

I. DATOS GENERALESSiniestro No.: Nombre del reclamante:
Identidad No.: Licencia No.: Vencimiento: Teléfono:
Dirección: **II. GENERALES DEL AUTOMÓVIL**Marca: Tipo: Auto modelo:
Serie: Motor: Placa:
Color: Kilometraje: Uso:
Asegurado: Si No Nombre de la Compañía: **III. DATOS DEL CONDUCTOR**Nombre completo: Identidad No.:
Estado Civil: S C D V Sexo: F M Edad:
Licencia No.: Tipo: L P Vigencia:
Dirección: **IV. DATOS DEL SINIESTRO**Lugar del siniestro:
Fecha del siniestro: Hora Día Mes Año Fecha del aviso: Hora Día Mes Año
Ubicación del automóvil:
Denuncia No.: Fecha de citación: Hora Día Mes Año

Declaración del conductor, como sucedió el accidente y que causas lo provocaron:

Daños que presenta el automóvil:

V. LESIONES PERSONALES

Nombre y apellido del lesionado	Identidad No.	Edad	Sexo	Lesiones que presenta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Por este medio autorizo a SEGUROS BOLÉVAR 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 TERCERO

DATOS DEL ASEGURADO

I. DATOS GENERALES

Nombre del asegurado:

Identidad No. Póliza No. Certificado No.

II. GENERALES DEL AUTOMÓVIL

Marca: Año Modelo: Placa: Color:

III. DATOS DEL CONDUCTOR

Nombre completo: Identidad No.:

Estado Civil: S C D V Sexo: F M Edad:

Tipo: L P Vigencia:

Dirección: Teléfono:

IV. PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Causa del siniestro: Efecto:

Tipo de causa: Estatus del proceso:

Lugar y fecha:

Firma del Reclamante

Firma del Conductor