



San Pedro Sula, Cortés.
Tel. 2540-0016
Edificio Continental 3ra. Avenida S.O.
www.segcon.hn
Tegucigalpa, M.D.C.
Tel. 2239-9446

FORMULARIO DE RECLAMACION DE AUTOMOVIL

Póliza N°: _____
Deducible: _____

Datos del Asegurado

Nombre del asegurado: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ Celular: _____
N° de Cedula o RTN: _____
Correo Electrónico: _____

Datos del Conductor

Nombre del conductor: _____
Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____ Celular: _____
Correo Electrónico: _____
Licencia N°: _____ Vencimiento: _____ Tipo: Liviana
 Pesada
 Internacional

Datos del Vehículo Asegurado

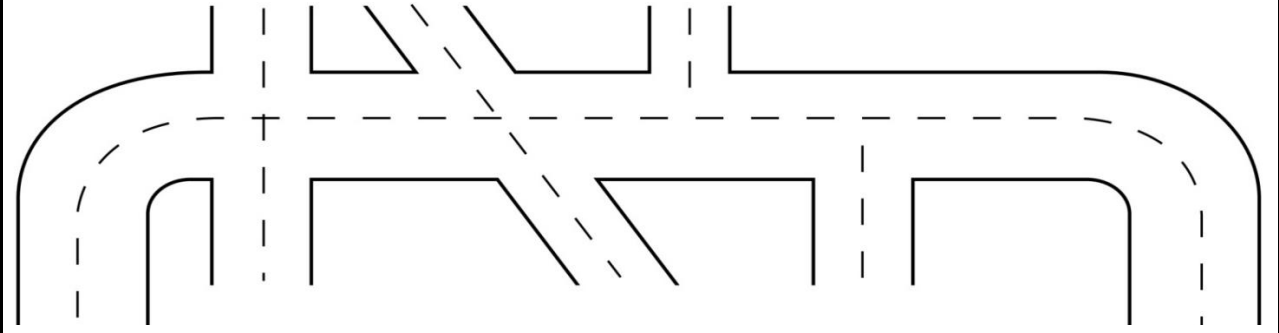
Marca: _____ Modelo: _____ Tipo: _____
Año: _____ Color: _____ Placa: _____ Ocupantes: _____
N° de Motor: _____ N° de Serie: _____
Uso del Vehículo: Particular Comercial y/o carga Transporte Público
 Otro Especifique: _____

Datos del Siniestro

Fecha del Siniestro: _____ Hora: _____ ¿Utilizó el servicio de Asistencia Vial y/o Legal? _____
Lugar del Siniestro: _____
Descripción del accidente por el conductor del vehículo asegurado (describa claramente el siniestro).

Datos del Siniestro (Cont.)

Complete el siguiente Diagrama, mostrando la dirección y las posiciones de los Automóviles implicados.



El Vehículo Asegurado circulaba: Norte a Sur Sur a Norte Este a Oeste Oeste a Este
 El Vehículo del Tercero circulaba: Norte a Sur Sur a Norte Este a Oeste Oeste a Este
 ¿Qué autoridad hizo reporte del accidente? _____ Usted se considera... Inocente Culpable
 Iba por su vía: _____ Condición de los frenos: _____ ¿A que velocidad se conducía (Km/h)? _____

Daños sufridos por el Vehículo Asegurado:

 Daños sufridos por los ocupantes del Vehículo Asegurado

Datos de la Contra Parte

Nombre del propietario: _____ Licencia N°: _____
 Dirección: _____ Correo Electrónico: _____ Tel: _____
 Nombre del conductor: _____ Licencia N°: _____
 Vehículo Marca: _____ Modelo: _____ Tipo: _____
 Año: _____ Color: _____ Placa: _____
 N° de Motor: _____ N° de Serie: _____
 Descripción de los daños: _____ ¿Hubo testigos?: Si No

Daños sufridos por personas lesionadas o atropelladas:

 ¿Cuál es la opinión del tercero?

San Pedro Sula, _____, de _____ del año 201_____

Firma del Asegurado

El Formulario de Reclamación deberá ser entregado a **SEGUROS CONTINENTAL, S.A.** dentro de un plazo **NO MAYOR DE CINCO (5) DIAS**, en caso de muerte de personas (terceros o pasajeros) el Aviso deberá ser dado o enviado lo mas pronto posible por Telefono, Fax, Correo Electrónico u otro medio disponible.