



N° de Póliza: _____ Corredor: _____ R.A: _____

Nombre del Asegurado: _____ Vigencia: _____

Nombre del Conductor: _____ Cédula: _____ Edad: _____

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

Fecha de siniestro: _____ Lugar: _____ Hora: _____

Tipo de Licencia: _____ N° de Boleta: _____ Fecha de cita: _____

Correo Electrónico: _____

SOLICITA ASISTENCIA LEGAL: SI NO

Narración de los hechos:

GENERALES DEL VEHICULO ASEGURADO

AÑO	MARCA	MODELO	COLOR	PLACA	CHASIS	N° DE 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 AJENA

PROPIETARIO	AÑO	MARCA	MODELO	PLACA	DESCRIPCIÓN DE LOS DAÑOS



GASTOS MÉDICOS

NOMBRE	EDAD	CÉDULA	TELÉFONO	TIPO DE LESIÓN	TRASLADO A

DATOS PARA RECOBRO

Propietario del vehículo o bien: _____ Cédula: _____

Teléfono: _____ Dirección: _____

Conductor: _____ Cédula: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Lugar de Trabajo: _____

Placa: _____ Marca: _____ Modelo: _____ Año: _____

Color: _____ Uso: Particular Comercial Asegurado: Sí NO

Compañía de Seguros: _____

ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo _____ con Cédula N°. _____, propietario del Vehículo

Asegurado con placa N° _____ asumo y a la vez soy responsable del daño causado al vehículo con placa N°

_____, 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 Sí NO

Se solicitó prueba Sí NO Resultado _____

Observaciones: _____

Firma Ajustador o Inspector: _____

Confidencialidad de la información: Autorizo por la presente a cualquier medico, medico de segunda opinión o referido por la compañía, profesional de la salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, centro de diagnostico y otra facilidad médica o medicamento relacionada que posee licencia como tal, compañía de seguros, buro de informacion médica y otra organización, institución o persona que tenga cualquier información de mi salud, sea en la República de Panamá, o en el extranjero, a dar dicha información a la Cía. Internacional de Seguros, S.A., incluyendo copias fotostaticas de los análisis, diagnósticos, informes, declaraciones, expedientes clínicos o registros profesionales que tengan en su poder, para lo cual los relevo de toda la responsabilidad penal, civil o administrativa en que puedan incurrir por proporcionar dicha información y/o copias en cumplimiento con lo establecido en la ley que regula los derechos y obligaciones del paciente. Una copia fotostatica de autorización será tan válida como la original. Adicionalmente, por este medio autorizo al corredor designado en mi póliza o al contratante de la misma para que gestione, reciba y tenga acceso a toda la información relacionada con mis reclamos de historial clínico. Declaro bajo juramento que la información suministrada es fidedigna. Convengo que la Cía. Internacional de Seguros, S.A. queda liberada de toda responsabilidad en cualquier caso de información falsa o dolosa, por lo que el reclamo quedará automáticamente declinado. Me comprometo a no aceptar responsabilidad alguna sin el previo consentimiento, por escrito, de l Cía. Internacional de Seguros, S.A. Me obligo a presentar toda la colaboración que de mi se requiera, e informar inmediatamente a la Cía. Internacional de Seguros, S.A. de cualquier notificación o reclamo que surja por razón del siniestro aquí reportado. Queda entendido que la Cía. Internacional de Seguros, S.A. atenderá este reclamo, solo si la póliza está vigente, si existe coberturas y la prima anual se encuentra integramente cancelada.

_____ Firma

_____ Cédula

_____ Fecha