

Válido únicamente por 48 horas a partir de su emisión

No. de siniestro: _____ No. de reclamación: _____ No. de póliza: _____

No. de folio DUA (Declaración universal de accidente) _____

Fecha: ____/____/____ Hora: _____ No. de endoso: _____ No. de inciso: _____

Nombre del asegurado (Denominación social) _____

Tel.: _____ Riesgo afectado: RC () GM ()

Causa de la lesión: _____

Nombre del ajustador y clave: _____ Tel.: _____

Nombre del médico designado: _____ Tel.: _____

Dirección: _____

Nombre del sanatorio u hospital: _____ Tel.: _____

Dirección: _____

Agradeceremos dar atención médica a la siguiente persona: Tercero () Ocupante ()

Nombre del lesionado: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Tel.: _____

Lesiones: _____

Suma asegurada máxima por ocupante: _____

Firma del ajustador

Firma del asegurado
o conductor

Firma del lesionado
o representante

Este volante ampara únicamente al lesionado que se cita, con una vigencia de 3 días a partir de la fecha de expedición.

NOTA: Las lesiones antes mencionadas serán pagadas por cuenta de esta Compañía y con cargo al siniestro de referencia.

Queda entendido que si por cualquier causa no estuviere vigente el contrato de seguro que debiere amparar este riesgo, Seguros Atlas, S.A. no adquirirá ninguna responsabilidad por la presente orden de admisión y que la responsabilidad de las lesiones y gastos causados por este siniestro será exclusivamente del Asegurado.

Sr. Dr. le recordamos la importancia de enviar un informe médico dentro de las 24 hrs. siguientes al accidente a nuestras oficinas en Paseo de los Tamarindos No. 60 Corporativo Arcos Norte B - Planta Baja Col. Bosques de las Lomas, detallando gastos y honorarios que originen la atención de estas lesiones, mismos que quedarán sujetos a la aprobación de Seguros Atlas, S.A..

El ajustador declara, bajo protesta decir verdad, que los datos arriba indicados son correctos y que se cercioró de la verdad del siniestro y de las lesiones aquí descritas.

En caso de acudir a un servicio diferente, este se cubrirá a los costos determinados por la compañía de seguros.

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO PARA CLIENTES

(Proponentes y solicitantes, contratantes, asegurados, beneficiarios, fideicomitentes, fideicomisarios y proveedores de recursos)

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. (Seguros Atlas) con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60- PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 Cd. de México Tel.: 55-9177-5000, hace de su conocimiento que tratará los datos personales generales y sensibles que Usted proporcione para la evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión del contrato de seguro, trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el propio contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable.

Para mayor información ponemos a su disposición, nuestra página de internet www.segurosatlas.com.mx en donde usted podrá consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral, así como los mecanismos para hacer valer su derecho ARCO.

CONSENTIMIENTO

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, autorizo a Seguros Atlas, S.A., a tratar y, en su caso, transferir mis datos personales, los sensibles y los patrimoniales o financieros, para todos los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrado o que en su caso, se celebre, así como para los indicados en el Aviso de Privacidad, cuyo contenido conozco y que previamente se ha puesto a mi disposición.

En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares, me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a Seguros Atlas, S.A. y a hacer de su conocimiento los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad.