

AVISO DE ACCIDENTE SEGURO DE AUTOMOVIL

Reclamo N°: _____

Póliza N°: _____

ASEGURADO	Nombre del Asegurado: _____
	N° de Identidad o RTN: _____
	Dirección: _____
	Teléfono: _____ Celular: _____ e-mail: _____

CONDUCTOR	Nombre de la persona que conducía: _____
	N° de Identidad o RTN: _____ Licencia N°: _____
	Fecha de Vencimiento: _____ Tipo: L <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
	Dirección: _____
	Teléfono: _____ Celular: _____ e-mail: _____
	¿Qué relación o parentesco tiene con el Asegurado? _____ ¿Quién autorizó el uso del vehículo Asegurado? _____

VEHICULO	Marca: _____ Modelo: _____ Tipo: _____
	Serie N°: _____ Placa: _____
	N° Motor: _____ Color: _____ Año: _____
	Uso del Automóvil <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Comercial / Carga <input type="checkbox"/> Otros Especifique: _____

SINIESTRO	Fecha del Siniestro: _____ Hora: _____ Ciudad: _____
	Lugar exacto del Siniestro: _____
	Departamento: _____
	Otras Referencias: _____ Autoridad que hizo el reporte: _____
	Descripción del conductor: Cómo sucedió el accidente y las causas que lo provocaron: _____ _____ _____

DAÑOS AL VEHICULO	Describa los daños sufridos por el vehículo asegurado: _____ _____ _____
	¿Utilizó el servicio de Asistencia Vial y/o Legal?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Sí su respuesta fue No, Explique: _____

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Licencia de Conducir Vigente de los participantes | <input type="checkbox"/> Presupuesto de Reparación |
| <input type="checkbox"/> Boleta de Circulación de los vehículos participantes | <input type="checkbox"/> Cotización de Repuestos |
| <input type="checkbox"/> Certificación de Denuncia / Parte de Tránsito Original | |



DEL TERCERO AFECTADO / RESPONSABLE	Nombre del Propietario: _____ Teléfono: _____
	Dirección: _____
	Nombre del Conductor: _____
	Dirección: _____
	Teléfono: _____ Celular: _____ e-mail: _____
	Marca: _____ Modelo: _____ Tipo: _____
	Serie N°: _____ Color: _____ Placa: _____
Descripción de los daños: _____	

DE LOS LESIONADOS	Nombre: _____ Edad: _____ Identidad N°: _____
	Dirección: _____
	¿Qué relación tiene con el Asegurado?: _____
	Clase de Lesión: <input type="checkbox"/> en Automóvil Asegurado <input type="checkbox"/> en otro Automóvil <input type="checkbox"/> Peatón Lesiones sufridas: _____
	Nombre: _____ Edad: _____ Identidad N°: _____
	Dirección: _____
	¿Qué relación tiene con el Asegurado?: _____
	Clase de Lesión: <input type="checkbox"/> en Automóvil Asegurado <input type="checkbox"/> en otro Automóvil <input type="checkbox"/> Peatón Lesiones sufridas: _____
	Nombre: _____ Edad: _____ Identidad N°: _____
Dirección: _____	
¿Qué relación tiene con el Asegurado?: _____	
Clase de Lesión: <input type="checkbox"/> en Automóvil Asegurado <input type="checkbox"/> en otro Automóvil <input type="checkbox"/> Peatón Lesiones sufridas: _____	
Hospital donde fueron atendidos: _____	

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 Crefisa, S.A. para que 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 sea o considere necesaria y estoy de acuerdo que la misma permanezca como propia de Seguros Crefisa, S.A. Cualquier omisión o declaración incompleta o incorrecta puede ser causa de que una reclamación válida sea rechazada y la póliza cancelada.

Lugar y fecha de Notificación: _____

Firma del Conductor

Firma y Sello del Asegurado