

**I. DATOS GENERALES**

Nombre del Asegurado		Identidad No.		Ocupación
Dirección			Telefono	
Nombre del Conductor		Identidad No.		Ocupación
Dirección			Telefono	
Fecha de nacimiento	Edad	Licencia No.	Fecha de expedición	Lugar de trabajo

**II. DATOS DEL AUTOMOVIL ASEGURADO**

Marca	Modelo	Año	No. de Motor	
No. Boleta de revision	Serie de chasis	Kilometraje	Placa No.	Color
Uso del automovil				

**III. ASISTENCIA VIAL**

Hora de llamada	Hora atención llamada	Hora de llegada ajustador	Tiempo de espera al ajustador
-----------------	-----------------------	---------------------------	-------------------------------

**IV. DECLARACION DEL ACCIDENTE**

Fecha	Hora	Ciudad	Departamento
Lugar		Otra referencia	
Quien autorizo el uso del automovil Asegurado		Autoridad que hizo el reporte	
Declaración del conductor. Como sucedió el accidente y las causas que lo provocaron			
Daños sufridos por el automovil asegurado			

**V. DESCRIPCIÓN DE DAÑOS A VEHICULOS O A LA PROPIEDAD DE TERCEROS**

Nombre del propietario		Telefono
Dirección		
Nombre del conductor		Telefono
Dirección		
Marca	Placa No.	Color
Descripción de los daños		

**VI. DATOS DE PERSONAS LESIONADAS**

1	Nombre	Edad	No. de Identidad	Relación con el asegurado
Dirección				
Clase de lesionado en automovil Asegurado <input type="checkbox"/>		Lesiones		
en otro automovil <input type="checkbox"/>				
Peaton <input type="checkbox"/>				

2	Nombre	Edad	No. de Identidad	Relación con el asegurado
Dirección				
Clase de lesionado en automovil Asegurado <input type="checkbox"/>		Lesiones		
en otro automovil <input type="checkbox"/>				
Peaton <input type="checkbox"/>				

3	Nombre	Edad	No. de Identidad	Relación con el asegurado
Dirección				
Clase de lesionado en automovil Asegurado <input type="checkbox"/>		Lesiones		
en otro automovil <input type="checkbox"/>				
Peaton <input type="checkbox"/>				

Hospital donde fueron atendidos	No. de heridos	No. de muertos
---------------------------------	----------------	----------------

Declaramos que los datos contenidos en esta denuncia han sido revisados por nosotros y son una verdadera declaración de los hechos. Así mismo por este medio autorizo y faculto a Seguros del País, S.A. para que en cualquier tiempo pueda obtener información de todo médico, hospital, clínica privada o pública, Instituto Hondureño de Seguridad Social, laboratorios Médicos u otra fuente, incluyendo la central de Riesgos de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, cualquier información que juzgue necesaria y estoy de acuerdo que la misma permanezca como propia de Seguros del País S.A. Cualquier omisión o declaración incompleta o incorrecta puede ser causa de que una reclamación válida sea rechazada y la póliza cancelada.

Firma del Asegurado	Firma del Conductor
Lugar y fecha de notificación	