MAPFRE | HONDURAS

DECLARACION DE SINIESTRO DE AUTOMOTORES

Este formulario deberá presentarse dentro de los 5 días siguientes de la ocurrencia del siniestro.

Reclamo No. _____

Póliza No. _____

PARA EVITAR DEMORAS INNECESARIAS EN EL PROCESO DE RECLAMO, POR FAVOR CONTESTAR CADA PREGUNTA DETALLADAMENTE

DATOS

ASEGURA

Nombre y/o Razón Social del Asegurado: _____

Dirección: _____ Tels: _____

Cel: _____ E-mail: _____

DEL CONDUCTOR

Nombre de la persona que conducia: _____ E-mail: _____

Dirección: _____ Tel. No.: _____

Fecha de nacimiento: _____ No. de Identidad _____ Edad: _____ Licencia No. _____

Tipo de Licencia: L ☐ P ☐ I ☐ Emitida el _____ Vence el _____

Estado Civil: _____ ¿Quien le autorizó a conducir el vehículo asegurado? _____

_____ Profesión: _____

DEL EVENTO

Fecha del Evento: ☐☐☐☐☐☐ Hora: ☐☐☐☐☐☐

Lugar exacto del suceso: _____

Describa como ocurrió: _____

_____

_____

_____

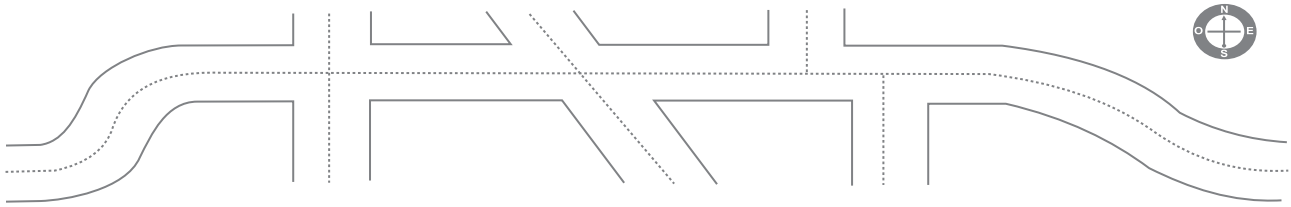
_____

Lugar al que se dirigía: _____ Velocidad: _____ K.P.H.

(Norte, Sur, Oriente, Poniente)

GRAFICO DEL

Indique en uno de estos dibujos el rumbo o poisición de su vehículo, así como del otro respecto al suyo en el momento del accidente.



VEHICULO

Declaración de siniestro ocurrido al vehículo automotor descrito a continuación:

MARCA	MODELO	CAPACIDAD	Nº DE MOTOR	
Nº DE CHASIS	**AÑO DE FABRICACION**	**COLOR**	**PLACA Nº**	**COMBUSTIBLE**

DAÑOS PROPIOS

Describa los daños sufridos por su vehículo en el accidente: _____

_____

_____

Nombre del Taller donde será llevado el vehículo: _____

Adjunte por separado:

- **Fotocopia de la revisión, licencias de los motoristas involucrados en el evento.**
- **El presupuesto de reparación de daños.**
- **Certificación de la denuncia/parte de tránsito ante las autoriades.**

D A T O S

DE AUTORIDADES

¿Se ha notificado el caso a las autoridades? SI ☐ NO ☐ Si su respuesta es negativa, favor describa el motivo: _____

¿Qué autoridad tomó parte del evento?: _____

¿Cuándo? _____

¿Qué compromiso se estableció por parte de la persona que resultó culpable del accidente? _____

DE PROPIEDAD

El vehículo es propiedad de: _____

¿Es empleado permanente? _____ ¿Parentesco del motorista con el asegurado? _____ Uso del vehículo: _____

Nombre y teléfono de quienes viajaban en el vehículo: _____

Nombre y teléfono de testigos del evento: _____

TERCEROS

No. de Placas _____ Marca _____ Color _____

Tipo _____ Propietario _____

¿Nombre conductor? _____

¿Dirección completa? _____ Cel _____ E-mail _____

¿Está asegurado? SI ☐ NO ☐ Nombre de la aseguradora _____

RESPONSABILIDAD CIVIL BIENES

Descripción de los daños materiales a vehículos: _____

Nombre del Taller donde será llevado el vehículo: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____

¿Daños materiales a otra clase de bienes? _____

¿Ubicación? _____

¿Propietario? _____ Teléfono: _____

RESPONSABILIDAD CIVIL

Nombre y dirección de personas que se conducían en el vehículo asegurado y que sufrieron lesiones corporales: _____

Descripción de las lesiones corporales causadas por el vehículo asegurado: _____

¿Están hospitalizados? SI ☐ NO ☐ ¿en qué lugar están? _____

(Nombre y Teléfono del Centro Hospitalario)

GASTOS

Nombre de los ocupantes del vehículo asegurado que resultaron lesionados y descripción de las lesiones: _____

¿Están hospitalizados? SI ☐ NO ☐ ¿en qué lugar están? _____

(Nombre y Teléfono del Centro Hospitalario)

FIRMAS RESPONSABLES

Protesto haber asentado fielmente todos los datos relativos al accidente y a mi reclamación y estar dispuesto a facilitar todos los informes que MAPFRE, 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 MAPFRE, cualquier notificación o reclamación que reciba en relación con este siniestro.

_____ de _____ del _____

_____ _____

1) Firma del asegurado y sello en caso de ser persona jurídica 2) Firma del conductor

Nombre del agente o corredor: _____

En caso de lesiones corporales deberá añadirse al formulario de gastos médicos, informe médico y originales de factura y/o recibos de gastos de Hospital, Farmacia y de los médicos que intervinieron en el caso.