

RECLAMO DE AUTOMOVILES - AVISO OFICIAL DE ACCIDENTES

Póliza No.: _____

Reclamo No. _____

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

| | | | | |
|---|------------------------------------|---|---|--|
| Nombre Completo del Asegurado o Representante Legal | | | | |
| Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Apellido Casada |
| Tarjeta Identidad | Pasaporte | Carnet Residente | 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. DATOS DEL AUTOMOVIL ASEGURADO

| | | | | |
|--------------------------------|-----------|--|----------------------|-------|
| Marca de Fábrica | Año | Modelo | Tipo | |
| Capacidad Personas ó Toneladas | Placa No. | Motor de: Diesel <input type="checkbox"/> Gasolina <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> | No.Cilindros | Color |
| 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 | | | Llamo 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 conose del caso _____ |
| Describe 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

| |
|----------------------------------|
| Describe _____ _____ _____ |
|----------------------------------|

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 Automoviles 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" |