

Cía. Internacional de Seguros, S.A.

Ave. Nicanor de Obarrio (CL. 30 Plaza Credicorp) - Teléfonos 206-4000 - 210-1605 Apartado 0833-0084 Plaza Credicorp, Panamá, R. de P.

REPORTE DE ACCIDENTE DE AUTOMOVIL

No. de Póliza _____ Corredor: _____ R.A.: _____

Nombre Asegurado: _____ Vigencia: _____

Nombre Conductor: _____ Céd.: _____ Edad: _____

Tel. Casa: _____ Tel. Celular: _____ Tel. Oficina: _____

Fecha de siniestro: _____ Lugar: _____ Hora: _____

Tipo de Licencia: _____ No. De Boleta: _____ Fecha de cita: _____

SOLICITA ASISTENCIA LEGAL SI _____ NO _____

Narración de los hechos:

COMPLETE EL SIGUIENTE DIAGRAMA MOSTRANDO LA DIRECCION Y LAS POSICIONES DE LOS AUTOMOVILES IMPLICADOS. INDIQUE CLARAMENTE EL PUNTO DE CONTACTO

MARQUE EL NORTE N CON LA FLECHA →

DECLARO QUE A MI ENTENDER LOS DETALLES DESCRITOS EN ESTE DOCUMENTO, SE AJUSTAN A LA VERDAD Y SON CORRECTOS. CUALQUIER DECLARACION FALSA, INEXACTA Y/O DOLOSA EN ESTE FORMULARIO FACULTARA A LA COMPAÑIA PARA CONSIDERAR RESCINDIDA DE TODO DERECHO LA POLIZA.

GENERALES DEL VEHICULO ASEGURADO

Año	Marca	Modelo	Color	Placa	Chasis	No. Motor

Descripción de los daños: _____

COBERTURAS AFECTADAS

Comprehensivo	Gastos Médicos
Colisión o Vuelco	Beneficio Plus
Lesiones Corporales	Incendio
Daños a la Propiedad Ajena	Robo

LESIONES CORPORALES

Nombre	Edad	Cédula	Teléfono	Tipo de Lesión	Traslado a:

DAÑOS A LA PROPIEDAD PRIVADA

Propietario	Año	Marca	Modelo	Placa	Descripción de los daños

GASTOS MEDICOS

Nombre	Edad	Cédula	Teléfono	Tipo de Lesión	Traslado a:

DATOS PARA RECOBRO

Propietario del vehículo o bien _____ Céd. _____
 Tel.: _____ Dirección: _____
 Conductor: _____ Céd.: _____ Tel.: _____
 Dirección: _____ Lugar de Trabajo: _____
 Placa: _____ Marca: _____ Modelo: _____ Año: _____
 Color: _____ Uso: Particular: _____ Comercial _____ Asegurado: SI _____ NO _____
 Compañía de Seguros: _____

ACEPTACION DE RESPONSABILIDAD

Yo _____, con Cédula No. _____, propietario del Vehículo Asegurado con placa No. _____ asumo y a la vez soy responsable del daño causado al vehículo con placa No. _____, propiedad de _____
 Detalles de daños: _____

Firma

Cédula

ASISTENCIA EXPRESS

Hora de llamada	Hora de llegada	Hora de salida	Grúa utilizada

OBSERVACIONES DEL AJUSTADOR

Aliento Alcohólico SI _____ NO _____
 Se solicitó prueba SI _____ NO _____ Resultado _____
 Observaciones: _____

Firma Ajustador o Inspector: _____

CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION: AUTORIZO POR LA PRESENTE A CUALQUIER MEDICO, MEDICO DE SEGUNDA OPINION O REFERIDO POR LA COMPAÑIA, PROFESIONAL DE LA SALUD, HOSPITAL, CLINICA, LABORATORIO, FARMACIA, CENTRO DE DIAGNOSTICO Y OTRA FACILIDAD MEDICA O MEDICAMENTE RELACIONADA QUE POSEE LICENCIA COMO TAL, COMPAÑIA DE SEGUROS, BURO DE INFORMACION MEDICA Y OTRA ORGANIZACION, INSTITUCION O PERSONA QUE TENGA CUALQUIER INFORMACION DE MI SALUD, SEA EN LA REPUBLICA DE PANAMA, O EN EL EXTRANJERO, A DAR DICHA INFORMACION A LA CIA. INTERNACIONAL DE SEGUROS, S.A., INCLUYENDO COPIAS FOTOSTATICAS DE LOS ANALISIS, DIAGNOSTICOS, INFORMES, DECLARACIONES, EXPEDIENTES CLINICOS O REGISTROS PROFESIONALES QUE TENGAN EN SU PODER, PARA LO CUAL LOS RELEVO DE TODA RESPONSABILIDAD PENAL, O CIVIL O ADMINISTRATIVA EN QUE PUEDAN INCURRIR POR PROPORCIONAR DICHA INFORMACION Y/O COPIAS EN CUMPLIMIENTO CON LO ESTABLECIDO EN LA LEY QUE REGULA LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL PACIENTE. UNA COPIA FOTOSTATICA DE AUTORIZACION SERA TAN VALIDA COMO LA ORIGINAL. ADICIONALMENTE, POR ESTE MEDIO AUTORIZO AL CORREDOR DESIGNADO EN MI POLIZA O AL CONTRATANTE DE LA MISMA PARA QUE GESTIONE, RECIBA Y TENGA ACCESO A TODA LA INFORMACION RELACIONADA CON MIS RECLAMOS E HISTORIAL CLINICO.

DECLARO BAJO JURAMENTO O QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES FIDEDIGNA, CONVENGO QUE LA CIA. INTERNACIONAL DE SEGUROS, S.A. QUEDA LIBERADA DE TODA RESPONSABILIDAD EN CUALQUIER CASO DE INFORMACION FALSA O DOLOSA, POR LO QUE EL RECLAMO QUEDARA AUTOMATICAMENTE DECLINADO.

ME COMPROMETO A NO ACEPTAR RESPONSABILIDAD ALGUNA SIN EL PREVIO CONSENTIMIENTO, POR ESCRITO, DE LA CIA. INTERNACIONAL DE SEGUROS, S.A. ME OBLIGO A PRESTAR TODA LA COLABORACION QUE DE MI SE REQUIERA, E INFORMAR INMEDIATAMENTE A LA CIA. INTERNACIONAL DE SEGUROS, S.A. DE CUALQUIER NOTIFICACION O RECLAMO QUE SURJA POR RAZON DEL SINIESTRO AQUI REPORTADO.

QUEDA ENTENDIDO QUE LA CIA. INTERNACIONAL DE SEGUROS, S.A. ATENDERA ESTE RECLAMO, SOLO SI LA POLIZA ESTA VIGENTE, SI EXISTE COBERTURAS Y LA FIRMA ANUAL SE ENCUENTRA INTEGRAMENTE CANCELADA.

Firma del Asegurado

Cédula

Fecha