



# CIA. INTERNACIONAL DE SEGUROS, S.A.

Ave. Nicanor de Obarrio (Cl 50) Plaza Credicorp - Teléfono 206-4000 Fax: 210-1605  
Apartado 0833-0084 Plaza Credicorp. Panamá, R. de p.

## REPORTE DE ACCIDENTE DE AUTOMOVIL

R.A. \_\_\_\_\_

Nombre Asegurado: \_\_\_\_\_ No. de Póliza \_\_\_\_\_ Vigencia: \_\_\_\_\_

Nombre Conductor: \_\_\_\_\_ Céd.: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Corredor: \_\_\_\_\_

Tipo de licencia: \_\_\_\_\_

Fecha de siniestro: \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

No. Boleta: \_\_\_\_\_ Fecha de cita: \_\_\_\_\_ No. Agente T. \_\_\_\_\_

Narración de los Hechos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### GENERALES DEL VEHICULO ASEGURADO

Año \_\_\_\_\_

Marca \_\_\_\_\_

Modelo \_\_\_\_\_

No. de motor \_\_\_\_\_

Chasis o Vin \_\_\_\_\_

Color \_\_\_\_\_

No. de placa \_\_\_\_\_ /cupo \_\_\_\_\_

/comercial \_\_\_\_\_

### Descripción de daños

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Coberturas afectadas:

Comprensivo

Colisión

L/Corp.

Prop. Ajena

Gtos. Médicos

Robo

Incendio

Otros \_\_\_\_\_

Se recomienda Asistencia Legal? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### LESIONES Y DAÑOS A LA PROPIEDAD

Lesionados

Nombres Dirección ( 1 el.) Edad Pasajero de otro vehículo/peatón Leves o graves

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Daños Propiedad Ajena:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## DATOS PARA RECOBRO

Propietario del vehículo o bien _____	Tel.: _____
Conductor: _____	Céd. _____ Tel.: _____
Domicilio _____	Céd. _____
Acreeedor Hipotecario: _____	Cía de Seguros: _____
No. de Póliza _____	No. de Placa: _____ Modelo: _____, Año: _____
Color _____, Particular o Comercial	Seguro Social _____, Trabajo: _____

Aceptación de Responsabilidad

Yo \_\_\_\_\_, con Cédula # \_\_\_\_\_, conductor o propietario del Vehículo con placa No. \_\_\_\_\_, asumo y a la vez soy responsable del daño Causado al vehículo con placa # \_\_\_\_\_, de propiedad de \_\_\_\_\_

Detalle de daños: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Céd. FIRMA

### OBSERVACIONES DEL AJUSTADOR

Aliento alcohólico

Se solicitó prueba Sí \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Asistencia Legal Sí \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Autoridad Competente: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma Ajustador o Inspector: \_\_\_\_\_

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES FIDEDIGNA. CONVENGO QUE LA IS. QUEDA LIBERADA DE TODA RESPONSABILIDAD EN CUALQUIER CASO DE INFORMACION FALSA O DOLOSA.  
ME COMPROMETO A NO ACEPTAR RESPONSABILIDAD ALGUNA SIN EL PREVIO CONSENTIMIENTO DE LA IS. EXPRESADO POR ESCRITO. ME OBLIGO A PRESTAR TODA LA COLABORACION QUE DE MI SE REQUIERA E INFORMAR INMEDIATAMENTE A LA IS. DE CUALQUIER NOTIFICACION O RECLAMO QUE SURJA POR RAZON DEL SINIESTRO AQUI REPORTADO.  
QUEDA ENTENDIDO QUE LA IS. ATENDERA ESTE RECLAMO, SOLO SI LA POLIZA ESTA VIGENTE, Y CANCELADA INTEGRAMENTE LA PRIMA ANUAL.

Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Asegurado  
Ced.