

## DECLARACION DE ACCIDENTE

N° PÓLIZA _____	N° RECLAMO _____
CONTRATANTE _____	N° 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. N° 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. N° de Licencia \_\_\_\_\_

19. Tipo de vehículo que conducía \_\_\_\_\_

CAUSA DEL ACCIDENTE		
Descuido o imprudencia del asegurado ( )	Irrespeto señal de tránsito ( )	
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 ACCIÓN DEL VEHICULO		
Colisión ( )	Atropello ( )	Doblando a la derecha ( )
Hacia delante ( )	Hacia atrás ( )	Doblando a la izquierda ( )
Estacionado ( )	Se salió de la vía ( )	Otro ( )
Vuelco ( )		
ACCIÓN 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.