

Formato de solicitud de Cambio de Agencia / Centro de Reparación

Folio 12223



Datos generales

No. de siniestro	No. de póliza	Inciso	Fecha del siniestro
Nombre del asegurado			
Email		Teléfono celular / casa	

ZURICH, Compañía de Seguros, S.A.

Presente

Una vez que el Sr. (A) _____
me explicó que mi vehículo debe ser ingresado para su reparación a la Agencia Automotriz o Centro de Reparación que indica Zurich Compañía de Seguros S.A. Manifiesto que no es mi deseo que se ingrese a dicho lugar, solicitando se envíe a: _____
por el (los) siguiente (s) motivo (s): _____

Ratifico la solicitud de cambio de Agencia automotriz o Centro de reparación

Nombre y firma de conformidad del asegurado / Conductor

Ratifico el contenido del presente documento
en todas y cada una de sus partes

Al informar sus datos personales en este documento otorga su consentimiento para que los mismos se utilicen para fines relacionados al servicios prospectado o contratado conforme al aviso de privacidad cuyo texto completo esta en www.zurich.com.mx

Uso interno.

"Este documento se encuentra sujeto a los términos y condiciones Generales y/o Especiales del producto contratado, y no garantiza la cobertura del servicio ni compromete a Zurich a pago alguno."

Original Compañía

Formato de no iniciar Carpeta de Investigación ante la Autoridad Competente

FOLIO **Nº 10897**



Datos generales

No. de siniestro	No. de póliza	Inciso	Fecha del siniestro
Nombre del asegurado	Teléfono celular		Email

ZURICH, Compañía de Seguros, S.A.

Presente

No obstante la explicación que tuvo a bien darme el Sr. _____ en relación con los pormenores que implica el NO iniciar la Carpeta de Investigación correspondiente para que sea la autoridad quien determine la responsabilidad de cada uno de los conductores, manifiesto que por así convenir a mis intereses es mi deseo y libre decisión retirarme con el daño causado a mi vehículo, deslindando desde este momento de cualquier responsabilidad y/o pago tanto al Ajustador así como a Zurich Compañía de Seguros, S.A.

Por lo anterior firmo de conformidad

Nombre y firma de conformidad del Asegurado y/o Conductor

Al informar sus datos personales en este documento otorga su consentimiento para que los mismos se utilicen para fines relacionados al servicios prospectado o contratado conforme al aviso de privacidad cuyo texto completo esta en www.zurich.com.mx
Uso interno.

Original Compañía

Recibo de Recuperación

FOLIO

Nº 10747



Datos generales

No. de siniestro No. de póliza Inciso Fecha del siniestro

Fecha de recuperación Fecha de elaboración

Nombre de beneficiario

Recibimos de

La cantidad de \$

Cantidad con letra

Comentarios

Nombre y firma del Asegurado

Nombre y firma del Ajustador

Al informar sus datos personales en este documento otorga su consentimiento para que los mismos se utilicen para fines relacionados al servicios prospectado o contratado conforme al aviso de privacidad cuyo texto completo esta en www.zurich.com.mx

Original Compañía

Reporte de daños a bienes

Folio **Nº 11531**



Datos generales del siniestro

No. de siniestro

No. de póliza

Fecha del accidente

Datos del tercero

Nombre del afectado

Particular

Dependencia de gobierno

Teléfono

Domicilio del afectado (calle, número exterior e interior)

Colonia

Estado

Descripción de los bienes afectados

Aparatos eléctricos u otros objetos afectados

Tipo	Marca	Serie	Daño
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Observaciones

Nota

Lugar y fecha de atención

Nombre del ajustador

Nombre del afectado

Firma

Firma

Para dudas, seguimiento o quejas al 01 800 888 3673
Al informar sus datos personales en este documento otorga su consentimiento para que los mismos se utilicen para fines relacionados al servicios prospectado o contratado conforme al aviso de privacidad cuyo texto completo esta en www.zurich.com.mx
Uso interno.
"Este documento se encuentra sujeto a los términos y condiciones Generales y/o Especiales del producto contratado."
Original Compañía

Volante de atención jurídica

Folio **No** 10332



Datos del asegurado

No. de póliza No. de siniestro Fecha del siniestro Fecha del turno Hora del turno
Limitada ☐ Amplia ☐ R.C. ☐ Nombre del conductor Hora del arribo
Email Teléfono

Datos del vehículo asegurado

Marca Modelo / Año Color Número de placa Estimación de daños (ajustador)

Datos del vehículo tercero (1)

Conductor tercero
Dirección
Marca Modelo / Año Color Número de placa Estimación de daños (ajustador)
Nombre(s) lesionado(s) Dirección Teléfono(s)

Datos del vehículo tercero (2)

Conductor tercero
Dirección
Marca Modelo / Año Color Número de placa Estimación de daños (ajustador)
Nombre(s) lesionado(s) Dirección Teléfono(s)

Datos del vehículo tercero (3)

Conductor tercero
Dirección
Marca Modelo / Año Color Número de placa Estimación de daños (ajustador)
Nombre(s) lesionado(s) Dirección Teléfono(s)

Carpeta de Investigación

Número de Carpeta de Investigación No. de Agencia MP Fecha de siniestro Estatus del vehículo ☐ Detenido ☐ Libre

¿El vehículo circula por sus propios medios?

Nombre de grúa que realizó el traslado

Si ☐ No ☐

Declaración Robo Total de Vehículo

FOLIO **Nº 10253**



Datos del Siniestro

Siniestro

Póliza

Inciso

Inicio de Vigencia

Termino de Vigencia

día | mes | año

día | mes | año

Carpeta de investigación

Fecha y hora de entrevista

Fecha y hora del Robo

día | mes | año | hora

día | mes | año | hora

Datos del Vehículo Asegurado

Marca

Submarca

Modelo

Placas

Color

Número de serie

Motor

Uso

Particular ☐

Comercial ☐

Datos del Conductor

Nombre completo

Teléfono 1

Teléfono 2

Correo electrónico

Parentesco con titular de Póliza

Tipo de Robo

☐ Con Violencia

☐ Sin Violencia

• Casa / Habitación ☐

• Trabajo ☐

• Centro Comercial ☐

• Vía Pública ☐

• Casa / Habitación ☐

• Trabajo ☐

• Vía Pública ☐

• Otro ☐

• Estacionamiento Privado ☐

• Valet Parking ☐

• Otro ☐

Datos del Robo

Lugar de ocurrencia

Calle

Número Ext

Entre calles

Colonia

Estado

Municipio

Declaración de lo ocurrido

Nombre y firma del declarante

Nombre y firma del Asesor

Al informar sus datos personales en este documento otorga su consentimiento para que los mismos se utilicen para los fines relacionados al servicio prospectado o contratado conforme al aviso de privacidad cuyo texto completo esta en www.zurich.com.mx

Declaro haber asentado todos datos relativos al accidente en mi declaración y estar dispuesto a facilitar todos los informes que Zurich Compañía de Seguros, S.A. pudiera pedirme con respecto al siniestro o la indemnización.

Pase de admisión para valoración de daños



Asegurado ☐

Tercero ☐

FOLIO **Nº 17759**

Este pase expira 30 días posteriores a la fecha de expedición

Interesado y/o propietario del vehículo

No. de siniestro

No. de póliza

Teléfono de casa

Teléfono celular

Email

Marca

Modelo / Año

Tipo

Color

Placa

No. de serie

Datos del centro de reparación

Domicilio (Calle, número, colonia, delegación o municipio)

Teléfono

La valuación de los daños se realizará de acuerdo al costo de las refacciones y mano de obra a la fecha en que se dio por aceptado, firmando de conformidad este Pase de Atención por el interesado y el ajustador. Los daños marcados en este Pase de Atención están sujetos a revisión.

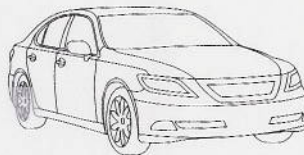
Daños del vehículo

Nota: El Ajustador no determina el monto de los daños, cambio o reparación de piezas, ni el tiempo de reparación y/o entrega del vehículo

Lado derecho



Frente

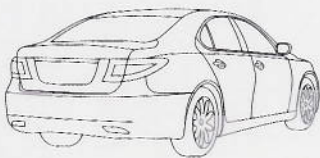


Lado izquierdo



Daños preexistentes (es posible que durante la valoración en el centro de reparación se detecten otros daños preexistentes)

Lado derecho



Frente



Lado izquierdo



Lugar de expedición

Fecha

Firma del Ajustador

Opciones

Indemnización de daños

El suscrito propietario y/o responsable del vehículo respecto del que se otorgó este pase de atención, aceptó el pago de la indemnización con base a la valuación realizada por Zurich Compañía de Seguros S.A. y de acuerdo con los daños marcados en el presente documento, autorizó desarmar en caso de ser necesario, en el taller designado por la compañía para un presupuesto.

Para conocer el monto de su indemnización, llame desde cualquier lugar de la República al 01 800 836 2003 a las 72 hrs de haberse realizado el presupuesto.

Nombre y firma del conductor y/o asegurado

Para dudas, seguimiento o quejas al 01 800 888 3673

Al informar sus datos personales en este documento otorga su consentimiento para que los mismos se utilicen para fines relacionados al servicios prospectado o contratado conforme al aviso de privacidad cuyo texto completo esta en www.zurich.com.mx

Uso interno.

"Este documento se encuentra sujeto a los términos y condiciones Generales y/o Especiales del producto contratado."

Original Compañía

Pase para Revisión Médica

Folio **Nº 12411**



Datos generales

No. de siniestro No. de póliza Inciso Fecha del accidente
Hora de emisión del pase Lesionado de

Datos del lesionado

Ocupantes

Terceros

Apellido Paterno Sexo M ☐ Edad Teléfono del lesionado
Apellido Materno F ☐ Fecha de nacimiento
Nombre (s)

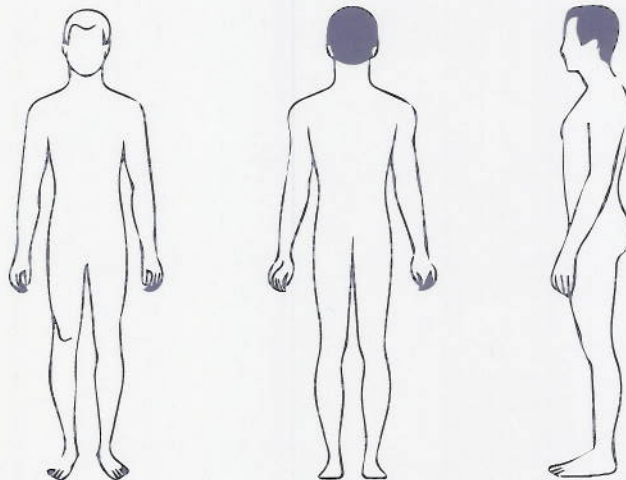
Datos del hospital asignado

Nombre de la institución hospitalaria

Teléfono

Dirección hospital (calle y colonia)

Descripción de lesiones



Nota: Le recomendamos acudir al hospital asignado en donde le brindarán la atención que su caso requiera.

Este pase médico pierde validez 5 días hábiles posteriores a su fecha de emisión.

Lugar y fecha de atención

Nombre y firma del ajustador

Nombre y firma del lesionado

Para dudas, seguimiento o quejas al 01 800 888 3673

Al informar sus datos personales en este documento otorga su consentimiento para que los mismos se utilicen para fines relacionados al servicios prospectado o contratado conforme al aviso de privacidad cuyo texto completo esta en www.zurich.com.mx

Uso interno.

"Este documento se encuentra sujeto a los términos y condiciones Generales y/o Especiales del producto contratado."

Declaración Universal de Accidente

FOLIO **ZUR** 13263

VEHÍCULO A (ver póliza de seguro)			CIRCUNSTANCIAS		VEHÍCULO B (ver póliza de seguro)		
Fecha ocurrido	Hora ocurrido	Fecha de atención	Marque con "X" la acción que realizó y que mejor describe el accidente		Fecha ocurrido	Hora ocurrido	Fecha de atención
Día / Mes / Año	hh : mm	Día / Mes / Año			Día / Mes / Año	hh : mm	Día / Mes / Año
Lugar de ocurrido	Calle				Lugar de ocurrido	Calle	
	Colonia					Colonia	
Delegación / Municipio		Estado			Delegación / Municipio		Estado
Nombre Cía.					Nombre Cía.		
No. Póliza	Inc				No. Póliza	Inc	
No. Siniestro					No. Siniestro		

Inventario de vehículo

FOLIO: **Nº 16562**



No. de siniestro	Póliza	Lugar	Fecha
Nombre de Asegurado o Tercero Afectado		Teléfono casa	Teléfono celular
Marca	Modelo / Año	Tipo	Color
Número de placas	Kilometraje	Gasolina	No. de serie

Inventario	N/A	Si	No	Inventario	N/A	Si	No	Otros
Delantero				Cajuela				Computadora
1. Brazos de Limpiadores				60. Cables pasa Corriente				¿Es visible? Si() No() N/A()
2. Coffre				61. Cartón Cajuela				Observaciones
3. Cuartos de Luz				62. Gato				
4. Emblemas				63. Gato Hidráulico				Batería
5. Faja Delantera				64. Herramientas				Si() No()
6. Faros de Halógeno				65. Llave de Rueda				Llaves
7. Faros de Niebla				66. Señales de Carretera				
8. Molduras				67. Tapete cubre Llanta				Llave de Encendido
9. Parabrisas								Funciona Si() No() Cantidad
10. Parrilla				Lado izquierdo				Llantas
11. Plumas Limpiadoras				68. Cristal Puerta Delantera				Marca
12. Porta Placa				69. Cristal Puerta Trasera				Vida (3/4, 1/2)
13. Spoiler				70. Espejos Exteriores				DD=
14. Placa Delantera				71. Manijas Exteriores				TD=
Motor				72. Molduras				DI=
15. Alternador				73. Puerta Delantera				TI=
16. Bandas de Motor				74. Puerta Trasera				R=
17. Bayoneta Aceite Dirección				75. Salpicadera				¿Funda o Cubrellanta? Si() No() N/A()
18. Bayoneta Aceite Motor				Interior				DD= Delantera Derecha TD= Trasera Derecha
19. Bayoneta Aceite Transmisión				76. Asientos Delanteros				R= Refacción DI= Delantera Izquierda
20. Bobina				77. Asientos Traseros				
21. Bocina de Claxon				78. Cabeceras (1) (2) (3) (4)				Rines
22. Bomba de Agua				79. Alfombra				Marca
23. Bomba de Gasolina				80. Bocinas Radio				Original Especial
24. Bomba de Dirección Hidráulica				81. Botones de Puerta				
25. Boster de Frenos				82. Botones de Estéreo				Volante
26. Cables Bujías				83. Cajuela de Guantes				Original Especial
27. Compresor Aire Acondicionado				84. Cenicero				
28. Depósito de Chisguetero				85. Cinturones de Seguridad				Objetos personales
29. Distribuidor				86. Coderas				
30. Porta Filtro de Aire				87. Consola				
31. Filtro Gasolina				88. Control Aire Acondicionado				Observaciones
32. Marcha				89. Control Calefacción				
33. Motor Limpiadores				90. Control Eléctrico				
34. Motor Ventilador				91. Encendedor				
35. Radiador				92. Espejo Retrovisor				
36. Transmisión (STD) (AUT)				93. Luz Interior				
37. Sistema de Inyección				94. Manijas interiores				
38. Tapón Aceite Motor				95. Perrilla Palanca				
39. Tapón Radiador				96. Palanca de Velocidades				
Lado derecho				97. Tablero				
40. Cristal Puerta Delantera				98. Tapetes (1) (2) (3) (4)				
41. Cristal Puerta Trasera				99. Viseras				
42. Espejos Exteriores				General				
43. Manijas Exteriores				100. Canastilla				
44. Molduras				101. Alarma				
45. Puerta Delantera				102. Tapón de Gasolina				
46. Puerta Trasera				103. Tapones de Rueda (1) (2) (3) (4)				
47. Salpicadera				104. Antena				
48. Tapones Rueda				105. Extinguidor				
Trasera				106. Herramientas				
49. Calaveras				107. Sensor de Reversa				
50. Emblema Cajuela				108. Quemacocos				
51. Faja Trasera				109. Cámara de reverse				
52. Lámpara Stop				Adaptaciones, equipo especial				
53. Limpiadores				110.				
54. Medallón				111.				
55. Molduras				112.				
56. Porta Placa								

Nota: El equipo que presente la unidad y que no se encuentre en los conceptos señalados, deberá anotarse escribiendo la marca y/o estado de conservación.

FOLIO **ZUR** 13263

VEHÍCULO B (ver póliza de seguro)

Fecha ocurrido		Hora ocurrido		Fecha de atención	
Día / Mes / Año		hh : mm		Día / Mes / Año	
Lugar de ocurrido			Calles		
Colonia					
Delegación / Municipio			Estado		
Nombre Cia.					
No. Póliza		Inc			
No. Siniestro					
No. de Reporte					
Vigencia de		al			
Cobertura		Cobranza			

Tipo de riesgo
y/o circunstancia

Descripción de Daños apreciables al vehículo B	
--	--

VEHÍCULO A (ver póliza de seguro)

Fecha ocurrido	Hora ocurrido	Fecha de atención
Día / Mes / Año	hh : mm	Día / Mes / Año
Lugar de ocurrido	Calles	
Colonia		
Delegación / Municipio	Estado	
Nombre Cía.		
No. Póliza	Inc	
No. Siniestro		
No. de Reporte		
Vigencia de	al	
Cobertura	Cobranza	

Asegurado (ver póliza del seguro)

Nombre	Edad
Apellido paterno	Apellido materno
Teléfonos	

Conductor (ver licencia de conducir)

Nombre	Edad
Apellido paterno	Apellido materno
Dirección	
Teléfono	
E-mail	

Licencia	Número	Edo. Emisor
Tipo	Válida hasta	

Vehículo (ver póliza de seguro y/o tarjeta de circulación)

Marca		Tipo	
Modelo		Color	
Placas		Uso	
Serie			

CIRCUNSTANCIAS

Marque con "X" la acción que realizó y que mejor describe el accidente

A		B
☐ 1	Circulaba sobre la vía principal / Glorieta	1 ☐
☐ 2	Circulaba sobre la vía secundaria	2 ☐
☐ 3	Circulaba a la izquierda en crucero de igual amplitud	3 ☐
☐ 4	Circulaba a la derecha en crucero	4 ☐
☐ 5	Choqué en la parte de atrás al otro vehículo (Alcance)	5 ☐
☐ 6	Me incorporaba	6 ☐
☐ 7	Daba vuelta / izquierda / derecha	7 ☐
☐ 8	Circulaba en reversa	8 ☐
☐ 9	Circulaba en sentido contrario / rebasando	9 ☐
☐ 10	Circulaba sobre carril exclusivo de contraflujo	10 ☐
☐ 11	Cambiaba de carril	11 ☐
☐ 12	Salía de cochera	12 ☐
☐ 13	Tenía puerta abierta / abría puerta	13 ☐
☐ 14	Circulaba sobre vía con mayor amplitud	14 ☐
☐ 15	Colisioné con vehículo de emergencia con códigos abiertos (sirena y torreta)	15 ☐
☐ 16	Me pasé la señal restrictiva	16 ☐
☐ 17	Me pasé la señal preventiva	17 ☐
☐ 18	No tomé el extremo correspondiente	18 ☐
☐ 19	Di vuelta en "U"	19 ☐

NOTA: La firma de los conductores es obligatoria

☐ Otro ☐ Tipo de riesgo y/o circunstancia ☐ Otro

VEHÍCULO B (ver póliza de seguro)

Fecha ocurrido	Hora ocurrido	Fecha de atención
Día / Mes / Año	hh : mm	Día / Mes / Año
Lugar de ocurrido	Calles	
	Colonia	
Delegación / Municipio	Estado	
Nombre Cía.		
No. Póliza	Inc	
No. Siniestro		
No. de Reporte		
Vigencia de	al	
Cobertura	Cobranza	

Asegurado (ver póliza del seguro)

Nombre	Edad
Apellido paterno	Apellido materno
Teléfonos	

Conductor (ver licencia de conducir)

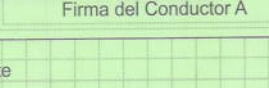
Licencia	Número	Edo. Emisor
Tipo	Válida hasta	

Vehículo (ver póliza de seguro y/o tarjeta de circulación)

Marca		Tipo	
Modelo		Color	
Placas		Uso	
Serie			

Declaro bajo protesta que los hechos asentados en mi declaración son verídicos y me obligo a facilitar todos los informes que me solicite la aseguradora que me representa, así como a ejercer las acciones que sean necesarias respecto de cualquier derecho de cobro, en caso de responsabilidad de terceros. Me comprometo a no aceptar cualquier arreglo, convenio o transacción, sin contar con el consentimiento previo de la Aseguradora con la que tengo celebrado contrato, así como a enviarme de inmediato cualquier notificación o reclamación que reciba, relacionada con este siniestro. Manifiesto bajo protesta que se ha hecho de mi conocimiento el fundamento, motivo, fin y propósitos para los cuales se tratarán mis datos personales y sensibles, por lo que otorgo mi consentimiento para su tratamiento a la Aseguradora con la que tengo celebrado contrato y a obtener la información que sea necesaria para dar cumplimiento a la relación jurídica celebrada. El tratamiento se regirá de acuerdo con el aviso de privacidad de dicha Aseguradora.

Breve narración del accidente

		
		
Hora de arribo del ajustador	hh : mm	
Hora de término de la atención	hh : mm	

Indicar el punto de choque del vehículo con una flecha



Description de Daños apreciables al vehículo A

Croquis del accidente

Breve narración del accidente

		Hora de arribo del ajustador hh : mm Hora de término de la atención hh : mm

Indicar el punto de choque del vehículo con una flecha



Descripción de Daños apreciables al vehículo B