



REPÚBLICA DE PANAMÁ  
AUTORIDAD DEL TRANSITO Y TRANSPORTE TERRESTRE  
FORMATO ÚNICO Y DEFINITIVO PARA ACCIDENTES DE TRÁNSITO MENOR  
A. FECHA LUGAR Y CLASE DE ACCIDENTE



1. Fecha: ..... día ..... mes ..... año ..... A) Hora: ..... A.M. .... P.M. ....

2. Lugar: a) Provincia: ..... B) Distrito ..... C) Corregimiento ..... (Especifique) .....  
d) accidente ocurrió: Centro Poblado: ..... (Nombre de la ciudad o pueblo) .....  
e) Nombre de la calle, avenida, etc. ....

f) Sucedió: ☐ En Intersección ☐ Entre Intersección

3. Trayecto: a) ☐ Recta b) ☐ Curva c) ☐ A Nivel d) ☐ En pendiente o en Cuesta

4. Superficie de la Vía a) ☐ Concreto b) ☐ Asfalto c) ☐ Tierra d) ☐ Otros ..... (Especifique) .....

5. Condiciones de la Vía a) ☐ Seca b) ☐ Humedad c) ☐ Buena d) ☐ Defectuosa .....  
e) ☐ En Reparación f) ☐ Otros ..... (Especifique) .....

6. Señales de Tránsito: a) ☐ Si b) ☐ No c) ☐ Otros ..... (Especifique) .....  
d) ☐ Caída de objeto del vehículo

7. Clase de Accidente: a) ☐ Colisión b) ☐ Caída de objeto del vehículo  
c) ☐ Otros ..... (Especifique) .....

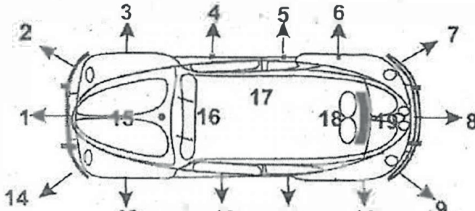
8. Número de vehículos que participaron en el accidente: .....

B. CONDUCTOR A		B. CONDUCTOR B	
1. Nombre .....	1. Nombre .....	1. Nombre .....	1. Nombre .....
2. No. De Cédula ..... S.S. ....	2. No. De Cédula ..... S.S. ....	2. No. De Cédula ..... S.S. ....	2. No. De Cédula ..... S.S. ....
3. Sexo a) <input type="checkbox"/> F b) <input type="checkbox"/> M Edad .....	3. Sexo a) <input type="checkbox"/> F b) <input type="checkbox"/> M Edad .....	3. Sexo a) <input type="checkbox"/> F b) <input type="checkbox"/> M Edad .....	3. Sexo a) <input type="checkbox"/> F b) <input type="checkbox"/> M Edad .....
4. Nacionalidad .....	4. Nacionalidad .....	4. Nacionalidad .....	4. Nacionalidad .....
5. Lugar de Trabajo .....	5. Lugar de Trabajo .....	5. Lugar de Trabajo .....	5. Lugar de Trabajo .....
6. Ocupación .....	6. Ocupación .....	6. Ocupación .....	6. Ocupación .....
7. Teléfono Resid ..... Trabajo .....	7. Teléfono Resid ..... Trabajo .....	7. Teléfono Resid ..... Trabajo .....	7. Teléfono Resid ..... Trabajo .....
8. Residencia .....	8. Residencia .....	8. Residencia .....	8. Residencia .....
9. Otros causante del accidente .....	9. Otros causante del accidente .....	9. Otros causante del accidente .....	9. Otros causante del accidente .....

C. PROPIETARIO A		C. PROPIETARIO B	
1. Propietario .....	1. Propietario .....	1. Propietario .....	1. Propietario .....
2. No. de Cédula ..... S.S: .....	2. No. de Cédula ..... S.S: .....	2. No. de Cédula ..... S.S: .....	2. No. de Cédula ..... S.S: .....

C. VEHÍCULO A		C. VEHÍCULO B	
1. No. De Placa ..... Color .....	1. No. De Placa ..... Color .....	1. No. De Placa ..... Color .....	1. No. De Placa ..... Color .....
2. Marca ..... Tipo .....	2. Marca ..... Tipo .....	2. Marca ..... Tipo .....	2. Marca ..... Tipo .....
3. Cia. De Seguro .....	3. Cia. De Seguro .....	3. Cia. De Seguro .....	3. Cia. De Seguro .....
4. No. De Póliza ..... Año del Vehículo .....	4. No. De Póliza ..... Año del Vehículo .....	4. No. De Póliza ..... Año del Vehículo .....	4. No. De Póliza ..... Año del Vehículo .....

F. INDIQUE CON NÚMEROS LOS DAÑOS DEL VEHÍCULO



A		B	
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>
11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>
17 <input type="checkbox"/>	18 <input type="checkbox"/>	17 <input type="checkbox"/>	18 <input type="checkbox"/>
19 <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/>	19 <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/>

EN ESTE CUADRO DIBUJE LA POSICIÓN FINAL DE LOS VEHÍCULOS EN CUESTIÓN

Los firmantes: ..... y ....., de generales indicadas en el presente documento, declaramos bajo juramento que la información brindada y sus anexos es fiel a los hechos acontecidos, asumiendo las responsabilidades legales por toda falsedad u omisión.

La presente y sus anexos revisten carácter de declaración jurada y toda información engañosa y/o que oculte la real situación importando una simulación de los hechos o actos que se presenten para el resarcimiento de los daños ocasionados será sancionado conforme al artículo 366 del Código Penal.

**“La elaboración de este formato está basada en la ley No. 21 del 28 de Mayo de 2010, que dicta medidas sobre accidente de tránsito menores, en las vías públicas del País”**

Favor adjuntar fotografías o Videos de la escena.

CONDUCTOR A		CONDUCTOR B	
Se considera usted Responsable en este accidente?		Se considera usted Responsable en este accidente?	
Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Firma: .....		Firma: .....	
Cédula: .....		Cédula: .....	
Firma: .....		Firma: .....	
Cédula: .....		Cédula: .....	

Testigos

Firma: .....	Firma: .....
Cédula: .....	Cédula: .....