GOBIERNO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO LIQUIDADOR
PO Box 270010, San Juan, P.R. 00927-0010
Tel. 787-300-3777

RECLAMACIÓN POR PÉRDIDA REPORTADA
COMO ASEGURADO (_____) Y/O RECLAMANTE (_____)
BAJO UNA POLIZA DE RESPONSABILIDAD GENERAL O PROPIEDAD
NATIONAL INSURANCE COMPANY ASEGURADOR EN LIQUIDACION

1. Nombre del Reclamante y/o Asegurado: _____
2. Dirección Física: _____
3. Dirección Postal: _____
4. Teléfono residencial: _____ Teléfono Oficina: _____
5. Número de póliza y reclamación: _____
6. Clase de Seguro que cubre esta reclamación: _____
   (Seguro de Residencia, póliza de fuego, robo,.huracán, vandalismo, etc. Excepto impericia médica)
7. Fecha del Accidente u ocurrencia :_____ Fecha en que se reportó a la Compañía _____
8. Sitio del Accidente u ocurrencia :_____
9. ¿Se radicó informe escrito? _____
10. Importe de daños y/o pérdidas $ _____
11. ¿Intervino la policía? : Si ____ No _____Querella # : _____
12. Breve descripción del accidente u ocurrencia: _____
    _____
    _____
13. ¿Dónde puede verse propiedad afectada?: _____
14. ¿Está esta reclamación cubierta por algún otro seguro? Si____ No____
    En caso afirmativo, dé nombre y dirección de la Compañía:_____ _____
    _____
15. ¿Puede culparse a alguna persona o entidad de los hechos que ocasionara este accidente u ocurrencia?
    Si____ No____En caso afirmativo, dé nombre, dirección y de la persona o entidad responsable de este accidente u ourrencia_____
    _____

_____
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