

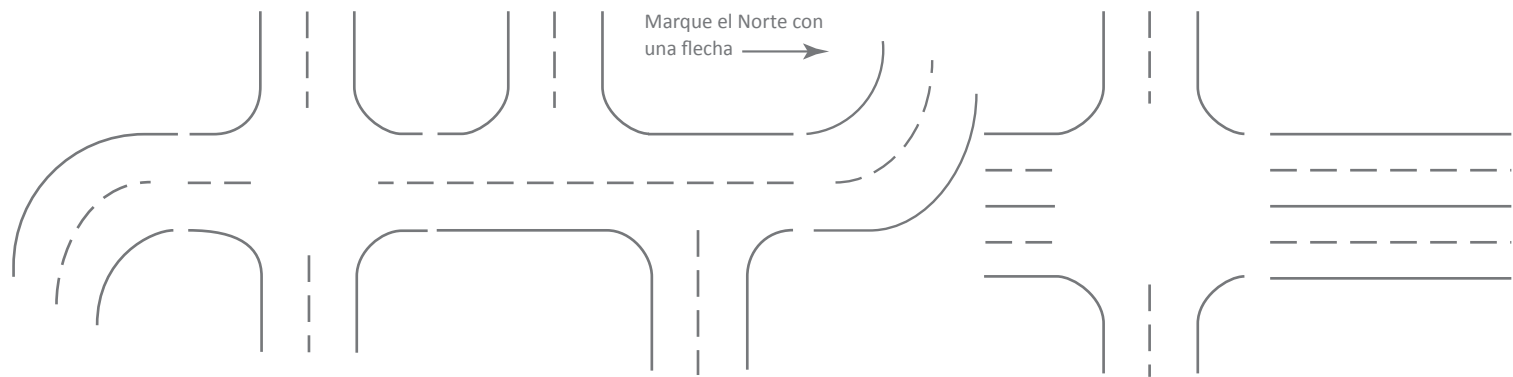
Póliza No.	Reclamo No.	Taller Seleccionado
------------	-------------	---------------------

Asegurado	Nombre Completo		Cédula / RUC		
	Dirección Actual				
	Teléfono Residencia		Oficina	Celular	Fax
	E-mail		Apartado Postal		
Conductor al Momento del Accidente (No completar si es el Asegurado)	Nombre del Conductor		Cédula		Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
	Fecha de Nacimiento Día: / Mes: / Año:		Dirección del Conductor		
	Tel. Res.	Oficina	Celular	Fax	E-mail
Vehículo Asegurado	Año	Marca	Modelo	Placa	
	Motor No.		Chasis No.		
Detalle del Sinistro (si es robo adjunte la denuncia o ampliación)	Fecha de Accidente		Hora		Lugar
	Indique los daños al Vehículo Asegurado				
	Reporte Político <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de Audiencia No. de Boleta				
Daños a la Propiedad Ajena	Dueño del Vehículo		Cédula/RUC		
	Dirección				
	Tel. Res.	Oficina	Celular	Fax	E-mail
	Nombre del Conductor		Cédula		
	Dirección del Conductor				
	Tel. Res.	Oficina	Celular	Fax	E-mail
	Año	Marca	Modelo	Placa	
	Indique los daños al Vehículo del Tercero				
En Caso de más de un Afectado	Dueño del Vehículo		Cédula/RUC		
	Dirección				
	Tel. Res.	Oficina	Celular	Fax	E-mail
	Nombre del Conductor		Cédula		
	Dirección del Conductor				
	Tel. Res.	Oficina	Celular	Fax	E-mail
	Año	Marca	Modelo	Placa	
	Indique los daños al Vehículo del Tercero				
Tiene Seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Compañía de Seguros No. de Póliza					

Personas lesionadas	Nombre:		Edad:		
	Dirección:		Teléfono:		
	Heridas Sufridas:				
	Pasajero	Carro Asegurado	<input type="checkbox"/>	Otro Carro <input type="checkbox"/>	Peatón <input type="checkbox"/>
	Nombre:		Edad:		
	Dirección:		Teléfono:		
	Heridas Sufridas:				
	Pasajero	Carro Asegurado	<input type="checkbox"/>	Otro Carro <input type="checkbox"/>	Peatón <input type="checkbox"/>
	Nombre:		Edad:		
	Dirección:		Teléfono:		
	Heridas Sufridas:				
	Pasajero	Conductor	<input type="checkbox"/>	Carro Asegurado <input type="checkbox"/>	Otro Carro <input type="checkbox"/>

Descripción detallada del accidente

Complete el siguiente diagrama mostrando la dirección y las posiciones de los automoviles implicados, indicando claramente el punto de contacto



Declaro que a mi entender los detalles descritos, se ajustan a la verdad y son correctos. Cualquier declaración falsa en este formularios, facultará a la compañía para considerar rescindida del pleno derecho de mi Póliza.

Fecha: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

“Yo, como firmante, otorgo mi consentimiento a ASSA Compañía de Seguros, S.A., sus Filiales, Subsidiarias, Grupo Económico, Socios Comerciales, Canales de Comercialización, Reaseguradoras y Empresas de Seguros (“ASSA”) para que cuando sea necesario y requerido por ellas puedan acceder, usar, compartir, manejar, tratar y/o custodiar mis datos personales y sensibles, incluyendo pero sin limitarse a fotos o imágenes de mi documento de identidad cedula, pasaporte, carnet migratorio, licencia de conducir, credenciales y/o cualquier otro documento, dato, información para los propósitos y alcances específicos relacionados a temas de las actividades comerciales y servicios financieros, incluyendo los de seguros y reaseguros producto de la gestión, afiliación, cotización, negociación, suscripción, contratación, comercialización, reclamos, pagos por cualquier índole y/o devoluciones de primas o comisiones de las Pólizas de Seguros, por lo cual, acepto y reconozco que todos mis datos personales, sensibles, documentos, información y/o formularios están amparados por los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición y/o Portabilidad) y que pueden ser solicitados o ejercidos ante ASSA directamente en cualquier momento, en cumplimiento con la Ley de Seguros vigente junto a la Ley de Protección de Datos Personales y con su Reglamento vigente en la República de Panamá.”