

VOLANTE DE ADMISIÓN



Fecha ____/____/____

Unidad ☐

Tercero ☐

No. de Reporte

No. de Unidad

Nombre de la empresa

Teléfono

Nombre del interesado y/o Propietario

Datos del centro de reparación

Nombre

Teléfono

Encargado de Taller

Domicilio

DATOS DEL VEHICULO

Marca/Tipo

Placas

Modelo

Numero de Serie (VIN)

Áreas Dañadas



Áreas Dañadas (Preexistentes)



Descripción de los Daños

Daños del siniestro

Daños preexistentes

El ajustador solo se limita a la descripción de los daños, El ajustador no tiene la facultad de evaluar la necesidad de cambio o reparación de piezas. Este Volante tiene una validez de 8 días a partir de la fecha de expedición.

Nombre y firma del ajustador

Nombre y firma del interesado

PASE DE SERVICIO MEDICO



Fecha ____/____/____

Empresa

Operador

Ruta

Ocupante ☐ No. De Unidad

Tercero ☐ No. De Reporte

Nombre del lesionado

Edad

Teléfono

Hospital/Clínica

Domicilio

Teléfono

Descripción de lesiones

Valido por 24 horas

Autoriza el ingreso:

Nombre y firma del ajustador

Nombre y firma del lesionado

RECIBO DE INGRESOS

Fecha ____/____/____

No. De Unidad

Nombre de la empresa

No. De Reporte

Recibimos de



Domicilio

Teléfono

Importe

Importe con letra

\$

Concepto

NOMBRE Y FIRMA DEL AJUSTADOR

NOMBRE Y FIRMA DEL TERCERO

RECIBO DE EGRESOS

Fecha ____/____/____

No. De Unidad

Nombre de la empresa

No. De Reporte

YO:



Recibo del ajustador la cantidad de:

Importe

\$

Importe con letra

Por concepto de:

NOMBRE Y FIRMA DEL AJUSTADOR

NOMBRE Y FIRMA DEL INTERESADO

Declaración del accidente

Fecha ____/____/____

No. de Unidad	No. de Reporte



Nombre del Conductor

Numero de Licencia	No. Empleado

Lugar de Siniestro	Teléfono

Datos de la unidad

Marca/Tipo	Placas	Color	Numero de Serie (VIN)

Como ocurrió el accidente

Firma conductor:

Datos de Terceros

Nombre del Conductor y/o Propietario	Teléfono

Domicilio

Marca/Tipo	Placas	Modelo	Numero de Serie (VIN)

Datos de terceros

Nombre del Conductor y/o Propietario	Teléfono

Domicilio

Marca/Tipo	Placas	Modelo	Numero de Serie (VIN)

Nombre y firma del ajustador

Responsabilidad

INFORME DEL AJUSTADOR



Estimaciones

☐	Daños materiales	\$
☐	Robo Total	\$
☐	Responsabilidad Civil Bienes	\$
☐	Responsabilidad Civil Personas	\$
☐	Gastos Médicos Ocupantes (Viajero)	\$
☐	Gastos Médicos Conductor	\$
☐	Asistencia legal	\$
☐	Traslado / grúa	\$
☐	PRT	\$

Croquis del accidente

Nombre y firma del ajustador

Fecha ____/____/____