



Compañía de Seguros, S.A.

Informe de Accidentes

Póliza N°

Dirección: El Centro, S.A. Rotonda El Periodista 400 mts. al Norte
PBX: (505) 2276-9000 • Fax: (505) 2276-9001 RUC: J0310000003831
www.assanet.com.ni • Apartado: MR-67 • Managua, Nicaragua

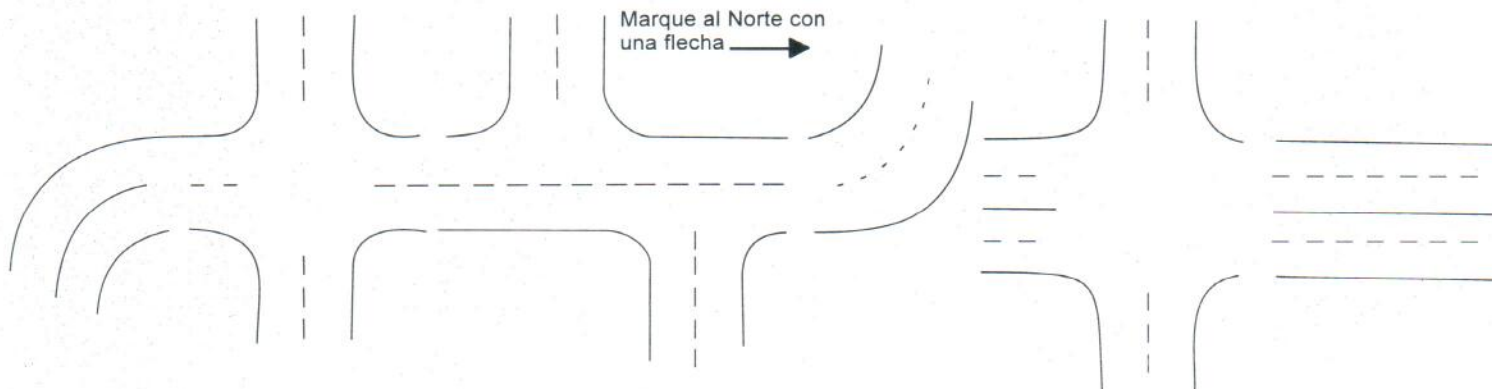
Taller Seleccionado

Vehículo Asegurado	Año	Marca	Modelo	Motor N°.	Chasis N°.	Color	Placa N°
Asegurado	Nombre					Fax	Teléfono Residencia
	Dirección						Oficina
Lugar y Fecha	Fecha de Accidente			Hora: a.m. p.m.	Lugar		
Automóvil Asegurado	Nombre del Conductor			Sexo	Cédula	Fecha de Nacimiento	Teléfono Residencia
	Correo Electrónico			Dirección del Conductor			Oficina
	Frecuencia de Uso: <input type="checkbox"/> Dentro de Oficina <input type="checkbox"/> Fuera de Oficina <input type="checkbox"/> Dentro y Fuera de Oficina			Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Otro			
	Especifique que daños y si es robo, adjunte la denuncia						
¿Realizó Inspección la Policía?			¿Se llamo a Metromóvil?		Fecha de la audiencia		Nº. de boleta
Daños a la Propiedad ajena (Terceros)	Dueño			Dirección			Teléfono
	Nombre del Conductor			Dirección			Teléfono
	Cédula o N°. de RUC			Daños (especifique)			
Año del Auto	Marca	Modelo	Motor N°	Chasis N°	Color	Placa N°	
¿Tiene Seguro?			Nombre de la Compañía y número de Póliza				
En caso de más de un afectado llene esta parte	Dueño			Dirección			Teléfono
	Nombre del Conductor			Dirección			Teléfono
	Cédula o N°. de RUC			Daños (especifique)			
	Año del Auto	Marca	Modelo	Motor N°	Chasis N°	Color	Placa N°
	¿Tiene Seguro?			Nombre de la Compañía y número de Póliza			

	Nombre	Dirección	Edad	Pasajero		Peatón	Heridas sufridas
				Carro aseg.	Otro carro		
Personas lesionadas							

Descripción detallada del accidente

Complete el siguiente diagrama mostrando la dirección y las posiciones de los automoviles, indicando claramente el punto de contacto



Declaro que a mi entender los detalles descritos, se ajustan a la verdad y son correctos. Cualquier declaración falsa en este formulario, facultará a la Compañía para considerar rescindida de pleno derecho mi Póliza.

Fecha: _____

Fecha: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Firma del Conductor

Firma del Asegurado

Nº. Cédula _____

Nº. Cédula _____