LESIONES Y DAÑOS

NOMBRE			EDAD	
DOMICILIO	TELÉFONO		RIESGO	
LESIONES SUFRIDAS	AMBULANCIA SI ☐ NO ☐		G.M. CONDUCTOR	RCV / RCP
	SE OTORGÓ PASE MÉDICO A LA CLÍNICA		FOLIO	
NOMBRE			EDAD	
DOMICILIO	TELÉFONO		RIESGO	
LESIONES SUFRIDAS	AMBULANCIA SI ☐ NO ☐		G.M. CONDUCTOR	RCV / RCP
	SE OTORGÓ PASE MÉDICO A LA CLÍNICA		FOLIO	
NOMBRE			EDAD	
DOMICILIO	TELÉFONO		RIESGO	
LESIONES SUFRIDAS	AMBULANCIA SI ☐ NO ☐		G.M. CONDUCTOR	RCV / RCP
	SE OTORGÓ PASE MÉDICO A LA CLÍNICA		FOLIO	

REPORTE DEL AJUSTADOR

LUGAR DE LA ATENCIÓN			
HORA REPORTADO	HORA TURNADO	HORA DE ARRIBO	HORA TERMINO
MONTO DE RECUPERACIÓN		DE QUE TIPO	CONVENIO
FOLIO DEL RECIBO			SI ☐ NO ☐
TIPO DE GARANTÍA PRENDARIA			
SE SOLICITA INVESTIGACIÓN SI ☐ NO ☐	3RO PAGO A N/A SI ☐ NO ☐	MONTO	$
MOTIVO			
REQUISITOS PENDIENTES A CUMPLIR			

INFORME DEL AJUSTADOR

LUGAR DE SINIESTRO			
VELOCIDAD APROXIMADA DE	NUESTRO ASEGURADO ☐	TERCERO ☐	
AMPLITUD DE CALLES EN CRUCERO			
FORMA COMO OCURRIERON LOS HECHOS			
¿QUIÉN RESULTÓ RESPONSABLE	NUESTRO ASEGURADO ☐	TERCERO ☐	
ARTÍCULOS RTV	D.F. ☐	FEDERAL ☐	ESTATAL ☐
CONCLUSIONES			

	%DEDUCIBLE	ESTIMACIÓN DEL SINIESTRO		%DEDUCIBLE	
DM MATERIALES	$		GM OCUPANTES	$	
ROBO TOTAL	$		RC VIAJERO	$	
RC BIENES	$		MUERTE ACC	$	
RC PERSONAS	$			$	

CROQUIS

NOMBRE DEL AJUSTADOR	FIRMA DEL AJUSTADOR
CLAVE	