



No. Póliza: No. Expediente: Vigencia:

I. DATOS GENERALES

Nombre del asegurado: No. Identidad:

Ocupación:

Dirección: Teléfono: Correo electrónico:

Nombre del conductor: No. Identidad:

Ocupación:

Dirección: Teléfono: Correo electrónico:

Fecha de nacimiento: Día Mes Año Edad: Licencia No.:

Fecha de expedición: Día Mes Año Lugar de trabajo:

II. DATOS DEL AUTOMÓVIL ASEGURADO

Marca: Modelo: No. Motor:

Serie de chasis: Placa No.: Color:

Uso del automóvil: Kilometraje: Acreedor Prendario:

Ubicación del automóvil:

III. DECLARACIÓN DEL ACCIDENTE

Fecha: Día Mes Año Hora: Ciudad: Depto:

Lugar exacto del accidente: Otras señas:

¿Quién autorizó el uso del automóvil asegurado?

Autoridad que hizo el reporte:

Declaración del conductor: Cómo sucedió el accidente y las causas que lo provocaron:

¿Estaba ingerido usted de bebidas alcohólicas al momento del accidente?

Daños sufridos por el automóvil asegurado:

IV. DATOS DE LOS TERCEROS RESPONSABLES O CULPABLES DEL ACCIDENTE

Nombre del propietario: Teléfono:

Dirección:

Nombre del conductor: Teléfono:

Dirección:

Placa No.: Marca: Color:

Dirección Comercial:

V. DESCRIPCIÓN DE OTRO AUTOMÓVIL O DAÑOS A LA PROPIEDAD DE TERCEROS

Nombre del propietario: Teléfono:

Dirección:

Nombre del conductor: Teléfono:

Dirección:

Placa No.: Marca: Color:

Descripción de los daños:

VI. DATOS DE PERSONAS LESIONADAS

Nombre: <input type="text"/>	Edad: <input type="text"/> Identidad No.: <input type="text"/>	CLASES DE LESIÓN Automóvil propio Otro automóvil Peatón	LESIONES
Dirección: <input type="text"/>	Relación asegurado: <input type="text"/>		
Nombre: <input type="text"/>	Edad: <input type="text"/> Identidad No.: <input type="text"/>		
Dirección: <input type="text"/>	Relación asegurado: <input type="text"/>	CLASES DE LESIÓN Automóvil propio Otro automóvil Peatón	LESIONES
Nombre: <input type="text"/>	Edad: <input type="text"/> Identidad No.: <input type="text"/>	CLASES DE LESIÓN Automóvil propio Otro automóvil Peatón	LESIONES
Dirección: <input type="text"/>	Relación asegurado: <input type="text"/>		
Hospital donde fueron atendidos: <input type="text"/>			
		Número de heridos: <input type="text"/>	Número de muertos: <input type="text"/>

VII. INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL SINISTESTRO

Por este medio autorizo a SEGUROS BOLÍVAR HONDURAS, S.A. (Davivienda Seguros) de ahora en adelante llamada LA EMPRESA a generar créditos a mi (nuestra) cuenta:

CHEQUE AHORRO

Indicada a continuación y autorizo al Banco cuyo nombre aparece abajo, de ahora en adelante llamado EL BANCO, para acreditar a mi (nuestra) cuenta.

Banco: Número de Cuenta:

Esta autorización permanecerá vigente hasta que EL BANCO reciba notificación escrita sobre la terminación de la misma, firmada por la(s) persona(s) autorizada(s) para el manejo de la cuenta, exonerando (amos) a EL BANCO de toda responsabilidad por razón de instrucciones y cargos que se generen de la presente autorización.

FIRMA DEL ASEGURADO

Certificamos haber contestado sinceramente a las preguntas antes citadas y no haber ocultado nada y que los documentos presentados son auténticos, según mi leal entender. Asimismo autorizamos a todos los médicos, centros hospitalarios y cualquier otra persona, institución o empresa que prestó algún servicio médico para que suministre a la Compañía de seguros todos los informes que requiere incluyendo copias de los documentos, relevándolos de cualquier prohibición que exista sobre revelación de datos de los registros médicos.

Lugar y fecha de notificación:

FIRMA DEL ASEGURADO

FIRMA DEL CONDUCTOR

Como requisito indispensable para agilizar el trámite de su reclamo, presente los siguientes documentos:

- Licencia del conductor.
- Boleta circulación de vehículos participantes (A/C).
- Parte de tránsito con su fallo.
- Carta de reclamo de la empresa asegurada.
- Presupuesto de reparación.
- Cotización de repuestos.
- Autorización del asegurado para atender reclamo por riesgo "C"