



**SOLICITUD
 ASISTENCIA LEGAL**

Panamá, de del

Señores
 MAPFRE Panamá

Por medio de la presente nota, solicitamos Asistencia Legal para nuestro caso de auto, según los siguientes detalles:

DATOS DEL ASEGURADO / CONDUCTOR

Nombre del Asegurado: Cédula o pasaporte del Asegurado:
 Nombre del Conductor: Cédula o pasaporte del Conductor:
 Teléfono del Conductor: Correo electrónico:

DATOS DE LA COLISIÓN

Número de Póliza: Número de Reclamo:
 Fecha de la Colisión: Hora de la Colisión: a.m. / p.m.
 Lugar de la Colisión:

¿Solicitó Asistencia en lugar del accidente? Si No
 ¿Hubo lesionados producto del accidente? Si No

Breve descripción de lo ocurrido:

DATOS DE LA AUDIENCIA

Nº. de Formato de Tránsito:
 Fecha de Audiencia: Hora de Audiencia: a.m. / p.m.
 Juzgado de Tránsito o Municipio de la Audiencia:
 ¿El conductor acudirá a la audiencia? Si No
 Comentarios adicionales:

"El suscrito queda informado y consiente expresamente mediante la firma del presente documento, el tratamiento de los datos suministrados voluntariamente en este documento, así como el de todos aquellos datos que pudiera facilitar a MAPFRE PANAMÁ S.A., directamente o a través de su mediador, sean propios de personas diferentes al suscrito, incluidos los datos de salud y datos sensibles, incluyendo pero sin limitarse a fotos e imágenes de mi documento de identidad, cédula, pasaporte, carnet migratorio, licencia de conducir, credenciales y/o cualquier otro documento, dato, información a través de los formularios, tarificadores de seguro, cotizadores, correo electrónico, mensaje de texto, comercio electrónico, de cualesquiera y todas las fuentes a su alcance, los que se obtengan mediante conversaciones telefónicas o como consecuencia de su navegación por las páginas web de Internet u otro medio, incluidas, en su caso, las comunicaciones o las transferencias internacionales de los datos que pudieran realizarse, así mismo, autorizo a MAPFRE PANAMÁ, S.A. para la consulta, almacenamiento, administración, transferencia, procesamiento y reportes de información alojada en bases de datos de terceros, públicas o privadas, todo ello para las finalidades detalladas en la Información Adicional de Protección de Datos incluida en www.mapfre.com.pa, con motivo del desarrollo del contrato o de la consulta, solicitud o contratación de cualquier servicio o producto, reclamo, pago, incluso una vez finalizada la relación precontractual o contractual, incluyendo a entidades de derecho privado y público, otras entidades aseguradoras, reaseguradoras, de mediación en seguros, Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá. Firma del Cliente (*) Fecha (*) DATOS DEL CORREDOR Nombre o razón social (*) N° Licencia (*) Firma del Corredor (*) Fecha (*) SOLO PARA USO DE LA EMPRESA ASEGURADORA Nombre y apellido del colaborador que revisa (*) Cargo/ Ocupación (*) Firma (*) Fecha (*) financieras, inmobiliarias o de prestación de servicios relacionados con su campo de actividad, proveedores de servicio de asistencias, proveedores de servicios que el suscrito haya contratado con MAPFRE PANAMÁ, S.A., incluyendo entidades pertenecientes al Grupo MAPFRE, filiales y participadas, y a otras personas físicas o jurídicas que mantengan acuerdos para desarrollar actividades relacionadas a la atención, mantenimiento, gestión integral, control de calidad de mi relación con MAPFRE PANAMÁ, S.A. En todo caso, reconozco que el consentimiento para el tratamiento de mis datos con dicha finalidad tiene carácter revocable, pudiendo retirar en cualquier momento el consentimiento prestado o ejercitar cualquiera de los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación, Oposición y/o Portabilidad) en la forma indicada en la Información Adicional de Protección de Datos en www.mapfre.com.pa. y en cumplimiento con la Ley de Seguros No. 12 de 3 abril de 2012 junto a la Ley de Protección de Datos Personales No. 81 de 26 marzo de 2019. El suscrito declara ser mayor de 18 años, y garantiza contar con el consentimiento de las personas de las que facilita datos y que le ha informado previamente de los términos de protección de datos establecidos en el presente documento. Si los datos facilitados son de menores de 18 años, incluidos los datos de salud, como titular de la patria potestad o tutela sobre el menor, autorizo expresamente el tratamiento de los mismos en los términos establecidos en la información adicional.

Datos de la persona que completo el formulario

Nombre Completo: Cédula / Pasaporte:

Firma:

¿Es usted Corredor de Seguros? Si No

Nota: Adjuntar copia de formato de tránsito "colilla", cédula y licencia del Conductor y enviar al correo casoslegalespa@mapfre.com o al WhatsApp 6319-9457. La solicitud de asistencia legal y los documentos antes mencionados deben enviarse con un mínimo de tres (3) días hábiles antes de la fecha de audiencia, a fin de garantizar el servicio.