



GOBIERNO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO LIQUIDADOR
400 Calle Calaf, PMB 165 San Juan, Puerto Rico 00918-1314
Tel. 787-999-4777

Fecha: _____

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN PARA ACREEDORES GENERALES

Nombre del Reclamante: _____

Dirección Postal y Física: _____

Número de Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Núm. de Seguro Social: _____ Seg. Soc. Patronal: _____

Naturaleza de la Reclamación:

Número de Póliza: _____ Otros-Especifique _____

Importe Reclamado \$ _____

Indique la fecha del periodo reclamado: _____

Evidencia que se somete junto con la Reclamación:

a) _____

b) _____

c) _____

e) _____

Firma del 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