

**DETERMINACION DE PERDIDAS DE AUTOMOVILES
 AVISO OFICIAL DE ACCIDENTE**

Poliza No: _____ Inciso No: _____ Reclamo No: _____

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y/o Razón Social del Asegurado: _____
 _____ E-mail: _____
 Dirección: _____
 Gestionará el Reclamo el (la) Sr. (a) _____ No. Cédula _____
 Cargo _____ Telef.: _____ Fax: _____ Apdo. Postal: _____

DATOS DEL CONDUCTOR

Nombre del Conductor: _____ No. Cédula: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Estado Civil: _____
 Sexo: Masculino () Femenino () Licencia de Conducir No. _____ Tipo de Licencia: (O) (P) (E) (ME)
 Emitida el _____ Vencimiento: _____ Categorías (1) (2) (3) (4) (5)
 Cargo u oficio Actual: _____ (6) (7) (8)
 Nombre del Dueño del Vehículo: _____ No. Cédula: _____
 Ocupación: _____

DATOS DEL VEHICULO ASEGURADO

Marca: _____ Modelo: _____ Clase Vehículo: _____
 Tonelaje: _____ No Chasis: _____ No de Motor: _____
 Capacidad de Pasajeros: _____ Color: _____ No de Cilindros: _____
 Año: _____ Placa: _____ Combustible: _____ Uso: _____

LUGAR Y FECHA DEL ACCIDENTE

Fecha: _____ Hora: _____ Ciudad: _____ Departamento: _____
 Dirección exacta de ocurrencia: _____
 Actividad específica que desempeñaba el vehículo al momento del accidente (Uso) _____
 Denunció el Siniestro a la Autoridad? SI () NO () Si no lo hizo explique el motivo: _____

DESCRIPCION DEL LUGAR DEL ACCIDENTE

CONDICIONES DEL LUGAR DEL ACCIDENTE

| Clase de Camino | | Condición del Camino | | Característica Camino | | Tiempo | |
|-----------------|------------|----------------------|-----|-----------------------|-----------|------------------|------------|
| Concreto () | Tierra () | Seco () | () | Plano () | () | Claro () | Oscuro () |
| Asfalto () | Arena () | Mojado () | () | Cuesta Arriba () | () | Con Lluvia () | () |
| Macadán () | Otros () | Fangoso () | () | Cuesta Abajo () | () | Con Llovizna () | () |
| Adoquín () | | | | Recto () | Curvo () | Con Neblina () | () |

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 ACCION DEL VEHICULO

| | | | | | |
|--------------------|-----|------------------------|-----|-----------------------------|-----|
| Colisión () | () | Atropello () | () | Doblando a la Derecha () | () |
| Hacia Adelante () | () | Hacia Atrás () | () | Doblando a la Izquierda () | () |
| Estacionado () | () | Se salió de la Vía () | () | Otro () | () |
| Vuelco () | () | | | | |

**ACCION DEL PEATON
 (Marque sólo una Casilla)**

| | | | |
|--|-----|-----------------------------------|-----|
| Caminaba por la vía en dirección de Tránsito () | () | Cruzaba en intersección () | () |
| Caminaba por la vía en dirección contraria () | () | Cruzaba fuera de Intersección () | () |
| Subía a un vehículo () | () | Jugaba o estaba en la vía () | () |
| Otra (especificar) () | () | | |

A qué distancia divisó a la víctima

Usó los Frenos? SI () NO () Se atravesó de Improviso? SI () NO ()

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.