

INFORME DE AVISO DE PÉRDIDA

Información del Vehículo Asegurado:

Número de Póliza _____ Número de Reclamo _____
Asegurado _____
Marca _____ Modelo _____ Placa _____
Año _____ Color _____ Kilometraje _____ Motor N° _____

Datos del Conductor:

Nombre _____ Cédula o Pasaporte _____
Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Teléfono Residencial _____
Estado Civil _____ Sexo: M _____ F _____ Correo Electrónico _____
Domicilio _____ Ocupación _____
Lugar de Trabajo _____ Teléfono _____ Celular _____
Relación o Parentesco con el asegurado _____
N° de Licencia _____ Fecha de Expiración de la Licencia _____
Tipo de Licencia (Letra) _____

Vehículos que participaron en la Colisión (si hay más vehículos utilizar la parte trasera de la hoja):

Propietario 1 _____ Cédula _____
Conductor _____ Cédula _____
Número de Póliza _____ Compañía de Seguros _____
Teléfonos _____ Celulares _____
Marca de Vehículo _____ Modelo _____ Placa _____ Año _____
Describa los daños al vehículo afectado:

¿El Vehículo fue trasladado en grúa? Sí _____ No _____ Lugar de Destino _____

Datos del Accidente:

Fecha del Accidente _____ Hora del Accidente _____ A.M. _____ P.M. _____
Lugar del Accidente _____
Boleta N° _____ Fecha de Audiencia _____ Juzgado _____

Descripción del Accidente por el Asegurado o Conductor Autorizado:

1. ¿De dónde provenía? _____
2. ¿Hacia dónde se dirigía? _____
3. Descripción del Accidente:

4. ¿Cuáles eran las condiciones de la vía al momento del accidente?

5. ¿Se encontraba laborando? Sí _____ No _____ De ser afirmativa su respuesta: ¿Dónde labora y cuál es el horario en el que se encontraba laborando?

6. ¿Cuántos vehículos participaron en el accidente? _____ Placas _____

7. ¿Resultaron personas lesionadas a consecuencia del accidente? Sí _____ No _____
Cantidad de leves _____ Cantidad de graves _____ Cantidad de fallecidos _____

Nombres de las personas afectadas y teléfonos donde se les pueda ubicar:

a. _____ Teléfono _____
b. _____ Teléfono _____
c. _____ Teléfono _____

8. ¿Se considera usted responsable del accidente? Sí _____ No _____

9. Desea que MAPFRE | PANAMA atienda al (a los) afectado(s) antes del juicio Sí _____ No _____

10. ¿Fue usted atendido por nuestro servicio de asistencia vial? Sí _____ No _____

11. ¿Nuestro inspector llegó primero que otros al lugar del accidente? Sí _____ No _____

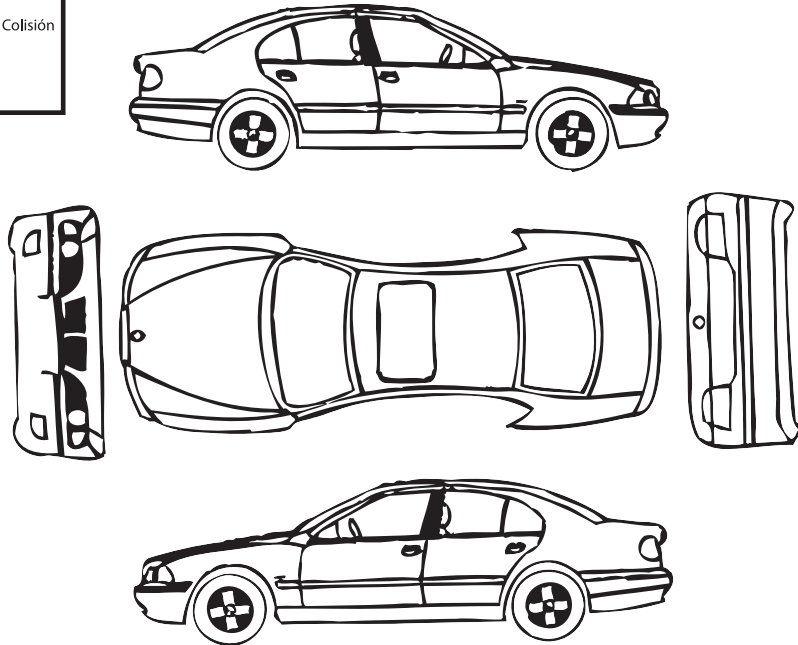
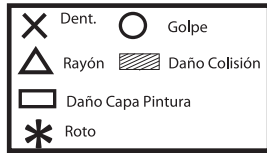
Firma del Asegurado o Conductor Autorizado _____

Cédula _____ Fecha _____

Sección a completar por el Inspector de Asistencia Vial:

1. Describa los daños al vehículo asegurado

2. Detalle los daños al vehículo asegurado



3. ¿Se le realizaron pruebas físicas al conductor asegurado? Sí___ No___ No sé___
4. ¿Se le efectuó prueba de alcoholemia al conductor asegurado? Sí___ No___ No sé___
5. ¿Cuál fue el resultado de la prueba del conductor asegurado? _____
6. ¿Se tomaron fotos de los vehículos en la **posición final** del accidente? Sí___ No___
7. ¿Se tomaron fotos **solamente** del vehículo asegurado? Sí___ No___
8. ¿Tiene algo adicional que sea sospechoso o que le llame la atención?

Firma del Inspector de Asistencia Vial _____

Cédula _____ Fecha _____

Viene de la parte anterior

Otros vehículos que participaron en la colisión

Propietario 2 _____ Cédula _____

Conductor _____ Cédula _____

Número de Póliza _____ Compañía de Seguros _____

Teléfonos _____ Celulares _____

Marca de Vehículo _____ Modelo _____ Placa _____ Año _____

Describa los daños al vehículo afectado:

¿El Vehículo fue trasladado en grúa? Sí___ No___ Lugar de Destino _____

Firma del Asegurado o Conductor Asegurado _____

Cédula _____ Fecha _____