



Compañía de Seguros, S.A.

**Informe de Accidente**

PA-REC-F-003

Póliza No.	Reclamo No.	Taller Seleccionado
------------	-------------	---------------------

<b>Asegurado</b>	Nombre Completo			Cédula / RUC				
	Dirección Actual							
	Teléfono Residencia			Oficina		Celular	Fax	
	E-mail			Apartado Postal				
<b>Conductor al Momento del Accidente (No completar si es el Asegurado)</b>	Nombre del Conductor			Cédula		Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		
	Fecha de Nacimiento Día: /Mes: /Año:			Dirección del Conductor				
	Tel. Res.		Oficina		Celular		Fax	E-mail
	Año		Marca		Modelo		Placa	
<b>Vehículo Asegurado</b>	Motor No.		Chasis No.					
	Fecha de Accidente			Hora		Lugar		
<b>Detalle del Siniestro (si es robo adjunte la denuncia o ampliación)</b>	Indique los daños al Vehículo Asegurado							
	Reporte Político <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha de Audiencia			No. de Boleta		
<b>Daños a la Propiedad Ajena</b>	Dueño del Vehículo			Cédula/RUC				
	Dirección							
	Tel. Res.		Oficina		Celular		Fax	E-mail
	Nombre del Conductor			Cédula				
	Dirección del Conductor							
	Tel. Res.		Oficina		Celular		Fax	E-mail
	Año		Marca		Modelo		Placa	
	Indique los daños al Vehículo del Tercero							
	Tiene Seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Compañía de Seguros			No. de Póliza		
<b>En Caso de más de un Afectado</b>	Dueño del Vehículo			Cédula/RUC				
	Dirección							
	Tel. Res.		Oficina		Celular		Fax	E-mail
	Nombre del Conductor			Cédula				
	Dirección del Conductor							
	Tel. Res.		Oficina		Celular		Fax	E-mail
	Año		Marca		Modelo		Placa	
	Indique los daños al Vehículo del Tercero							
	Tiene Seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Compañía de Seguros			No. de Póliza		

Personas lesionadas	Nombre:				Edad:				
	Dirección:				Teléfono:				
	Heridas Sufridas:								
	Pasajero	Carro Asegurado	<input type="checkbox"/>	Otro Carro	<input type="checkbox"/>	Peatón	<input type="checkbox"/>		
	Nombre:				Edad:				
	Dirección:				Teléfono:				
	Heridas Sufridas:								
	Pasajero	Carro Asegurado	<input type="checkbox"/>	Otro Carro	<input type="checkbox"/>	Peatón	<input type="checkbox"/>		
	Nombre:				Edad:				
	Dirección:				Teléfono:				
	Heridas Sufridas:								
	Pasajero	Conductor	<input type="checkbox"/>	Carro Asegurado	<input type="checkbox"/>	Otro Carro	<input type="checkbox"/>	Peatón	<input type="checkbox"/>

**Descripción detallada del accidente**

---



---



---



---

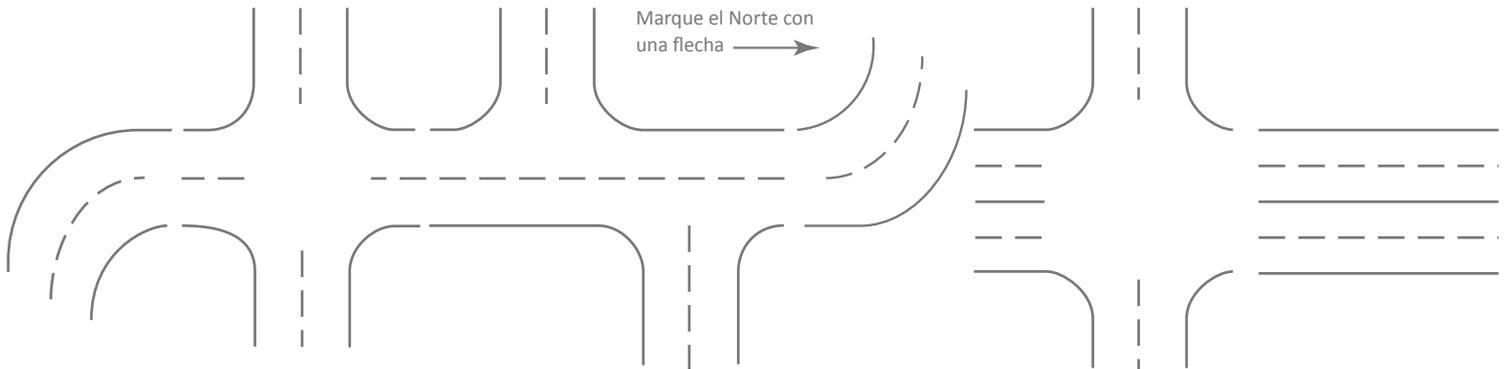


---



---

Complete el siguiente diagrama mostrando la dirección y las posiciones de los automoviles implicados, indicando claramente el punto de contacto



Declaro que a mi entender los detalles descritos, se ajustan a la verdad y son correctos. Cualquier declaración falsa en este formularios, facultará a la compañía para considerar rescindida del pleno derecho de mi Póliza.

Fecha: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

“Yo, como firmante, otorgo mi consentimiento a ASSA Compañía de Seguros, S.A., sus Filiales, Subsidiarias, Grupo Económico, Socios Comerciales, Canales de Comercialización, Reaseguradoras y Empresas de Seguros (“ASSA”) para que cuando sea necesario y requerido por ellas puedan acceder, usar, compartir, manejar, tratar y/o custodiar mis datos personales y sensibles, incluyendo pero sin limitarse a fotos o imágenes de mi documento de identidad cedula, pasaporte, carnet migratorio, licencia de conducir, credenciales y/o cualquier otro documento, dato, información para los propósitos y alcances específicos relacionados a temas de las actividades comerciales y servicios financieros, incluyendo los de seguros y reaseguros producto de la gestión, afiliación, cotización, negociación, suscripción, contratación, comercialización, reclamos, pagos por cualquier índole y/o devoluciones de primas o comisiones de las Pólizas de Seguros, por lo cual, acepto y reconozco que todos mis datos personales, sensibles, documentos, información y/o formularios están amparados por los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición y/o Portabilidad) y que pueden ser solicitados o ejercidos ante ASSA directamente en cualquier momento, en cumplimiento con la Ley de Seguros vigente junto a la Ley de Protección de Datos Personales y con su Reglamento vigente en la República de Panamá.”

\_\_\_\_\_  
Firma del conductor

\_\_\_\_\_  
Firma del asegurado