

Código: SPN-F.INP-11

Asegurado/Cliente: _____

Lugar y fecha de inspección: _____

I. IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO	
Marca	
Modelo	
Tipo	
Año	
Color	
#Serie	
#Motor	
#Placa	

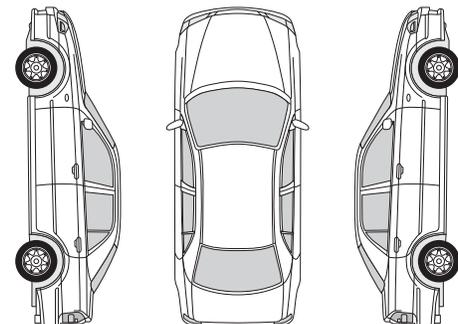
II. ESTADO DE PARTES				
PARTES	B	R	M	OBSERVACIONES
Llantas				
Tapicería				
Puntas de chasis				
Parales				
Aire acondicionado				
Bolsas aire				
Vidrio delantero				
Vidrio trasero				
Vidrios izquierdos				
Vidrios derechos				

III. OTRAS INSCRIPCIONES	
Tapicería	<input type="checkbox"/> Tela <input type="checkbox"/> Cuero <input type="checkbox"/> Vinil
Cobertores	<input type="checkbox"/> No tiene <input type="checkbox"/> Si tiene
Vidrios	<input type="checkbox"/> Manuales <input type="checkbox"/> Eléctricos
Equipo sonido	<input type="checkbox"/> Original <input type="checkbox"/> Otro
Tipo combustible	<input type="checkbox"/> Gasolina <input type="checkbox"/> Diesel
Transmisión	<input type="checkbox"/> Mec <input type="checkbox"/> Aut <input type="checkbox"/> Tip
Retrovisores	<input type="checkbox"/> Manuales <input type="checkbox"/> Eléctricos
Cantidad de puertas	<input type="checkbox"/> 2(Dos) <input type="checkbox"/> 4(Cuatro)
Origen/Procedencia	<input type="checkbox"/> Importado <input type="checkbox"/> Agencia
Llanta de repuesto	<input type="checkbox"/> Si tiene <input type="checkbox"/> No tiene
Accesorios de auxilio	<input type="checkbox"/> Gata <input type="checkbox"/> Llave de ruedas
Cilindraje	
Kilometraje	
Cantidad de ocupantes	
Uso al que se desntina	

IV. ACCESORIOS/EQUIPO ESPECIAL	OTROS EQUIPOS ESPECIALES	
Duraliner	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Fenders	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Halógenas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Defensa frontal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Rines de lujo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Franjas decorativas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Polarizado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Cola de pato	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Tercer stop	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Gradas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Parrilla de techo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Alarma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Botagua	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Quemacocos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Cierre central	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

V. DAÑOS ENCONTRADOS/PREEXISTENCIAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____



Observaciones: _____

Recomendaciones: _____

Nombre y firma del asegurado o representante

Inspector

VI. DATOS ADICIONALES

Número telefónico: _____

Nombre de quien lo envía: _____

Correo electrónico: _____

Referencia de otros clientes: _____