

DECLARACION DE ACCIDENTE

Nº PÓLIZA _____ Nº RECLAMO _____
 CONTRATANTE _____ Nº TRAMITE _____

DECLARANTE

1. Nombre _____
 2. Relación con el asegurado * _____
 * NOTA: En caso que el declarante no se a el asegurado indique qué relación tiene con el mismo

DATOS DEL ASEGURADO

3. Nombre del Asegurado _____
 4. Cédula de Identidad | Residencia _____ 5. Nº Pasaporte _____
 6. Teléfono _____ 7. Correo electrónico _____
 8. Domicilio _____
 9. Fecha de Ingreso al centro de trabajo | estudios | otro _____
 10. Nombre y Dirección del lugar de trabajo | estudios | otro _____

PARA PÓLIZAS COLECTIVAS

11. Nombre del responsable de RRHH _____
 12. Teléfono de contacto _____ 13. Correo electrónico _____

DESCRIPCION DEL ACCIDENTE

14. Lugar, Fecha y hora en que ocurrió el accidente _____
 15. ¿Se considera accidente laboral? SI ☐ NO ☐ ¿O accidente de trayecto? SI ☐ NO ☐
 16. Al momento de ocurrir el accidente que acción realizaba el asegurado _____
 17. ¿Si el accidente fue de tránsito, el asegurado conducía? SI ☐ NO ☐
 18. Nº de Licencia _____
 19. Tipo de vehículo que conducía _____

CAUSA DEL ACCIDENTE

Descuido o imprudencia del asegurado ()	Irrespeto senal de transito ()	
Descuido o imprudencia del peatón ()	Falla mecánica ()	
Descuido o imprudencia del conductor ()	Otros ()	
Descuido o imprudencia del pasajero ()	No. de vehículos siniestrados:	
CLASE DE ACCIDENTE Y ACCION DEL VEHICULO		
Colisión ()	Atropello ()	Doblando a la derecho ()
Hacia delante ()	Hacia atrás ()	Doblando a la izquierda ()
Estacionado ()	Se salió de la vía ()	Otro ()
Vuelco ()		
ACCION DEL PEATON (marque solo una casilla)		
Caminaba por la vía en dirección de tránsito ()	Cruzaba en intersección ()	
Caminaba por la vía en dirección del peatón ()	Cruzaba fuera de intersección ()	
Caminaba por la vía en dirección del conductor ()	Jugaba o estaba en la vía ()	
Descuido o imprudencia del pasajero ()		

20. Como ocurrió el accidente _____

21. Lesiones sufridas a consecuencia del accidente _____

22. ¿El Asegurado es zurdo? SI ☐ NO ☐

23. Si hay testigos del accidente, Indique Nombres y Domicilio de los mismos:

Nombre _____

Dirección _____

Nombre _____

Dirección _____

24. Nombre y Domicilio del Doctor (es) que atendieron al asegurado

Nombre _____

Domicilio _____

Nombre _____

Domicilio _____

25. Hospital, Clínica o Dispensario donde fue atendido (Indique fechas de atención)

Nombre _____

Fecha _____

Nombre _____

Fecha _____

26. ¿Intervino la policía con motivo del accidente? SI ☐ NO ☐

27. Indique el lugar y nombre de la estación de policía

Lugar _____

Nombre _____

28. ¿Tiene el asegurado póliza de accidentes personales con otra Compañía, en cual y por cuánto?

Nombre de la Compañía _____

Monto _____

Declaro que la información dada anteriormente está de acuerdo con la verdad y que no se ha omitido,
Ni ocultado ningún dato de importancia.

Fechado en _____ , _____

De _____

De _____

29. FIRMA _____

Asegurado y/o Declarante

NOTA: La solicitud de información y documentación por parte de MAPFRE | Seguros Nicaragua, S.A., no Significa que la Compañía reconoce los hechos en que eventualmente pueda fundamentarse el Reclamo a que ella se refiere.

La resolución definitiva de la Compañía se dará a conocer después de haber analizado la Documentación e información que se tenga del Reclamo, la cual se dará a conocer al Asegurado o su Representante en el menor tiempo posible.