

## REPORTE DE ACCIDENTE DE AUTOMOVIL

NACIONAL DE SEGUROS DE PANAMA Y CENTROAMERICA, S.A.

RECLAMO #:				POLIZA N°			VIGENCIA:			DEDUCIBLE
FECHA DE AVISO :	dia	mes	año	No, de Aviso						
RIESGOS CUBIERTOS:	L/C	P/A	G/M	COMP.	COL.	INC.	ROBO.	OTROS	RESERVA	
ACREEDOR HIPOTECARIO:						CORREDOR:				
AUTO ASEGURADO	AÑO	MARCA		MODELO		N° MOTOR		TIPO	COLOR	PLACA
ASEGURADO	NOMBRE DEL ASEGURADO:					CÉDULA	TEL:			
	DIRECCION:			CORREO ELECTRÓNICO			RES.:			
DATOS DEL ACCIDENTE	FECHA DEL ACCIDENTE:		HORA		LUGAR DEL ACCIDENTE:			RIESGOS	RESERVA \$	
			A.M	P.M						
	NOMBRE DEL CONDUCTOR:			RELACION CON EL ASEGURADO		SEXO	EDAD:	TEL:		
								RES.:		
	USO DEL AUTO		DIRECCION RESIDENCIAL:				LICENCIA		TIPO	
DESCRIPCION DE LOS DAÑOS DEL AUTO ASEGURADO:										
DATOS DE LA PARTE CONTRARIA	PROPIETARIO		DIRECCION RESIDENCIAL:						TEL:	
			LUGAR DE TRABAJO:						OFIC.:	
	CONDUCTOR		DIRECCION RESIDENCIAL:						TEL:	
			LUGAR DE TRABAJO:						OFIC.:	
	ESPECIFIQUE DAÑOS:						CORREO ELECTRONICO			
	DEFENSA FRONTAL									
	MARCA:		MODELO: MOTO		AÑO:		COLOR: NEGRO		PLACA:	
TIENE SEGURO?	SI: <input type="checkbox"/>	NO: <input type="checkbox"/>	COMPANIA DE SEGUROS			N°. POLIZA		PARTE POL:		
PERSONAS LESIONADAS	NOMBRE	DIRECCIÓN		EDAD	PASAJEROS		PEATON		PERSONAS HERIDAS	
					AUTO ASEG	OTRO AUTO				
TESTIGOS	NOMBRE:			DIRECCION:				TELEFONO:		
HUBO PARTE POLICIVO?		LUGAR DEL JUICIO				FECHA DEL JUICIO		NO. DE PARTE:		
SI:	<input type="checkbox"/>	NO:	<input type="checkbox"/>							
SE CONSIDERA UD.?			PORQUÉ?							
INOCENTE <input type="checkbox"/>		CULPABLE <input type="checkbox"/>								
DESCRIPCION DEL ACCIDENTE										

FIRMA CONDUCTOR: \_\_\_\_\_

FIRMA ASEGURADO: \_\_\_\_\_

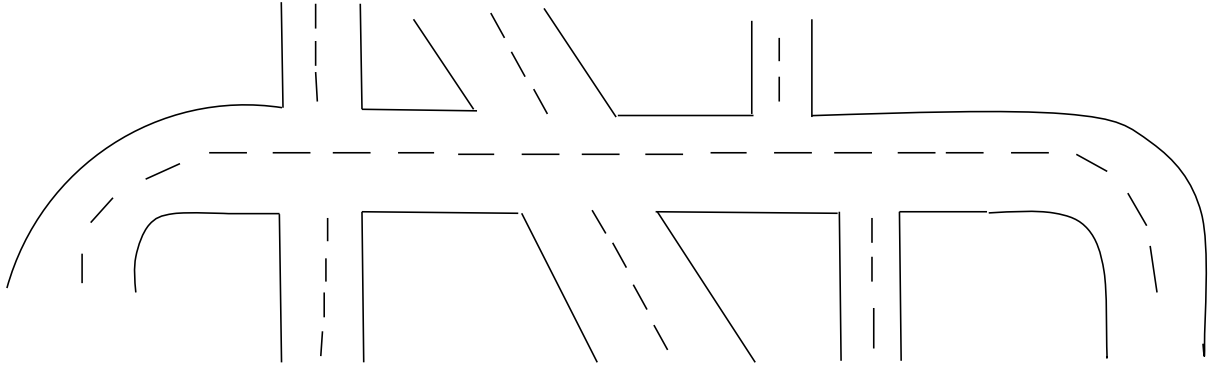
CÉDULA: \_\_\_\_\_

CÉDULA: \_\_\_\_\_

FECHA DE FIRMA DE REPORTE

NACIONAL DE SEGUROS DE PANAMA Y CENTROAMERICA, S.A.  
 VIA ESPAÑA Y ELVIRA MENDEZ, TORRE BANCO DELTA, PISO 21  
 TELEFONOS: 297-5900 / 214-7534 FAX / APARTADO 0823-04605

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



INFORMACION ADICIONAL:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

NOMBRE DE TALLER SELECCIONADO	FECHA DE INGRESO	FECHA DE EGRESO	PREMIER ASISTENCIA
	día:      mes:      año:	día:      mes:      año:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> GRUA <input type="checkbox"/>

DECLARO QUE A MI ENTENDER LOS DETALLES DESCRITOS, SE AJUSTAN A LA VERDAD Y SON CORRECTOS.  
 CUALQUIER DECLARACION FALSA EN ESTE FORMULARIO, FACULTARA A LA COMPAÑÍA PARA CONSIDERAR  
 RESCINDIDO DE PLENO DERECHO MI POLIZA Y EL PRESENTE RECLAMO.

FIRMA DE CONDUCTOR: \_\_\_\_\_

FIRMA DE ASEGURADO: \_\_\_\_\_

CÉDULA: \_\_\_\_\_

CÉDULA: \_\_\_\_\_

FECHA DE FIRMA DE REPORTE \_\_\_\_\_



