



**ASEGURADORA
HONDUREÑA
MUNDIAL**
GRUPO MUNDIAL
UN MUNDO DE SOLUCIONES

**ASEGURADORA HONDUREÑA MUNDIAL, S. A.
FORMULARIO DE RECLAMACIÓN**

Reclamo No. _____ Póliza _____
Riesgo _____
Deducible _____

Nombre del Asegurado: _____

Dirección actual para envío de Correspondencia _____

Teléfono: _____ Cel.: _____ E-mail: _____

Dirección en donde ocurrió el siniestro: _____

Fecha del accidente Hora

DATOS DEL VEHICULO ASEGURADO

Marca: _____ Tipo: _____ Motor No.: _____

Chasis No.: _____ N. de Placa: _____ Color: _____ Año: _____

Nombre de la Persona que conducía el vehículo en el momento de ocurrir el accidente: _____

Número de Identidad: _____ Fecha de Nacimiento: Licencia Tipo: L P I

Número de Licencia: _____ Fecha de Vencimiento: Teléfono: _____

Estado Civil: _____ Edad: _____ Profesión: _____

Dirección _____

Tuvo conocimiento alguna autoridad? Si No Que autoridad? _____

Por que no dió parte a una autoridad? _____

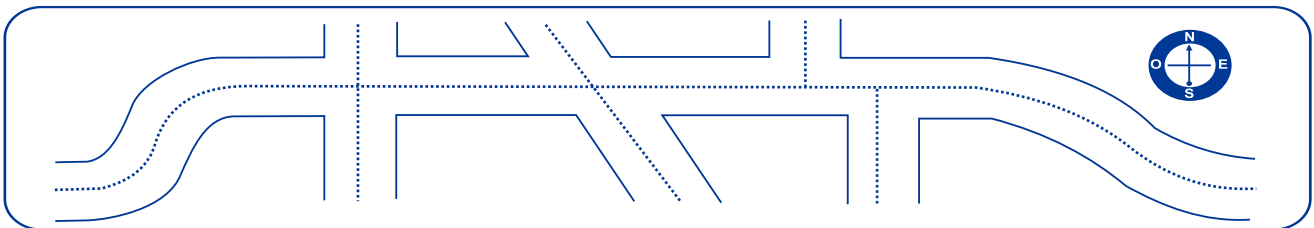
Qué relación o parentesco tiene con el asegurado? _____

A quién se atribuye la responsabilidad? _____

En dónde se encuentra el vehículo asegurado? _____

Si el vehículo fue detenido indique en dónde se encuentra y qué comisaría o juzgado conoce el caso: _____

Describa como ocurrió el accidente y utilice el dibujo que aparece a continuación para mostrar gráficamente la posición del vehículo que usted conducía y el (los) otro (s) vehículo (s) en caso de que hubiera (n), agregando todo lo que usted considere sea importante: _____



Descripción de los daños al vehículo asegurado _____

Datos de Testigos (si está disponible)

Nombres de Testigos	Dirección	Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Datos del Culpable

Nombre de la Persona que conducía el vehículo _____

Dirección _____ Teléfono _____

Edad Licencia Tipo: _____ Número: _____ Fecha de Vencimiento:

Marca del vehículo: _____ Modelo: _____

Motor No.: _____ Chasis No.: _____ No. de Placa: _____

Nombre del propietario del vehículo: _____

Dirección _____

Hay un compromiso de pago firmado? Si No

OBSERVACIONES _____

Datos de El (los) Tercero (s)

A. Daños a la propiedad Ajena:

Nombre del Propietario _____

Dirección _____ Teléfono _____

Edad Licencia Tipo: _____ Número: _____ Fecha de Vencimiento:

Marca del vehículo: _____ Modelo: _____

Motor No.: _____ Chasis No.: _____ No. de Placa: _____

En que lugar se encuentra el vehículo _____

Otro (especificar) _____

Descripción de los daños _____

B. Lesiones a Personas

Ocupantes(s) del vehículo asegurado No. Ocupantes(s) del vehículo (s) Tercero s. No. Atropellado(s) No.

Nombre de lesionado _____ Dirección _____ Teléfono _____

Tipo de lesiones _____

Si hubo hospitalización indique en que Hospital (es) _____

Protesto haber asentado fielmente todos los datos relativos al accidente y a mi reclamación y estar dispuesto a facilitar todos los informes que la "ASEGURADORA HONDUREÑA MUNDIAL, S. A." pudiera pedirme con respecto al siniestro o la indemnización. Hago constar que ninguno de los términos, condiciones y estipulaciones de la Póliza, ha sido violado por cualquier acto de mi parte, ni por acción de cualquier persona con mi consentimiento.

Me comprometo a no aceptar ninguna responsabilidad sin el consentimiento por escrito de la Compañía y a enviar inmediatamente a la "ASEGURADORA HONDUREÑA MUNDIAL, S. A." cualquier notificación o reclamación que reciba en relación con este siniestro.

_____ de _____ de 200 _____

Firma del Asegurado o su Representante Legal