

**ORDEN DE ADMISION
EQUIPO PESADO**

FOLIO

No. de Reporte No. de Siniestro **0003564**

Fecha Atención Día 23 Mes 03 Año 2016	No. de Póliza 000454910	No. de Inciso 4	No. de Endoso _____	Fecha de Siniestro 23/03/16
Nombre del Asegurado Jorge Luis Israel Galvan		Conductor German Octavio Lopez		Teléfono 7721099079
Marca del Vehículo Interchetal	Tipo T3	Modelo 2001	Color Puro	Placas 401625
No. de Motor _____	No. de Serie 3HSMEATEIN09	Suma Asegurada \$141	Cláusula deducible 5% \$ valor comercial	
Nombre del Tercero Afectado Comercio - Operadora de Transporte		Teléfono _____	Conductor Comercio	
Teléfono _____	Marca del Vehículo _____	Tipo _____	Modelo _____	Color _____
Placas _____		No. de Motor _____	No. de Serie _____	

TALLER

Nombre taller **Body Truck Sika** Teléfono _____

Dirección **Carrilero Sika - 6km km15 C.P. 37670 (15km) Camino Loma de los Pedregales**

Atención Sr. **Valverde**

Observaciones Generales **Costado Izquierdo - Ambros Ejes - Llantas - Rines - Parafusos - Cofre - Revision Motor - Chasis - Puertas - Defensa Delantero - Freno Delantero - Suspencion Delantero - Tanques Comb.**

No. DE PARTES DAÑADAS

1.- Defensa <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	7.- Tanques de comb. <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	13.- Ejes Traseros <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2.- Cofre <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	8.- Vara de Chasis <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	14.- Susp. Trasera <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3.- Cabina <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	9.- Eje Delantero <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	15.- Deflectores <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4.- Dormitorio <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	10.- Puerta <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	16.- Quinta Rueda <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5.- Radiador <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	11.- Motor <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	17.- Adaptación <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO
6.- Sist. de Escape <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	12.- Susp. Delantero <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	18.- Pta. Adapcación <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO

DAÑOS **Costado Izquierdo - Ambros Ejes - Llantas - Rines - Parafusos - Cofre - Revision Motor - Chasis - Puertas - Defensa Delantero - Freno Delantero - Suspencion Delantero - Tanques Comb.**

PREEXISTENTES _____

CAMION

Daños _____

Preexistentes _____