



DECLARACIÓN DE ACCIDENTE

FOLIO 7312

web: www.gruposolidario.com.mx

No. REPORTE GOA	No. DE SINIESTRO	No. REPORTE JURIDICO
-----------------	------------------	----------------------

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR:							TEL.		
DOMICILIO:							COL.		
SUSCRIPTOR No.	CONSTANCIA No.	VIGENCIA DE:	DIA	MES	AÑO	AL	DIA	MES	AÑO
ESTATUS DE CONSTANCIA AFIL.		VIGENTE ☐ EXPIRADA ☐	ESTATUS COBRANZA		PAGADA ☐ PENDIENTE ☐ CANCELADA ☐	VERIFICADO POR			
DATOS DEL VEHICULO AFILIADO		MARCA	TIPO	MOD.	ECONÓMICO	COLOR	PLACAS		
SERIE Y/O MOTOR				TIPO DE SERVICIO PRESTADO AL OCURRIR EL SINIESTRO: ☐ ESCOLAR ☐ TURISMO ☐ RUTA REGULAR ☐ PERSONAL					
RUTA QUE SE ENCONTRABA CUBRIENDO DE:				A:					

NOMBRE DEL CONDUCTOR:			DOMICILIO:		CIUDAD:		ESTADO:	
TELÉFONO	FECHA DE NACIMIENTO	LICENCIA No.	ESTATAL ☐	FEDERAL ☐	TIPO Y/O CATEGORÍA:		R.F.C.	
AUTORIZA A CONDUCIR SERVICIO:	PÚBLICO DE PASAJE ☐	PÚBLICO DE CARGA ☐	PARTICULAR Y/O PRIVADO ☐		FECHA DE EXPEDICIÓN: D / M / A	FECHA DE VENCIMIENTO: D / M / A		

FECHA DEL SINIESTRO	DÍA	MES	AÑO	HORA	FECHA REPORTE	DÍA	MES	AÑO	HORA	POBLACION (CIUDAD Y ESTADO)
LUGAR DE LOS HECHOS: (CALLES Y REFERENCIAS)										
NARRACIÓN DEL ACCIDENTE (CONDUCTOR):										
FIRMA DEL CONDUCTOR										

DATOS DE TERCEROS

1.- PROPIETARIO				DOMICILIO			TEL.	
CONDUCTOR				DOMICILIO			TEL.	
MARCA	TIPO	MODELO	COLOR	No. PLACAS	No. DE MOTOR O SERIE			
DAÑOS							\$ ESTIMACIÓN	
CIA. DE SEGURO		PÓLIZA	COBERTURA	SINIESTRO	AJUSTADOR	TEL.		

2.- PROPIETARIO				DOMICILIO			TEL.	
CONDUCTOR				DOMICILIO			TEL.	
MARCA	TIPO	MODELO	COLOR	No. PLACAS	No. DE MOTOR O SERIE			
DAÑOS							\$ ESTIMACIÓN	
CIA. DE SEGURO		PÓLIZA	COBERTURA	SINIESTRO	AJUSTADOR	TEL.		

COBERTURAS AFECTADAS: ☐ R.C. BIENES ☐ R.C. PERSONAS ☐ R.C. VIAJERO ☐ G.M. CONDUCTOR ☐ MUERTE CONDUCTOR ☐ JURIDICO

CALCAS AFILIADO		RIESGOS	IMPORTE
		R.C. BIENES	\$
		R.C. PERSONAS	\$
		R.C. VIAJERO	\$
		G.M. CONDUCTOR	\$
		MUERTE CONDUCTOR	\$
		ESTIMACION TOTAL	\$
CALCAS TERCEROS			
1	2		

PROTESTO HABER ASENTADO FIELMENTE, TODOS LOS DATOS RELATIVOS AL ACCIDENTE Y A MI RECLAMACIÓN Y ESTAR DISPUESTO A FACILITAR TODOS LOS INFORMES QUE GRUPO SOLIDARIO DE OCCIDENTE, A.C. PUDIERA PEDIRME AL RESPECTO Y TOMAR CUALQUIER ACCIÓN QUE SEA NECESARIA, PARA ESTABLECER DERECHO DE RECOBRO EN CASO DE RESPONSABILIDAD DE TERCERAS PERSONAS. ASI MISMO MANIFIESTO QUE EN CASO DE QUE POR CAUSA MIA O DEL SUSCRIPTOR SE IMPIDA EL DERECHO DE REECOBRO, REEMBOLSARE(MOS) A GRUPO SOLIDARIO DE OCCIDENTE, A.C. LOS GASTOS QUE HAYA REALIZADO PARA LA REPARACION DEL DAÑO A BIENES Y/O PERSONAS.

HAGO CONSTAR QUE NINGUNO DE LOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y ESTIPULACIONES DEL CONTRATO HA SIDO VIOLADA POR ACTO MÍO, NI POR ACCIÓN DE CUALQUIER PERSONA DE MI CONSENTIMIENTO.

ME COMPROMETO A NO ACEPTAR RESPONSABILIDAD SIN EL CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DE GRUPO SOLIDARIO DE OCCIDENTE, A.C. Y ENVIAR INMEDIATAMENTE A GRUPO SOLIDARIO DE OCCIDENTE, A.C. CUALQUIER NOTIFICACIÓN O RECLAMACIÓN QUE RECIBA CON RELACIÓN A ESTE SINIESTRO.

LUGAR Y FECHA

NOMBRE Y FIRMA DEL CONDUCTOR

DATOS TERCEROS PERSONAS Y/O VIAJEROS

MARCAR UNA V SI EL LESIONADO ES VIAJERO Y MARCAR CON T SI ES TERCERO

1	LESIONADO	EDAD:	DOMICILIO Y TELEFONO:
	OCUPACIÓN:	SE ENTREGO PASE: ☐ SI ☐ NO	ATENCIÓN A: ESTIMACIÓN:
2	LESIONADO	EDAD:	DOMICILIO Y TELEFONO:
	OCUPACIÓN:	SE ENTREGO PASE: ☐ SI ☐ NO	ATENCIÓN A: ESTIMACIÓN:
3	LESIONADO	EDAD:	DOMICILIO Y TELEFONO:
	OCUPACIÓN:	SE ENTREGO PASE: ☐ SI ☐ NO	ATENCIÓN A: ESTIMACIÓN:
4	LESIONADO	EDAD:	DOMICILIO Y TELEFONO:
	OCUPACIÓN:	SE ENTREGO PASE: ☐ SI ☐ NO	ATENCIÓN A: ESTIMACIÓN:
5	LESIONADO	EDAD:	DOMICILIO Y TELEFONO:
	OCUPACIÓN:	SE ENTREGO PASE: ☐ SI ☐ NO	ATENCIÓN A: ESTIMACIÓN:

INFORME DEL AJUSTADOR

QUIEN REPORTA:	FECHA REPORTE:	FECHA ATENCIÓN:	HORA REPORTE:	HORA LLEGADA:	HORA TERMINADO:
LUGAR DE ATENCIÓN:					
CAUSA DEL ACCIDENTE SEGÚN SU APRECIACIÓN Y CONCLUSIÓN DE LA ATENCIÓN:					
RESPONSABLE SEGÚN SU APRECIACIÓN: SUScriptor: ☐ COMPARTIDA: ☐ TERCERO: ☐ INDEFINIDO: ☐					
¿POR QUE?:					
SE COBRO DEDUCIBLE SI ☐ NO ☐ ¿POR QUE?:					
D	FECHA COBRO / M / A	IMPORTE SALARIO \$	25 50 75 100	DEDUCIBLE APLICADO D.SM.V.D.F.	CANTIDAD \$

CONCLUSIONES DE LA ATENCIÓN

SE EXTENDIÓ VOLANTE DE ADMISIÓN PARA VEHÍCULO No. PARA LESIONADO No.:

	VEH.	PROVEEDOR		LES.	PROVEEDOR Y/O COMPAÑIA
TALLER	1		GRUA	1	
TALLER	2		GRUA	2	
COMPAÑIA	1		OTROS PROV.		
COMPAÑIA	2		OTROS PROV.		
¿SE SOLICITO SERVICIO JURÍDICO?: SI ☐ NO ☐ REPORTE No.					
NOMBRE ABOGADO:				TEL:	
QUE AUTORIDAD INTERVINO:					
No. PARTE Y/O ACTA:					

LUSTRE COMO OCURRIO EL ACCIDENTE SEGÚN DECLARACION DEL CONDUCTOR Y DE ACUERDO A SU APRECIACION MENCIONANDO FORMAS, CALLES Y SEÑALES AUNQUE LOS VEHICULOS HAYAN SIDO MOVIDOS ANTES DE SU ARRIBO AL LUGAR DE LOS HECHOS.



GRUPO SOLIDARIO DE OCCIDENTE, A.C.

VOLANTE DE ADMISIÓN PARA TALLER

NÚM. DE SINIESTRO: _____ FECHA SINIESTRO: _____

NOMBRE DEL SUScriptor: _____ TEL.: _____

NÚM. DE SUScriptor: _____ NÚM. DE CONSTANCIA: _____ VIGENCIA: _____

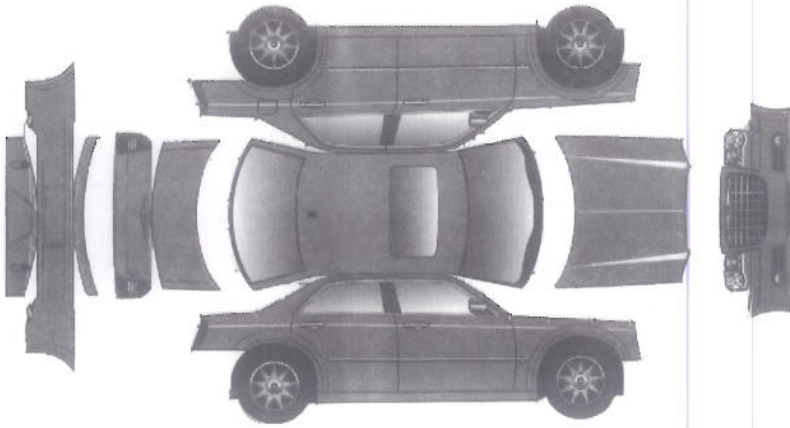
D _____ M _____ A _____ AL D _____ M _____ A _____

DATOS DEL VEHÍCULO AFILIADO	MARCA	TIPO	MODELO	COLOR	SERIE	PLACAS

DATOS DEL TERCERO AFECTADO

NOMBRE:	DOMICILIO:				TEL.:	
DATOS DEL VEHÍCULO AFECTADO	MARCA	TIPO	MOD.	COLOR	SERIE	PLACAS

DESCRIPCIÓN DE LOS DAÑOS



TALLER ASIGNADO: _____

DOMICILIO: _____

ENCARGADO: _____ TEL.: _____

QUEDA ENTENDIDO Y ACEPTADO QUE EN CASO QUE LA AFILIACIÓN DEL VEHÍCULO NO SE ENCUENTRE EN VIGOR Y AL CORRIENTE DE APORTACIÓN, **GRUPO SOLIDARIO DE OCCIDENTE, A.C.** QUEDA TOTALMENTE RELEVADO LEGALMENTE DE CUALQUIER RECLAMACIÓN POR LOS DAÑOS DESCRITOS, OBLIGÁNDOSE EL RESPONSABLE A PAGAR EL IMPORTE DE LOS MISMOS.

LUGAR Y FECHA: _____

NOMBRE Y FIRMA AJUSTADOR

NOMBRE Y FIRMA DEL CONDUCTOR

NOMBRE Y FIRMA DEL AFECTADO

GOA

GRUPO SOLIDARIO DE OCCIDENTE, A.C.

Av. Corona #451 Desp. 104 Tel. 3613-2356, Fax 3614-7021 Guadalajara, Jal. C.P. 44100

ENCUESTA DE SERVICIO

Nº 5543

No. DE SINIESTRO: _____

NOMBRE SUScriptor: _____

No. CONSTANCIA: _____ TEL: _____

1. ¿Tuvo dificultad para reportar su siniestro? ☐ SI ☐ NO

Especificar cual fue la dificultad: _____

2. ¿Cuánto tiempo paso del momento que realizo su reporte a la llegada del Ajustador?

☐ 20 min. ☐ 40 min. ☐ 1 hora ☐ Cita Comentarios: _____

3. ¿El tiempo de llegada del Ajustador lo considera?

☐ Rápido ☐ Tardado ☐ Muy Tardado ☐ Cita Comentarios: _____

4. ¿Cómo valora usted el trato recibido por el Ajustador de Grupo Solidario de Occidente al Atender su siniestro?

☐ Bueno ☐ Malo ☐ Pésimo Comentarios: _____

5. ¿Como considera usted la información y asesoramiento recibido del Ajustador respecto a su responsabilidad en el siniestro es?

☐ Buena ☐ Mala ☐ Pésima Comentarios: _____

6. ¿Como califica el actuar del ajustador ante el tercero y/o sus representantes en el deslinde de responsabilidades:

☐ Excelente ☐ Bueno ☐ Regular ☐ Malo ☐ Pésimo Comentarios: _____

7. ¿Considera usted que al ajustador actuó adecuadamente en su defensa?

☐ Si ☐ No ¿Porque? _____

8. ¿Qué aspectos cree Usted que GRUPO SOLIDARIO DE OCCIDENTE debería mejorar para dar respuesta a sus necesidades?

- ☐ La llegada del Ajustador
☐ La amabilidad en el trato
☐ Información sobre coberturas
☐ Información sobre su presunta responsabilidad
☐ Otros:

9. ¿En caso de tener cobertura de responsabilidad Civil daños terceros le fue cobrado el deducible en el lugar del siniestro? ☐ SI ☐ NO

Especificar Monto \$ _____ ¿Se le entrego recibo del cobro? ☐ SI ☐ NO

10. Nombre Ajustador que lo asistió: _____

11. Especificar su sugerencia respecto a quejas de la atención del siniestro:

NOMBRE Y FIRMA
CONDUCTOR Y/O SUScriptor

TELEFONO

LUGAR Y FECHA

GOA

GRUPO SOLIDARIO DE OCCIDENTE, A.C.

Av. Corona #451 Desp. 104 Tel. 3613-2356, Fax 3614-7021
Guadalajara, Jal. C.P. 44100

Nº 4013

RECIBO DE PASE MEDICO

ANTECEDENTES:

SINIESTRO: _____

REGISTRO: _____

SUSCRIPTOR: _____

FECHA: _____

RECIBÍ DE **GRUPO SOLIDARIO DE OCCIDENTE, A. C.** PASE DE ATENCIÓN MEDICA CON FOLIO No: _____ PARA QUE CON CARGO A **GRUPO SOLIDARIO DE OCCIDENTE, A.C.** ME SEA PROPORCIONADA LA ATENCIÓN MEDICA NECESARIA PARA LA REPARACIÓN TOTAL DEL DAÑO QUE ME FUE OCASIONADO A CONSECUENCIA DE LAS LESIONES QUE SE ME CAUSARON EN EL ACCIDENTE CUYOS ANTECEDENTES SE CITAN AL MARGEN, SUPERIOR IZQUIERDO, AL VIAJAR COMO PASAJERA(O) EN EL VEHICULO MARCA _____ TIPO _____ MOD _____ SERIE _____ PLACAS _____ COLOR _____ PROPIEDAD DE: _____ Y MANIFIESTO QUE CON EL PASE DE ATENCIÓN MEDICA QUE RECIBO QUEDA TOTALMENTE PAGADA LA RESPONSABILIDAD CIVIL Y PENAL, ASÍ COMO LA **REPARACIÓN TOTAL DEL DAÑO QUE SE CAUSO A MI PERSONA**, LO ANTERIOR CONSCIENTE Y ENTERADA(O) LA (EL) SUSCRITA (O) QUE EL PASE QUE RECIBO ES DE FORMA EXTRAJUDICIAL Y QUE CON DICHO PASE, QUEDARAN AMPARADOS LOS GASTOS DE MI ATENCIÓN MEDICA TENIENDO COMO LIMITE MÁXIMO LO QUE SE ESTABLECE EN LA LEY CORRESPONDIENTE.

POR LO QUE **DE MI PARTE** SE DEBE DAR POR REPARADO EL DAÑO Y RENUNCIO A EJERCITAR ACCIÓN CIVIL, PENAL O RECLAMAR REPARACIÓN DEL DAÑO **OTORGANDO EL MAS AMPLIO PERDÓN Y FINIQUITO** QUE EN DERECHO PROCEDA A FAVOR DE LOS SIGUIENTES: **GRUPO SOLIDARIO DE OCCIDENTE, A.C., AL PROPIETARIO DEL VEHICULO Y A EL CONDUCTOR EL SR:** _____ YA QUE EL ACCIDENTE SE DEBIÓ A CAUSAS FORTUITAS.

ASI MISMO AUTORIZO A **GRUPO SOLIDARIO DE OCCIDENTE, A.C.** PARA QUE EN MI NOMBRE Y REPRESENTACIÓN REALICE LAS GESTIONES NECESARIAS PARA COBRAR AL RESPONSABLE, HASTA EL TOTAL DE LOS GASTOS QUE **GRUPO SOLIDARIO DE OCCIDENTE, A.C.** HAYA EROGADO PARA REALIZAR LA REPARACIÓN DEL DAÑO DE LAS LESIONES QUE ME FUERON CAUSADAS. Y ME COMPROMETO A LEVANTAR DENUNCIA EN CONTRA DEL RESPONSABLE EN EL MOMENTO QUE SE ME REQUIERA, ASÍ MISMO ESTAR DISPUESTA (O) A RATIFICARLO ANTE LAS AUTORIDADES CORRESPONDIENTES SI FUERA NECESARIO, DE NEGARME A CUMPLIR CON LO ACORDADO REEMBOLSARE A **GRUPO SOLIDARIO DE OCCIDENTE, A.C.** EL TOTAL DE LOS GASTOS QUE **GRUPO SOLIDARIO DE OCCIDENTE, A.C.** HAYA REALIZADO PARA MI ATENCIÓN MEDICA.

POR LO QUE RELEVO DE TODA RESPONSABILIDAD CIVIL Y PENAL A **GRUPO SOLIDARIO DE OCCIDENTE, A.C.** ASI COMO AL PROPIETARIO DEL VEHICULO Y A EL CONDUCTOR EL SR. _____

FECHA: _____

FIRMA DE ACUERDO Y RECIBIDO

TESTIGO



GRUPO SOLIDARIO DE OCCIDENTE, A.C.
Av. Corona #451 Desp. 104 Tel. 3613-2356, Fax 3614-7021
Guadalajara, Jal. C.P. 44100

VALE DE GRUA
Folio **1923**

SUSCRIPTOR No: _____ NOMBRE: _____
CONSTANCIA No: _____ VIGENCIA HASTA: _____
No. DE SINIESTRO: _____ FECHA DEL SINIESTRO: _____
CIUDAD Y ESTADO : _____
DATOS DEL VEHICULO: MARCA: _____ TIPO: _____
PLACAS: _____ COLOR: _____ SERIE: _____
PROPIETARIO: _____ TEL.: _____
NOMBRE PROVEEDOR DEL SERVICIO DE GRUA: _____
LUGAR DONDE SE RECOGE: _____
LUGAR DONDE SE ENTREGA: _____
SERVICIO UTILIZADO POR: _____
FECHA: _____ HORA: _____
¿SE REQUIERE MANIOBRAS ESPECIALES PARA PONER EN CONDICIONES DE TRASLADO AL VEHICULO? SI _____ NO _____
DESCRIPCIÓN DE MANIOBRAS: _____
OBSERVACIONES: _____

SERVICIO SOLICITADOR POR: _____
(NOMBRE Y FIRMA)

OPERADOR DE GRUA _____
(NOMBRE Y FIRMA)

