

DESCRIPCION DEL ACCIDENTE

DATOS DE PERSONAS LESIONADAS

1. Nombre:	EDAD AÑOS	Relación con Asegurado	Clase de Pasajero (Indicar)	Lesiones
Dirección:			<input type="checkbox"/> Del Propio Vehículo <input type="checkbox"/> Del Otro Vehículo <input type="checkbox"/> Peatón	
1. Nombre:			<input type="checkbox"/> Del Propio Vehículo <input type="checkbox"/> Del Otro Vehículo <input type="checkbox"/> Peatón	
Dirección:			<input type="checkbox"/> Del Propio Vehículo <input type="checkbox"/> Del Otro Vehículo <input type="checkbox"/> Peatón	
1. Nombre:			<input type="checkbox"/> Del Propio Vehículo <input type="checkbox"/> Del Otro Vehículo <input type="checkbox"/> Peatón	
Dirección:			<input type="checkbox"/> Del Propio Vehículo <input type="checkbox"/> Del Otro Vehículo <input type="checkbox"/> Peatón	

Hospital donde fueron atendidos: _____

Nº de Muertos: _____ Nº de Heridos: _____

Tiene Pólizas de Accidentes? _____ Si es afirmativo, indique Nº, Compañía, Suma Asegurada y Coberturas _____

DAÑOS DEL VEHICULO ASEGURADO

Dirección en donde está el Vehículo Asegurado _____ Puede rodar? SI () NO ()

Descripción de los Daños del Vehículo Asegurado _____

DAÑOS A PROPIEDAD DE TERCEROS

Nombre del Propietario y/o Conductor: _____

Dirección: _____

Descripción del Vehículo: Marca _____ Modelo: _____ Tipo: _____ Color: _____ Placa: _____

Relación o parentesco con el Asegurado? _____

Descripción de los Daños del Vehículo del tercero: _____

Hago constar que al recibir la Compañía este Formulario no significa de manera alguna reconocimiento de los derechos que eventualmente ampara la Póliza de Automóviles, ni aceptación de hechos en que pueda fundarse mi reclamo y que la decisión de la Compañía será objeto de un mensaje específico, después del análisis del reclamo.

Asimismo, declaro que a mi entender, los detalles descritos se ajustan a la verdad y son correctos. Cualquier declaración falsa o inexacta en este formulario, anula esta reclamación y la Póliza afectada.

_____ de _____ de _____

Perjudicado

Asegurado

Conductor del Vehículo Asegurado

Declaro que las respuestas arriba mencionadas, son claras, completas y verdaderas hasta donde llegan mis conocimientos y estoy entendido que cualquier declaración falsa, será motivo suficiente para anular o cancelar el proceso de trámite del seguro. Así mismo, autorizo, a cualquier médico, hospital, clínica (epidemiológica, privada o pública), Compañía de Seguro u otra Institución o persona que tenga conocimiento o registro de mi persona o mi salud, para que pueda dar cualquier información escrita solicitada por MAPFRE Seguros Nicaragua, S.A., tanto durante mi vida como posterior a mi muerte, no teniendo aplicabilidad lo establecido en los incisos 5 y 10 del artículo 8 de la 423 (LEY GENERAL DE SALUD). También relevo del secreto profesional a los laboratorios, clínicas u hospitales, a fin que puedan dar la información que solicite MAPFRE SEGUROS NICARAGUA, S.A., con mis nombres, apellidos e historial clínico en el caso de padecer en vida o haber fallecido por alguna o algunas enfermedades transmisibles y que éstas a su vez, se encuentren amparadas bajo la Ley 238. Entiendo que la Compañía no asumirá ninguna responsabilidad, hasta que esta solicitud sea aprobada en documento escrito por un funcionario autorizado y que además, se reserva el derecho de solicitar todas las evidencias que considere pertinentes y de rechazar la solicitud.