

RECLAMO DE AUTOMOVILES - AVISO OFICIAL DE ACCIDENTES

Póliza No.: _____

Reclamo No. _____

1. DATOS DEL ASEGURADO (ó REPRESENTANTE LEGAL, si el asegurado fuere persona jurídica)

Nombre Completo del Asegurado o Representante Legal				
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Apellido Casada
Tarjeta Identidad <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Carnet Residente <input type="checkbox"/>	Número de Identificación	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Ocupación u Oficio Actual		Negocio o Lugar de Trabajo		
Cargo/Posición que Desempeña		Teléfonos Oficina	Correo Electrónico Oficina	
Dirección Completa de su Trabajo				
Dirección Completa de su Residencia				
Celular	Teléfonos Residencia		Correo Electrónico Propio	
PERSONA QUE GESTIONARA EL RECLAMO				
Nombre Completo de la Persona que Gestionará el Reclamo				
Tarjeta Identidad <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Carnet Residente <input type="checkbox"/>	Número de Identificación	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Celular	Teléfono Fijo	Fax	Correo electrónico	
DATOS DEL CONDUCTOR				
Nombre Completo del Conductor				
Tarjeta Identidad <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Carnet Residente <input type="checkbox"/>	Número de Identificación	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Edad	Fecha Nacimiento	No.Licencia	Clase Licencia	
	Día Mes Año		Liviana <input type="checkbox"/> Pesada <input type="checkbox"/> Otra _____	
Dirección Completa de su Trabajo				
Dirección Completa de su Residencia				
Celular	Teléfono Fijo	Fax	Correo electrónico	

2. DATOS DE LA PERSONA JURIDICA (si el asegurado fuere persona jurídica)

Nombre Completo de la Persona Jurídica				
Giro o Actividad Económica				
Nombre Comercial				RTN
Dirección Completa				
Apdo. Postal	Teléfonos	Fax	Correo electrónico	

3. DAÑOS DEL AUTOMOVIL ASEGURADO

Marca de Fábrica	Año	Modelo	Tipo	
Capacidad Personas ó Toneladas	Placa No.	Motor de:	No.Cilindros	Color
		Diesel <input type="checkbox"/> Gasolina <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		
Serie	Motor		Recorrido (Kms./Mi.)	

4. DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha	Hora	Barrio o Colonia		
Ciudad		Departamento		
Dirección y Lugar exacto de ocurrencia				
Actividad específica que desempeñaba el vehículo al momento del accidente			Llamó a Asistencia Vial? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tuvo Conocimiento la Policía? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Si no dio parte a alguna autoridad, explique por qué _____	Comisaría o Juzgado que conoce del caso _____
Describa el accidente y las causas que lo provocaron: _____ _____ _____ _____	

5. DAÑOS Y UBICACIÓN DEL AUTOMÓVIL ASEGURADO

Dirección donde está el Automóvil asegurado _____	Puede rodar el Automóvil? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Daños del Automóvil asegurado _____	

6. RESPONSABILIDAD CIVIL AUTOMÓVIL DAÑADO

Nombre del Propietario y/o Conductor _____				Relación con el Asegurado _____	
Dirección Completa del Propietario y/o Conductor _____				Teléfonos _____	
Placa No. _____	Marca de Fábrica _____	Modelo _____	Tipo _____	Color _____	
Daños del Automóvil perjudicado _____					

PROPIEDAD DAÑADA

Nombre del Propietario _____	
Dirección Completa de la Propiedad Dañada _____	Teléfonos _____
Descripción de la propiedad dañada _____	

LESIONADOS

Hubo Personas Lesionadas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Centro Hospitalario donde fueron atendidos _____	No. Fallecidos _____	No. Heridos _____		
No.	Nombre Completo y Dirección	Identidad No.	Origen de Lesión	Relación con Asegurado	Lesiones
	Dirección: _____	Edad: _____	<input type="checkbox"/> Del Automóvil Propio <input type="checkbox"/> Del Otro Automóvil <input type="checkbox"/> Peatón		
	Dirección: _____	Edad: _____	<input type="checkbox"/> Del Automóvil Propio <input type="checkbox"/> Del Otro Automóvil <input type="checkbox"/> Peatón		
	Dirección: _____	Edad: _____	<input type="checkbox"/> Del Automóvil Propio <input type="checkbox"/> Del Otro Automóvil <input type="checkbox"/> Peatón		

OTROS BIENES DAÑADOS Y/O PERSONAS LESIONADAS

Describa _____ _____ _____

Estoy (estamos) entendido(s) que la decisión de Seguros Lafise Honduras me será comunicada después del análisis del reclamo. Asimismo, declaro que los detalles descritos y documentos presentados se ajustan a la verdad y son correctos y que cualquier declaración falsa o inexacta anula esta reclamación y la póliza afectada. Además, autorizamos a todos los médicos, centros hospitalarios y cualquier otra persona, institución o empresa que prestó algún servicio médico o de auxilio para que suministre a Seguros Lafise Honduras todos los informes que requiera, incluyendo copias de documentos, relevándolos de cualquier prohibición que exista sobre revelación de datos de los registros médicos o sobre el auxilio prestado.

Dado en la Ciudad de _____ el día _____ del mes de _____ del año _____	
Firma del Conductor _____	Firma del Asegurado o Representante Legal _____

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Licencia del conductor | <input type="checkbox"/> Presupuesto de reparación |
| <input type="checkbox"/> Boleta de circulación de los Automóviles participantes | <input type="checkbox"/> Cotización de repuestos |
| <input type="checkbox"/> Parte de tránsito con su fallo | <input type="checkbox"/> Autorización del asegurado para atender reclamo por Riesgo "C" |