

Calle 50 y 53  
Edificio Plaza 2000  
1° y 2° Piso

**EMPRESA GENERAL DE SEGUROS, S.A.**  
**INFORME DE ACCIDENTE DE AUTOMÓVIL**

Apartado 0816-01579 Panamá,  
Rep. de Panamá  
Teléfono 303-2222  
Fax 303-2223

**DATOS GENERALES DEL ASEGURADO**

Asegurado/Razón Social completa:		Cédula / Pasaporte	Póliza		
Dirección Residencial				E-mail:	
Teléfono Residencia	eléfono Celular	Teléfono Oficina	No. de Fax	Apartado Postal	Zona

**AUTO ASEGURADO**

Año	Marca	Modelo	Tipo	Placa
-----	-------	--------	------	-------

**DATOS DEL ACCIDENTE**

Fecha	Hora	<input type="checkbox"/> A.m. <input type="checkbox"/> P.m.	Lugar del accidente		
Conductor		Cédula	Edad	Tel. Res.	Tel. Ofic.
Relación con el Asegurado	Hubo Parte Policivo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha y lugar de audiencia	Se considera usted? <input type="checkbox"/> Inocente <input type="checkbox"/> Culpable		
Descripción de los daños al auto asegurado					

**INFORMACIÓN DE LA PARTE CONTRARIA**

Conductor			Cédula / Pasaporte		
Dueño				E-mail:	
Teléfono Residencia	Teléfono Celular	Teléfono Oficina	No. de Fax	Apartado Postal	Zona
Placa	Marca	Modelo	Auto asegurado en		
Especifique daños al auto de la parte contraria					

**PERSONAS LESIONADAS**

Nombre	<input type="checkbox"/> Auto Aseg.	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> peatón
	<input type="checkbox"/> Auto Aseg.	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> peatón
	<input type="checkbox"/> Auto Aseg.	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> peatón

**TESTIGOS**

Nombre	Dirección	Teléfono	E-mail:
--------	-----------	----------	---------

**DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE**
