



**RECLAMACIÓN POR PÉRDIDA REPORTADA  
COMO ASEGURADO (\_\_\_\_) Y/O RECLAMANTE (\_\_\_\_)  
BAJO UNA POLIZA DE AUTOMÓVIL  
NATIONAL INSURANCE COMPANY ASEGURADOR EN LIQUIDACIÓN**

1. Nombre del Reclamante y/o Asegurado: \_\_\_\_\_
2. Dirección Física del Asegurado: \_\_\_\_\_
3. Dirección Postal del Asegurado: \_\_\_\_\_
4. Teléfono residencial: \_\_\_\_\_ Teléfono Oficina: \_\_\_\_\_
5. Número de póliza y reclamación: \_\_\_\_\_
6. Sitio del Accidente: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_
7. Fecha del Accidente : \_\_\_\_\_
8. Fecha en que se reportó el accidente: \_\_\_\_\_
9. ¿Se radicó informe escrito? \_\_\_\_\_
10. Importe de daños y/o pérdidas \$ \_\_\_\_\_
11. ¿Intervino la policía? : Si \_\_\_ No \_\_\_ Querrella # : \_\_\_\_\_
12. De ser usted el asegurado, ¿hubo daños a la propiedad de otra persona y/o entidad? \_\_\_\_\_
13. En caso afirmativo, dé nombre y dirección de dicha persona y/o entidad:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
14. ¿Hubo lesionados en su vehículo? \_\_\_\_\_ ¿Hubo lesionados en el otro vehículo? \_\_\_\_\_
15. Nombre y dirección de los lesionados:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

16. Breve historial del Accidente:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

17. Identifique vehículo asegurado: \_\_\_\_\_ Tablilla \_\_\_\_\_  
Marca Modelo Año

18. Nombre y dirección del conductor al momento del accidente \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

19. Radicó usted reclamación POR ESTA MISMA PERDIDA en alguna otra entidad? Si \_\_\_ No \_\_\_  
En caso afirmativo, dé nombre, dirección y fecha en que se hizo la reclamación \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Asegurado y/o Reclamante**

AFFIDAVIT NÚM. \_\_\_\_\_

JURADO Y SUSCRITO ANTE MI, por \_\_\_\_\_, mayor de edad, y vecino de \_\_\_\_\_,

a quien doy fe de conocer personalmente o he identificado mediante \_\_\_\_\_,

Puerto Rico, hoy \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del Notario Público

SELLO DEL NOTARIO