

AVISO DE ACCIDENTE SEGURO DE AUTOMOVIL



I. DATOS GENERALES

Nombre del Asegurado	Identidad No.	Ocupación
Dirección	Telefono	
Correo Electronico		

Nombre del Conductor	Identidad No.	Ocupación		
Dirección	Telefono			
Fecha de nacimiento	Edad	Licencia No.	Fecha de expedición	Lugar de trabajo
Correo Electronico				

II. DATOS DEL AUTOMOVIL ASEGURADO

Marca	Modelo	Año	No. de Motor	
No. Boleta de revision	Serie de chasis	Kilometraje	Placa No.	Color
Uso del automovil				

III. ASISTENCIA VIAL

Hora de llamada	Hora atención llamada	Hora de llegada ajustador	Tiempo de espera
-----------------	-----------------------	---------------------------	------------------

IV. DECLARACION DEL ACCIDENTE

Fecha	Hora	Ciudad	Departamento
Lugar		Otra referencia	
Quien autorizo el uso del automovil Asegurado		Autoridad que hizo el reporte	

Declaración del conductor. Como sucedió el accidente y las causas que lo provocaron

Daños sufridos por el automovil asegurado

V. DESCRIPCION DE DAÑOS A VEHICULOS O A LA PROPIEDAD DE TERCEROS

Nombre del propietario		Telefono
Dirección		
Nombre del conductor		Telefono
Correo Electronico		
Dirección		
Marca	Placa No.	Color
Descripción de los daños		

VI. DATOS DE PERSONAS LESIONADAS

1	Nombre	Edad	No. de Identidad	Relación con el asegurado
Dirección				
Clase de lesionado en automovil Asegurado ☐ en otro automovil ☐ Peaton ☐		Lesiones		

2	Nombre	Edad	No. de Identidad	Relación con el asegurado
Dirección				
Clase de lesionado en automovil Asegurado ☐ en otro automovil ☐ Peaton ☐		Lesiones		

3	Nombre	Edad	No. de Identidad	Relación con el asegurado
Dirección				
Clase de lesionado en automovil Asegurado ☐ en otro automovil ☐ Peaton ☐		Lesiones		

Hospital donde fueron atendidos	No. de heridos	No. de muertos
---------------------------------	----------------	----------------

Declaramos que los datos contenidos en esta denuncia han sido revisados por nosotros y son una verdadera declaración de los hechos. Así mismo por este medio autorizo y faculto a Seguros del País, S.A. para que en cualquier tiempo pueda obtener información de todo médico, hospital, clínica privada o pública, Instituto Hondureño de Seguridad Social, laboratorios Médicos u otra fuente, incluyendo la central de Riesgos de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, cualquier información que juzgue necesaria y estoy de acuerdo que la misma permanezca como propia de Seguros del País S.A. Cualquier omisión o declaración incompleta o incorrecta puede ser causa de que una reclamación válida sea rechazada y la póliza cancelada.

Firma del Asegurado	Firma del Conductor
Lugar y fecha de notificación	