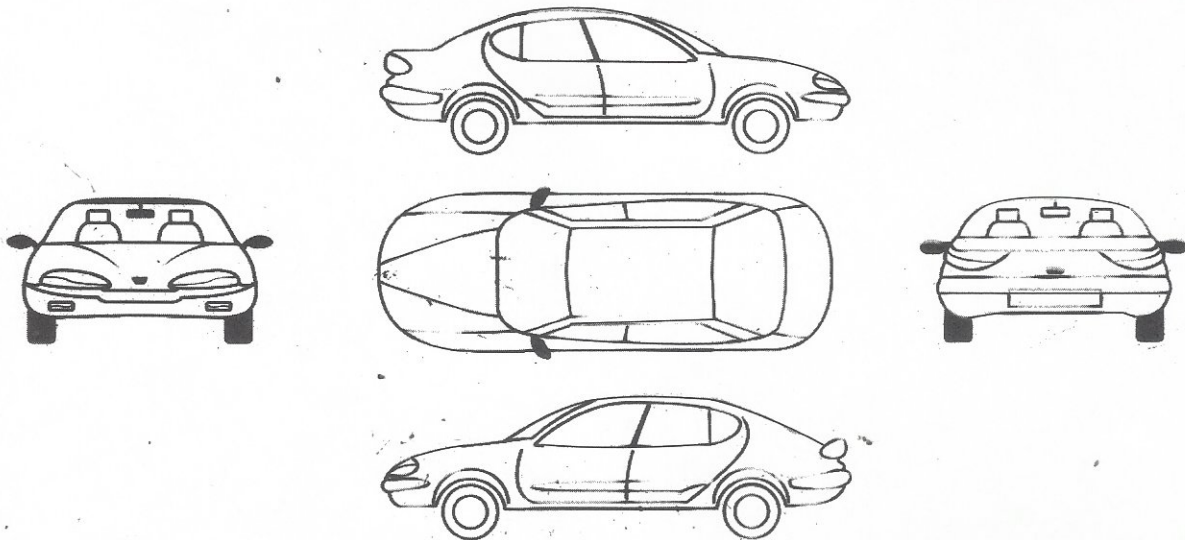


Consecutivo	Fecha y Hora de Elaboración	No. de Reporte	No. de Siniestro

Agencia y/o Taller Asignado:		Jefe de Taller:		Teléfono:	
Dirección:				Ciudad:	
No. de Póliza:		Tipo de Cobertura:		Fecha y Hora del Siniestro:	
Nombre:		Dirección:			Teléfono:
Marca:	Tipo:	Modelo:	Color:	Placas:	No de Serie:

Señale con una (X) los daños a consecuencia del accidente:



Daños Preexistentes:

Descripción de Daños:

Para uso exclusivo de la Agencia y/o taller de apoyo:

Recepción del Vehículo:	Aviso de Compañía:	Promesa de Entrega:	Notificación de Presupuesto Terminado:	Nombre de la persona que recibió la notificación:
Fecha: DÍA MES AÑO	Fecha: DÍA MES AÑO	Fecha: DÍA MES AÑO	Fecha: DÍA MES AÑO	
Hora:	Hora:			

Nombre y Firma del ASEGURADO O DEL TERCERO

Nombre y Firma del AJUSTADOR

Nombre y Firma del RESPONSABLE DE LA AGENCIA
Y/O TALLER DE APOYO