

**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 ( )
Asfalto ( )	Arena ( )	Mojado ( )	Cuesta Arriba ( )
Macadán ( )	Otros ( )	Fangoso ( )	Cuesta Abajo ( )
Adoquín ( )		Recto ( )	Curvo ( )
			Claro ( )
			Oscuro ( )
			Con Lluvia ( )
			Con Llovizna ( )
			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.