

RECLAMO DE AUTOMOVILES - AVISO OFICIAL DE ACCIDENTES

| Póliza No.: | ACTOURAGE (| J | | Reclamo N | | | |
|---------------------------------|--|--|---|--|--|--|--|
| | | | ANTE LEGAL, si e | l asegurado fuere perso | na jurídica) | | |
| lombre Completo del | Asegurado o Representanto | e Legal | | so, paga nyunga a ja | | | |
| Primer Nombre | Segundo I | Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido | Apellido Casada | | |
| Tarjeta Identidad | Pasaporte Carn | et Residente | Número de Identificació | ón | Sexo M F | | |
| cupación u Oficio Ac | tual | | Negocio o I | Lugar de Trabajo | | | |
| argo/Posición que Do | esempeña | Tel | éfonos Oficina | Correo Electrónico Oficina | | | |
| irección Completa de | e su Trabajo | ASSESSED TO A STATE OF THE STAT | A Serie Conductor only on Break | | | | |
| rección Completa de | e su Residencia | | | | | | |
| elular | Teléfonos Resid | encia | Correo Electrónico Prop | io . | J. S. J. T. S. | | |
| ERSONA QUE | GESTIONARA EL R | ECLAMO | | | \$ | | |
| | la Persona que Gestionará e | | | | The state of the s | | |
| Tarjeta Identidad | Pasaporte Carn | et Residente | Número de Identificacio | ón | Sexo M F | | |
| elular | Teléfono Fijo | Fax | Corre | o electrónico | 0.04 1980 Gagastus | | |
| ATOS DEL CO | NDUCTOR | | | | -2131 MRAT (1935 177 | | |
| ombre Completo del | | | | grenin | personal a samegae in co | | |
| Tarjeta Identidad | Pasaporte Carn | et Residente | Número de Identificació | ón | Sexo M F | | |
| lad | Fecha Nacimiento | | icencia Clase Licencia | | | | |
| | Día Mes | Año | | Liviana Pesada | Otra | | |
| irección Completa de | | No Falls | dotos | пста иман тарпен анана цеой бие | | | |
| irección Completa de | su Residencia | eion Pa | e.l. et rapho | on I Murdaet No. | Land with the case of the case | | |
| elular | Teléfono Fijo | Fax | J.Correc | o electrónico | | | |
| | · | Vanozak | nòtriag 1 | heb3 | an Viller - | | |
| Ombre Completo de | A PERSONA JURIDI la Persona Jurídica | CA (si el aseg | urado fuere persor | na jurídica) | × | | |
| iro o Actividad Econo | | S when column is | HO led [] | :beled: | Per (17/26) \$4 1 \ \ \ \ \ | | |
| IFO O ACUVIDAD ECONO | omica | | | | | | |
| lombre Comercial | | 10 to [1] | RTN . | | | | |
| irección Completa | | | | English of the Control of the Control | | | |
| pdo. Postal | Teléfonos | Fax | Correo electrónico | ALLEGES STATES OF SERVICE | | | |
| DAÑOS DEL A | UTOMOVIL ASEGUR | ADO | | | | | |
| arca de Fábrica | | Año | Modelo | Tipo | | | |
| apacidad ersonas ó Toneladas | Placa No. | Motor | de: (1. A. J. J. A. | No.Cilindros Co | olor | | |
| aved plants his plants | cuSint Carp e nugle sizes Succle a su niver et saud | Diesel | ent palmos obnovejsol inte | Otro | unem muse mediantism millionisticus y u milwebrid (1800), umuse ili, mai olee usena liigi ump adi ilm ooti millionisticus | | |
| erie | Company Colonial Analysis and Analysis and Colonial Analysis and C | of Department of the Section 1995 of the | Motor | abstrace, altique la partie d'acelater can | Recorrido (Kms./Mi.) | | |
| DATOS DEL A | CCIDENTE | | cic zem løb si | o ie | ets trobusti sis se res | | |
| echa | https://en | Hora | Barrio o Col | onia | | | |
| iudad | | | Departamento | | eri Walbi asmunu e i e i e | | |
| Pirección y Lugar exa | cto de ocurrencia | Call Charles Co. | CHIER IN SUBSCENIE, OF | | Parties of Agent Parties | | |
| ctividad específica q | ue desempeñaba el vehículo | al momento del acc | idente | Llamó a Asistencia Vial? | Tuvo <u>Co</u> nocimiento l <u>a P</u> olicía? | | |
| | 77 - Add 8 | o oneberretonic | iso whe luggest top nothing | Sí No | Sí No | | |

| Si no dio parte a alguna autoridad, explique por qué | | | | | Comband of | izgado que conoce | ac. cu30 | |
|---|---|---|------------------------------------|----------------|--|--|---------------------------------|--|
| Describa el accid | lente y las ca | usas que lo provocaron | | | | | Tall Page | |
| | | | | | | PARAME | | |
| | I NO NEKIL H NI | · -g -sp -sep -sep | | | | , 1 | - Manual I | y as managed a supplemental sup |
| - 11 | | | | | | The second second | | Note that the second second second second |
| ************************************** | | CARCELLED SANCE | | | | | | era 250 Postan |
| I. DAÑOS Y L Dirección donde es | | ON DEL AUTOMÓ | VIL ASEGUR | ADO | | | | |
| mección donde es | sta el Automov | ni asegurado | | | | | | Puede rodar el Automóvi Sí No |
| Daños del Automó | vil asegurado | A 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 | | | at cremoni j | The state of the s | | |
| and act rideomo | vii useguruuo | | | | The state of the s | | | 50 1 0 000 000 000 000 000 000 000 000 0 |
| | | | | | | | | |
| . RESPONSA | ABILIDAD | CIVIL AUTOMÓ | VIL DAÑADO | | | | | |
| lombre del Propie | | | | | • | | Relación c | on el Asegurado |
| Pirección Completa | a del Propieta | ario y/o Conductor | | | | A STATE OF THE REAL PROPERTY O | Teléfonos | |
| | | | | | | TT: | | lou |
| Placa No. | | Marca de Fábrica | N | Modelo | | Tipo | | Color |
| Daños del Automóv | vil periudicado | | | De Maria | | GWALLER I | 1 111/14/10 | TERR JULY AROSE |
| | perjudicado | , | | | | 318-801-3-01-3-16-16-16-16-16-16-16-16-16-16-16-16-16- | Tale of a submit | |
| - 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 | | | | | | Anapaud fames | I have | |
| ROPIEDAD | DAÑADA | | 20/06-09/5 | | | | OIF oncis | IOT IS |
| ombre del Propie | | | | | | | | |
| irección Completa | a do la Propie | odad Dagada | | | | | Teléfonos | <u>podedo Jao eco.</u> |
| irection complete | a de la Fropie | uau Danaua | | | | | releionos | |
| escripción de la _l | propiedad da | ñada | | | sja ereva (k.) | u intiga enecă | [] Hissa | n Ergerber im |
| | | TO ACCOUNT OF THE PARTY OF THE | 82.5840 | | 20 (b3/3,01) | and the second resident of them. | 231-312012-1 | |
| LESIONADO | S | | | | | 1:07 | 2 5 0 d | E. 1 |
| Hubo Personas Le | | Centro Hospitalario | donde fueron ate | ndidos | | No. Fallecidos | raje. | No. Heridos |
| | Completo y D | irección | Identidad No. | | Origen de Lesión | Relación | con Asegurac | lo Lesiones |
| and Georgeon and Long St. | | | | | Del Automóvil P | ropio | 5-76-87-190 | |
| Dirección: | | | Edad: | | Del Otro Autom | óvil | | P of |
| , al 175, 198 | | | | | Peatón | | | The Park of the Control |
| | | | - 100 K to 400 to 1 | | Del Automóvil P | | | |
| Dirección: | | | Edad: | | Del Otro Autom Peatón | OVII | | |
| | | | | | Del Automóvil P | ropio | | |
| Dirección: | | | Edad: | | Del Otro Autom | | | \$ 1 Je 1 |
| Direction. | | | Ludu. | | Peatón | | - " persy | 0128000 k* 6 |
| TROS BIEN | IES DAÑA | DOS Y/O PERSO | NAS LESION | ADAS | | | | |
| escriba | | | : 5 | Lleedan | | 1 | | |
| 56 - 1 | - | | The state of the same | Late year | | | | |
| | e | | | | | | | |
| | | | | | i i | | | |
| | s) entendido(cumentos pre | sentados se ajustan a la | verdad y son corr | ectos y que c | ualquier declaración fa | alsa o inexacta anu | la esta reclan | o, declaro que los detalles nación y la póliza afectada. |
| descritos y doc | | os los médicos, centros ifise Honduras todos los | informes que requ | iera, incluyen | ersona, institución o e do copias de documer | mpresa que prestó ntos, relevándolos o | algún servici de cualquier p | o médico o de auxilio para rohibición que exista sobre |
| descritos y doc Además, autor | izamos a tod | | e el auxilio prestad | 0. | until di | | | |
| descritos y doc Además, autor que suministre | izamos a tod a Seguros La | egistros médicos o sobr | | | lel mes de | The state of the s | del año | |
| descritos y doc Además, autor que suministre revelación de c | izamos a tod a Seguros La datos de los r | egistros médicos o sobr | el c | lía n | | | | |
| descritos y doc Además, autor que suministre revelación de c | izamos a todo a Seguros La datos de los r d de | | el c | | irma del Asegurado o | Representante Leg | | |
| descritos y doc Además, autori que suministre revelación de c Dado en la Ciudad | izamos a todo a Seguros La datos de los r d de | egistros médicos o sobr | el c | | | Representante Leg | | |
| descritos y doc Además, autori que suministre revelación de c | izamos a todo a Seguros La datos de los r d de | egistros médicos o sobr | el c | | | Representante Leg | | |
| descritos y doc Además, autor que suministre revelación de c Dado en la Ciudac Firma del Conduc Como requisito | izamos a tode a Seguros Le datos de los r d de ttor | egistros médicos o sobr | ámite de su recla | mo, present | irma del Asegurado o | | | |
| descritos y doc Además, autor que suministre revelación de c Dado en la Ciudac Firma del Conduc Como requisito Licencia del con | izamos a tode a Seguros Le datos de los r d de ttor indispensal nductor | egistros médicos o sobr | ámite de su recla □ Pres | Fi | irma del Asegurado o te los siguientes do eparación | | | |