

REPÚBLICA DE PANAMÁ
AUTORIDAD DEL TRANSITO Y TRANSPORTE TERRESTRE
FORMATO ÚNICO Y DEFINITIVO PARA ACCIDENTES DE TRANSITO MENOR
A. FECHA LUGAR Y CLASE DE ACCIDENTE

1. Fecha:/...../..... A) Hora: _____ A.M _____ P.M _____
día mes año

2. Lugar: a) Provincia: _____ B) Distrito _____ C Corregimiento _____
(Especifique)

d) accidente ocurrió: Centro Poblado: _____
(Nombre de la ciudad o pueblo)

e) Nombre de la calle, avenida, etc. _____

f) Sucedió: En Intersección Entre Intersección

3. Trayecto: a) Recta b) Curva d) En pendiente o en Cuesta

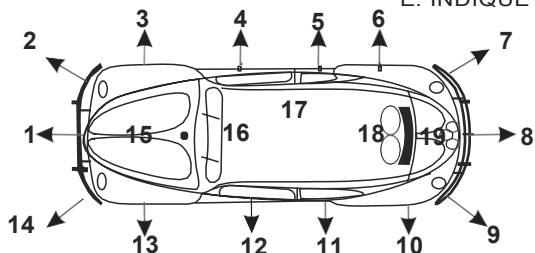
4. Superficie de la Vía a) Concreto b) Asfalto c) Tierra d) Otros _____
(Especifique)

5. Condiciones de la Vía a) Seca b) Humedad c) Buena d) Defectuosa

6. Clase de Accidente: a) Colisión Caída de objeto del vehículo Numero de vehículos en el accidente _____
e) Otros _____
(Especifique)

B. CONDUCTOR	B. CONDUCTOR
1. Nombre _____	1. Nombre _____
2. No. De Cédula _____ Tel.: _____	2. No. De Cédula _____ Tel.: _____
3. Sexo a) <input type="checkbox"/> F b) <input type="checkbox"/> M Edad _____	3. Sexo a) <input type="checkbox"/> F b) <input type="checkbox"/> M Edad _____
4. Nacionalidad _____	4. Nacionalidad _____
C. PROPIETARIO	C. PROPIETARIO
1. Propietario _____	1. Propietario _____
2. No. de Cédula _____	2. No. de Cédula _____
D. VEHÍCULO	D. VEHÍCULO
1. No. De Placa _____ Color _____	1. No. De Placa _____ Color _____
2. Marca _____ Tipo _____	2. Marca _____ Tipo _____
3. Cia. De Seguro _____	3. Cia. De Seguro _____
4. No. De Póliza _____ Año del Vehículo _____	4. No. De Póliza _____ Año del Vehículo _____

E. INDIQUE CON UNA X LOS DAÑOS DEL VEHÍCULO



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	12	13	14	15	16	17	18	19	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

EN ESTE CUADRO DIBUJE LA POSICIÓN FINAL DE LOS VEHÍCULOS

NARRE BREVEMENTE LO SUCEDIDO EN EL ACCIDENTE

<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>
---	---

El firmante: _____ de generales indicadas en el presente documento, declara bajo juramento que la información brindada y sus anexos es fiel a los hechos acontecidos, asumiendo las responsabilidades legales por toda falsedad u omisión.

La presente y sus anexos revisten carácter de declaración jurada y toda información engañosa y/o que oculte la real situación importando una simulación de los hechos o actos que se presenten para el resarcimiento de los daños ocasionados, será sancionado conforme al artículo 366 del Código Penal.

“La elaboración de este formato está basada en la ley No. 21 del 28 de Mayo de 2010, y su reglamentaciones que dicta medidas sobre accidentes de tránsito menores, en las vías públicas del País”

CONDUCTOR

CONDUCTOR

Se considera usted Responsable en este accidente?

Se considera usted Responsable en este accidente?

si No

si No

Firma: _____

Firma: _____

Cédula: _____

Cédula: _____

Inspector de la compañía de Seguro o Testigos.

Firma: _____ Cédula: _____

Firma: _____ Cédula: _____

“ De ser posible aportar fotografías o Videos de la escena”

Mediante este documento, autorizo de manera plena y expresa a ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. a verificar mis datos personales a través de consulta autorizada por la Autoridad de Tránsito y Transporte Terrestre de Panamá (ATTT) y SERTRACEN. Esta autorización se extiende a los ejecutivos de ASSA, permitiéndoles acceder a la información pertinente de los registros de ATTT y/o SERTRACEN.

Reconozco y acepto que libero de cualquier responsabilidad a ASSA Compañía de Seguros, S.A., incluyendo sus afiliadas, subsidiarias y representantes, por las implicaciones resultantes del uso de esta autorización.

Igualmente reconozco y acepto que no tengo lesiones resultantes del accidente de tránsito menor ocurrido el ____ de ____ de 202__ y autorizo a ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. a solicitar mi historial médico para validar no preexistencia de afectaciones médicas.

Nombre conductor(a) 1: _____

Nombre conductor(a) 1: _____

Cédula: _____

Cédula: _____

Firma: _____

Firma: _____