



Compañía de Seguros

Edificio Corporativo ASSA, Pista Jean Paul Genie, costado oeste.  
Edificio BID, MR-67 Managua, Nicaragua.  
Teléfono: (505) 2276-9000 | reclamospersonasni@assanet.com  
Web www.assanet.com.ni

## Reclamos de Accidentes Personales Declaración de Accidentes

El suscrito \_\_\_\_\_

del domicilio de \_\_\_\_\_

declaro que el(la) Sr.(a) \_\_\_\_\_ edad \_\_\_\_\_

del domicilio de: \_\_\_\_\_

asegurado con ASSA Compañía de Seguros, S.A., según la póliza de Accidentes Personales N° \_\_\_\_\_  
sufrió un accidente según los detalles que proporciono a continuación:

**Nota:** En caso de que el declarante no sea el asegurado, indique qué relación tiene con el mismo \_\_\_\_\_

1. Lugar, fecha y hora en que ocurrió el accidente: \_\_\_\_\_

2. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso al empleo: \_\_\_\_\_

3. Nombre y dirección del lugar de trabajo del asegurado: \_\_\_\_\_

4. Al momento de ocurrir el accidente, ¿qué acción realizaba el asegurado? \_\_\_\_\_

5. Si el accidente fue de tránsito, ¿el asegurado conducía? \_\_\_\_\_ Número de licencia: \_\_\_\_\_

Tipo de vehículo que conducía: \_\_\_\_\_

6. ¿Cómo ocurrió el accidente y naturaleza del mismo? \_\_\_\_\_

7. Lesiones sufridas a consecuencia del accidente: \_\_\_\_\_

8. ¿El asegurado es zurdo o derecho? \_\_\_\_\_

9. Si hay testigos del accidente, indique nombres y domicilios de los mismos: \_\_\_\_\_

10. Nombre y domicilio del doctor (es) que atendió(eron) al asegurado: \_\_\_\_\_

11. Hospital, clínica o dispensario donde fue atendido (indique fechas de atención): \_\_\_\_\_

12. ¿Intervino la policía con motivo del accidente?

 Sí No

indique el lugar y nombre de la estación de policía: \_\_\_\_\_

13. ¿Tiene el asegurado una póliza de accidentes personales con otra compañía? Si es así, ¿en cuál y por cuánto?

Declaro que la información dada anteriormente está de acuerdo con la verdad y que no se ha omitido, ni ocultado ningún dato de importancia. Comprometiéndome en caso de lesiones ocurridas por accidentes y/o actos violentos (accidente de tránsito, heridas por armas, etc.) a adjuntar el Dictamen de medicina legal (efectuado por el médico o forense).

Estoy entendiendo que por el hecho de proporcionar este formulario e investigar la declaración, ASSA Compañía de Seguros, S.A., no queda obligada a admitir ninguna reclamación ni a renunciar a los derechos que le corresponden de acuerdo con la póliza.

\_\_\_\_\_

Asegurado y Declarante

\_\_\_\_\_

Teléfono del Asegurado

\_\_\_\_\_

Fecha