



San Pedro Sula, Cortés.
Tel. 2540-0016
Edificio Continental 3ra. Avenida S.O.
www.segcon.hn
Tegucigalpa, M.D.C.
Tel. 2239-9446

FORMULARIO DE RECLAMACION DE AUTOMOVIL

Póliza Nº: _____
Deducible: _____

Datos del Asegurado

Nombre del asegurado: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ Celular: _____
Nº de Cedula o RTN: _____
Correo Electrónico: _____

Datos del Conductor

Nombre del conductor: _____
Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ Celular: _____
Correo Electrónico: _____
Licencia Nº: _____ Vencimiento: _____ Tipo: Liviana
 Pesada
 Internacional

Datos del Vehículo Robado

Marca: _____ Modelo: _____ Tipo: _____
Año: _____ Color: _____ Placa: _____ Ocupantes: _____
Nº de Motor: _____ Nº de Serie: _____
Uso del Vehículo: Particular Comercial y/o carga Transporte Público
 Otro Especifique: _____
Acreedor Prendario: _____ No. De Factura o Titulo de Propiedad _____
Dispositivos de Seguridad del Vehículo:
Alarma Mukti-Lock
GPS Llavines Especiales
Bloqueador de Timon Ninguno
Bloqueador de Motor Otros: _____
Describa específicamente algún detalle y/o particular que tiene su vehículo:

El Formulario de Reclamación deberá ser entregado a **SEGUROS CONTINENTAL, S.A.** dentro de un plazo **NO MAYOR DE CINCO (5) DIAS**, en caso de muerte de personas (terceros o pasajeros) el Aviso deberá ser dado o enviado lo mas pronto posible por Telefono, Fax, Correo Electrónico u otro medio disponible.