



No. Póliza:	No. Expediente:	Vigencia:
-------------	-----------------	-----------

**I. DATOS GENERALES**

Nombre del asegurado:				No. Identidad:			
Ocupación:							
Dirección:				Teléfono:		Correo Electronico.:	
Nombre del conductor:				No. Identidad:			
Ocupación:							
Dirección:				Teléfono:		Correo Electronico.:	
Fecha de nacimiento:		día	mes	año	Edad:		Licencia No.:
Fecha de expedición:		día	mes	año	Lugar de trabajo:		

**II. DATOS DEL AUTOMÓVIL ASEGURADO**

Marca:		Modelo:			No. Motor:		
Serie de chasis:				Placa No.:		Color:	
Uso del automóvil:			Kilometraje:		Acreedor Prendario:		
Ubicación del Automóvil:							

**III. DECLARACIÓN DEL ACCIDENTE**

Fecha:	día	mes	año	Hora:		Ciudad:		Depto:	
Lugar exacto del accidente:						Otras señas:			
¿Quién autorizó el uso del automóvil asegurado?:									
Autoridad que hizo el reporte:									
Declaración del conductor: Cómo sucedió el accidente y las causas que lo provocaron: _____									
¿Estaba ingerido usted de bebidas alcohólicas al momento del accidente?:									
Daños sufridos por el automóvil asegurado: _____									

**IV. DATOS DE LOS TERCEROS RESPONSABLES O CULPABLES DEL ACCIDENTE**

Nombre del Propietario:				Teléfono:			
Dirección:							
Nombre del Conductor:				Teléfono:			
Dirección:							
Placa No.:		Marca:			Color:		
Dirección Comercial:							

### V. DESCRIPCIÓN DE OTRO AUTOMÓVIL O DAÑOS A LA PROPIEDAD DE TERCEROS

Nombre del Propietario:		Teléfono:
Dirección:		
Nombre del Conductor:		Teléfono:
Dirección:		
Placa No.:	Marca:	Color:
Descripción de los daños:		

### VI. DATOS DE PERSONAS LESIONADAS

Nombre:	Edad	Identidad No.	<b>CLASE DE LESIÓN</b>	<b>LESIONES</b>
Dirección:	Relación Asegurado:		<input type="checkbox"/> Automóvil Propio	
			<input type="checkbox"/> Otro Automóvil	
			<input type="checkbox"/> Peatón	
Nombre:	Edad	Identidad No.	<b>CLASE DE LESIÓN</b>	<b>LESIONES</b>
Dirección:	Relación Asegurado:		<input type="checkbox"/> Automóvil Propio	
			<input type="checkbox"/> Otro Automóvil	
			<input type="checkbox"/> Peatón	
Nombre:	Edad	Identidad No.	<b>CLASE DE LESIÓN</b>	<b>LESIONES</b>
Dirección:	Relación Asegurado:		<input type="checkbox"/> Automóvil Propio	
			<input type="checkbox"/> Otro Automóvil	
			<input type="checkbox"/> Peatón	
Hospital donde fueron atendidos:			Número de Heridos:	Número de Muertos:

### VII. INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL SINIESTRO

Por este medio autorizo a SEGUROS BOLÍVAR 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 ASEGURADO**

Certificamos haber contestado sinceramente a las preguntas antes citadas y no haber ocultado nada y que los documentos presentados son auténticos, según mi leal entender. Asimismo **autorizamos** a todos los médicos, centros hospitalarios y cualquier otra persona, institución o empresa que prestó algún servicio médico **para que suministre a la Compañía** de seguros todos los informes que requiere incluyendo copias de los documentos, relevándolos de cualquier prohibición que exista sobre revelación de datos de los registros médicos.

Lugar y fecha de notificación:	
_____	_____
<b>FIRMA DEL ASEGURADO</b>	<b>FIRMA DEL CONDUCTOR</b>

**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 circulación de vehículos participantes (A-C). | <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". |
| <input type="checkbox"/> Carta de reclamo de la empresa asegurada.            |  |