación o municipio
 108 A 81943 Carrillo Puerto

Ciudad Estado R.F.C.* C.U.R.P.*
 Madero Tamaulipas Q11VA1890302MTSBRG1019

Correo electrónico*
 angeort24@gmail.com

¿Actualmente cuenta con otro seguro?
 Sí No Aseguradora:

Por este medio, solicito a AXA Seguros S.A. de C.V. proceda a abonar en forma electrónica a la cuenta abajo indicada, los pagos procedentes derivados del siniestro reclamado, la cual indico en el presente formato junto con la documentación correspondiente para su análisis; que en caso de ser asegurado, resulten de la aplicación de las condiciones generales y exclusiones de la póliza contratada o, en caso de ser prestador de servicios fuera de red, resulten de la aceptación del tabulador ofrecido por AXA para efectos de este siniestro, sin que esto represente una relación contractual. El beneficiario declara, bajo protesta de decir verdad, que la cuenta bancaria aquí proporcionada se encuentra a su nombre, lo que en caso de proporcionar datos erróneos o cuenta a favor de un tercero, el interesado libera de toda responsabilidad a esta Compañía por los pagos/depositos, que a favor de dichas cuentas ésta efectúe.

Nota: La institución de seguros procederá al(los) pago(s) que se encuentre(n) cubierto(s) en el seguro celebrado, por lo cual no queda obligada por este documento a la procedencia de la reclamación, ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la Póliza de seguros. Queda expresamente convenido que al recibir el abono como indemnización por el medio indicado, el beneficiario del seguro otorga a favor de AXA Seguros, S.A. de C.V., el más amplio finiquito que en derecho proceda no reservando acción o derecho que ejercer en contra de la aseguradora, sea de naturaleza civil, penal o de cualquier otra índole, con motivo del siniestro que fue materia de la reclamación presentada bajo el amparo de la Póliza de seguros contratada. En caso de que se encuentre procedente la reclamación y se haya elegido la forma de pago por transferencia electrónica, el interesado está de acuerdo en que el pago de la reclamación se llevará a cabo mediante la transferencia electrónica a la cuenta bancaria proporcionado en el estado de cuenta bancario o la consulta de la clave interbancaria, correspondiente al beneficiario del pago y anexo a este formato, incluyendo los datos del correo electrónico, teléfono, sucursal y plaza en caso de que no sea visible en la consulta de la clave interbancaria.

Domicilio actual (llene esta sección sólo si su domicilio difiere del que aparece en su estado de cuenta)

Calle No. Exterior No. Interior Colonia

Delegación o municipio Ciudad Estado Código postal

Información bancaria (llene esta sección sólo si su estado de cuenta no contiene los siguientes datos o no se distinguen a primera vista)

Banco* Nombre y No. de plaza bancaria* No. de sucursal*

No. de cuenta* Clabe interbancaria* (Utilizada para cuentas en México/18 dígitos numéricos)

Favor de llenar los siguientes campos si su cuenta es en dólares. (No aplica para Gastos Médicos)

ABA (Clave utilizada para cuentas de USA/numérica) SWIFT (Clave utilizada para cuentas del resto del mundo/alfanumérica)

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 Datos Personales en Posesión de los Particulares autorizo que los datos personales proporcionados en esta solicitud puedan utilizarse para todos los fines del contrato de seguro.

Firma del beneficiario del pago: Lugar y fecha:

Maria de los Angeles Ortiz Ugil.

SE029 - SEPTIEMBRE 2014

MARIA DE LOS ANGELES ORTIZ VIGIL
 CALLE 18 DE MARZO ESO NIÑOS HE 108 A
 CARRILLO PUERTO C.P. 89430
 CIUDAD MADERO TAMPS.
 SUCURSAL 1337 CD.MADERO
 RETENIDO



No. de cliente 37601646
 RFC OIVA890302M38
 Plaza 9855 PLAZA CD.MADERO
 Sucursal 1337 CD.MADERO
 Teléfonos Sucursal 2157782
 Dirección Sucursal 1 DE MAYO PTE. 220 CENTRO
 Período De 17/Marzo/2016 al 15/Abril/2016
 Fecha de corte 15/Abril/2016
 Página 1 de 2

NO. CUENTA	0206922195
GANANCIA ANUAL TOTAL (GAT) ¹	
GAT NOMINAL	N/A %
GAT REAL ²	N/A %
(+) INTERESES APLICABLES	\$ 0.00
(-) TOTAL DE COMISIONES COBRADAS	\$ 0.00

Nomina Banorte Sin Chequera
 Abril 2016

¹ Antes de Impuestos

² La GAT REAL es el rendimiento que obtendría después de descontar la inflación estimada

▼ RESUMEN INTEGRAL ▼

PRODUCTO/SERVICIO	CUENTA	SALDO ANTERIOR	SALDO AL CORTE
NOMINA BANORTE SIN CHEQUER	0206922195	\$ 122.15	\$ 2,565.21
TOTAL		\$ 122.15	\$ 2,565.21

▼ NOMINA BANORTE SIN CHEQUER ▼

No. de CUENTA: 0206922195 DIVISA: PESOS CLABE: 072 813 00206922195 9

▼ RESUMEN DEL PERIODO ▼

	MONTO
Saldo inicial del período	\$ 122.15
(+) Depósitos	\$ 4,392.80
(-) Retiros	\$ 1,573.33
(+) Intereses Netos Ganados	\$ 0.00
(-) Total de Comisiones Cobradas	\$ 0.00
(-) IVA sobre comisiones (16%)	\$ 51.76
Saldo Actual	\$ 2,565.21
Saldo Disponible al día*	\$ 1,618.43
Saldo Mínimo requerido	\$ 0.00

▼ SALDO PROMEDIO DIARIO ▼

	MONTO
En el Período (del 17 Mar al 15 Abr)	\$ 295.39
Días que comprende el período	031
Acumulado anual	\$ 1,104.01
Días que comprende el período anual	091

▼ CALCULO DE INTERESES DEVENGADOS ▼

Intereses Tasa Bruta Anual 0.00%	\$ 0.00
Retención de IDE	\$ 0.00
Retención de ISR	\$ 0.00
Intereses Netos Ganados	\$ 0.00

▼ *SALDO NO DISPONIBLE AL DÍA ▼

Depósitos de cheques S.B.C.	\$ 0.00
Comisiones Pendientes de aplicar	\$ 946.78
Compras no aplicadas	\$ 0.00
Total	\$ 946.78

▼ RESUMEN DE COMISIONES ▼

CHEQUES	
Cheques girados	0
Cheques girados sin comisión	0
Cheques girados con comisión	0
Importe de la comisión	\$ 0.00
Por cheques devueltos	\$ 0.00
OTRAS COMISIONES	\$ 0.00

▼ COMPORTAMIENTO DE TARJETA DE DEBITO ▼

Uso en cajeros automáticos	\$ 1,000.00-
Compras en comercios	\$ 0.00
Total Uso del débito	\$ 1,000.00-

La fecha de corte coincide con la fecha de terminación del periodo que se señala en el presente estado de cuenta. Las operaciones efectuadas durante días no laborales o después de la hora de corte de fin de día serán consideradas en nuestra contabilidad como realizadas en el siguiente día hábil bancario. Dispones de 90 días después de la fecha de corte para objetar la información contenida en su estado de cuenta, de no hacerlo se asumirá su conformidad al respecto. Cuando no recibas tu Estado de Cuenta durante los 20 días siguientes de la fecha de corte, y no hayas dado instrucciones para que no se te envíe, favor de solicitarlo a través de Banco en Línea o en la sucursal de tu preferencia.



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 VEHICULO

MARCA TIPO MODELO COLOR

YARIS 1.5L PREMIUM AT 5 PTAS

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: POLIZA AL VALOR CONVENIDO CON ED Y DP

2014-2015 Auto
Determinación de Pérdida
Pérdida Total



FIRMA SUPERVISOR P.T.

FIRMA JEFE DE P.T.

Vo. Bo. DEL GERENTE



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
DIRECCION 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 Piso 6 Col. Tlacoquemecat
Delegación Benito Juárez, C.P. 03200, México, D.F.
RFC: ASE931116231

Table with 4 columns: CANTIDAD, DESCRIPCIÓN, PARCIAL, TOTAL. Includes line items for vehicle transmission and I.S.R. tax, with a total amount of \$49,950.00.

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 IMPRESION Y VIGENCIA DE LOS COMPROBANTES

ESPACIO ASIGNADO PARA LOS DATOS CORRESPONDIENTES AL IMPRESOR AUTORIZADO



reinventando / los seguros

SINIESTRO:
TEL: 2170338 TERE MIJANGO
OPCION 6

TM031157

ENTREGA DE DOCUMENTACION PERDIDAS TOTALES POR COLISION

PERSONA FISICA "COLISION"

- * COPIA IDENTIFICACION OFICIAL VIGENTE. (IFE, PASAPORTE, CEDULA PROFESIONAL)
- * COPIA CARATULA DE POLIZA (en caso de existir cambios en la poliza favor de anexar endoso)
- * CARTA DE PERDIDA TOTAL
- * ORIGINAL ACUERDO DE PERDIDA TOTAL
- * ORIGINAL FORMATO AUTORIZACION DE DIGITALIZACION DE FIRMA
- * ORIGINAL FACTURA DE ORIGEN ENDOSADA (NOMBRE, FIRMA Y FECHA)
- * EN CASO DE VEHICULO REGULARIZADO PRESENTAR ORIGINAL DE PEDIMENTO DE IMPORTACION Y TITULO DE PROPIEDAD CON SUS RESPECTIVOS ENDOSOS.
- * A FALTA DE ALGUN DOCUMENTO DEBERA PRESENTAR EXPEDIENTE COMPLETO Y RESOLUCION DEL JUICIO DE JURISDICCION VOLUNTARIA.
- * A FALTA DE PEDIMENTO SOLICITAR COPIA CERTIFICADA ANTE EL ADUANA



- * REFACTURACION A FAVOR DE: AXA SEGUROS SA DE CV
- * COPIAS DE LAS FACTURAS ANTERIORES AMBOS LADOS (CON SUS RESPECTIVOS ENDOSOS)
- * ORIGINAL DE COMPROBANTE DE PAGO ULTIMAS 5 TENENCIAS (2016 A LA FECHA DE ADQ DEL AUTO)
EN CASO DE NO CONTAR CON ALGUNA TENENCIA, SOLICITAR EN LA FISCAL CERTIFICACION DE PAGOS DE LA TENENCIA FALTANTE)
- * ORIGINAL DEL COMPROBANTE DE PAGO DE LA BAJA POR PERDIDA TOTAL
- * DUPLICADO DE LLAVES (OPCIONAL)
- * COPIA DE COMPROBANTE DE DOMICILIO (AGUA, LUZ o TELEFONO MENOR A 2 MESES)
- * ORIGINAL FORMATO UNICO (ART. 492)
- * COPIA CEDULA DE IDENTIFICACION FISCAL
- * ORIGINAL DE SOLICITUD DE EMISION DE COMPROBANTE FISCAL
- * COPIA CURP
- * ESTADO DE CUENTA BANCARIO O DE AFORE (MENOR A 2 MESES)
- * PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ORIGINAL DE SOLICITUD DE PAGO POR TRANSFERENCIA
- * Y ESTADO DE CUENTA BANCARIO (MENOR A 2 MESES)

PERSONA MORAL "COLISION"

- * ORIGINAL FORMATO UNICO (ART 492)
- * COPIA DE COMPROBANTE DE DOMICILIO (AGUA, LUZ, TELEFONO MENOR A 2 MESES)
- * REGISTRO FEDERAL CONTRIBUYENTE
- * COPIA CARATULA DE POLIZA (en caso de existir cambios en la poliza favor de anexar endoso)
- * CARTA DE PERDIDA TOTAL
- * FACTURA ORIGINAL A FAVOR DE: AXA SEGUROS SA DE CV.
- * EN CASO DE VEHICULO REGULARIZADO PRESENTAR ORIGINAL DE PEDIMENTO DE IMPORTACION Y COPIA DEL TITULO
- * COPIAS DE FACTURAS SUBSECUENTES CON SUS RESPECTIVOS ENDOSOS
- * FORMATO DE REFACTURACION EN CASO DE PERSONAS MORALES
- * ORIGINAL DE COMPROBANTE DE PAGO ULTIMAS 5 TENENCIAS (2016 A LA FECHA DE ADQ DEL AUTO)
- * ORIGINAL DEL COMPROBANTE DE PAGO DE LA BAJA POR PERDIDA TOTAL
- * DUPLICADO DE LLAVES (OPCIONAL)
- * 2 COPIAS DEL ACTA CONSTITUTIVA DE LA EMPRESA
- * 2 COPIAS DEL PODER DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA
- * COPIA IFE REPRESENTANTE LEGAL (PERSONA AUTORIZADA PARA PASAR AL BANCO A COBRAR ODP)
- * PARA PAGO POR TRANSFERENCIA ORIGINAL DE SOLICITUD DE PAGO POR TRANSFERENCIA
- * Y ESTADO DE CUENTA BANCARIO (MENOR A 2 MESES)

EN CASOS DE UNIDADES FINANCIADAS (ROBO Y COLISION) ADICIONAL A LOS REQUISITOS ARRIBA CITADOS

- ORIGINAL DE CARTA FACTURA Y COPIA DE FACTURA
- ORIGINAL DE FORMATO DE CESION DE DERECHOS (VEHICULOS FINANCIADOS POR HSBC Y BBVA)

NOTA: TODOS LOS FORMATOS DEBERAN SER ENTREGADOS EN ORIGINAL LLENADOS CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE Y SIN TACHADURAS NI CORECTOR Y A 1 SOLA TINTA

LOS DOCUMENTOS QUE SE RECIBEN ESTAN SUJETOS A REVISION

4049329



GOBIERNO DEL ESTADO DE TAMAULIPAS
SECRETARIA DE FINANZAS

R.F.C.: SFG210216AJ9

DECLARACIÓN DEL IMPUESTO SOBRE TENENCIA O
USO DE VEHÍCULOS, ACTOS Y OPERACIONES CIVILES
Y DERECHOS DE CONTROL VEHICULAR

16/ABR/2015

TAMPICO

DATOS DEL PROPIETARIO
DEL VEHICULO

RFC: OIVA890302
Nombre: ORTIZ VIGIL MARIA DE LOS ANGELES
Domicilio: 18 DE MARZO 108 NTEA
Núm Ext: 108 NTE Colonia: FELIPE CARRILLO PUERTO Cp:89430
Municipio:MADERO Localidad:

DATOS DEL VEHICULO

* AUTOMOVIL PARTICULAR NACIONAL *
Placa: XJK6718 Placa Anterior: SNW7936
Serie: JTDKT9K31B5336080 Modelo: 2011 Clave: 0520905
Marca:TOYOTA MOTOR MANUFACTURING TOYOTA YARIS PREMIUI
Fecha Factura: 06/MAY/2011 Valor Factura: 205,300.00

DESGLOSE DE PAGOS

	Importe	Actualiz	Recargos	Total
2014 TENENCIA LOCAL	3,184.00	103.00	888.00	4,177.00
2014 DERECHOS CONTROL VEHICUL	1,148.00	37.00	320.00	1,505.00
2015 COMPRA VENTA	-986.00	.00	.00	986.00
2015 DERECHOS CONTROL VEHICUL	1,570.00	.00	.00	1,570.00
2015 TENENCIA LOCAL	2,655.00	.00	.00	2,655.00
Total Pagado:				10,893.00

Entregue a esta Oficina CARTA RESPONSIVA firmada por el resguardado de las laminas SNW7936
Si mi declaración paga SIN el subsidio de tenencia

NOTAS IMPORTANTES

Folio Oper:36-MGS-210393
Acepto la responsabilidad del uso de las placas utilizadas por este vehiculo.



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	Código postal
Colonia	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) 044

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	Código postal	
Colonia	Delegación o municipio	Población o ciudad		Estado	

Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

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? Sí No

Especifique:
Nombre y porcentaje de participación

Actúa en nombre y por cuenta propia <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	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

Datos personales

AXA Seguros S.A. de C.V., con domicilio en Félix Cuevas 366, piso 6, colonia Tlacoquemécatl, código postal 03200, delegación Benito Juárez, en México, Distrito Federal, le informa que sus datos serán tratados únicamente para los fines del contrato de seguro. Usted podrá conocer ampliamente el Aviso de Privacidad Integral en axa.mx.
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 Datos Personales en Posesión de los Particulares autorizo que los datos personales proporcionados en esta solicitud puedan utilizarse para todos los fines del contrato de seguro.

Nombre y firma del cliente o del representante legal **Lugar y fecha**

Maria delos Angeles Ortiz Vigil *Madebs Angeles Ortiz Vigil* 02/Mayo/2016

Asimismo autorizo que AXA Seguros comparta la información de mi siniestro, incluyendo información sensible, con mi agente de seguros. Sí No
"En caso de que usted no lo acepte favor de anular ambas casillas y **no estampe su firma**".

Nombre y firma del cliente o del representante legal **Lugar y fecha**

El tratamiento de los datos personales en AXA Seguros, S.A de C.V., se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral que se encuentra disponible en la página de internet axa.mx, en la sección aviso de privacidad.
En caso de haber proporcionado información personal de otros titulares de datos, acepto mi obligación de informarles de esta entrega, así como los lugares en los que se encuentra disponible el Aviso de Privacidad Integral, para su consulta.