



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 ROTURA DE CRISTALES

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: _____ Lugar del Siniestro _____
Descripción del accidente por el conductor del vehículo asegurado (describa claramente el siniestro).

Daños sufridos por el vehículo asegurado

- Vidrio Frontal Vidrio de puerta delantera derecha Vidrio Trasero derecho
 Vidrio Trasero Vidrio de puerta delantera Izquierda Vidrio Trasero Izquierdo
 Vidrio esquinero derecho Vidrio esquinero izquierdo

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.