

VOLANTE DE ASISTENCIA LEGAL



N° de Siniestro: _____ N° de Póliza: _____ Fecha del Siniestro: _____
Reporte Jurídico N°: _____ Fecha de Atención: _____ Hora de Arribo del Lic.: _____
Licenciado Asignado: _____
Lugar del Siniestro: _____
Oficina de Tránsito: _____ Agencia del M.P.: _____

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre del Asegurado: _____
Nombre del Conductor: _____
Tel. Domicilio: _____ Tel. Oficina: _____ Tel. Cel.: _____
Marca: _____ Tipo: _____ Color: _____ Placas: _____

DATOS DEL TERCERO

Nombre del Tercero: _____
Domicilio: _____
Tel. Domicilio: _____ Tel. Oficina: _____ Tel. Cel.: _____
Marca: _____ Tipo: _____ Color: _____ Placas: _____

ESTIMACIONES

DAÑOS MATERIALES: \$ _____	G.M. OCUPANTES: \$ _____
ROBO TOTAL: \$ _____	G.M. TERCEROS: \$ _____
R.C. BIENES: \$ _____	G.M. R.C. OCUPANTES: \$ _____
R.C. PERSONAS: \$ _____	OTROS: \$ _____

OBSERVACIONES DEL AJUSTADOR

NOMBRE Y FIRMA DEL AJUSTADOR

NOMBRE Y FIRMA DEL CONDUCTOR

Los datos recolectados en este formato serán utilizados únicamente para los fines del contrato y seguimiento del servicio que requiera; usted podrá consultar el aviso de privacidad completo ingresando a nuestro portal en Internet www.anaseguros.com.mx