GOBIERNO DE PUERTO RICO
Oficina del Comisionado de Seguros

REAL LEGACY ASSURANCE COMPANY EN LIQUIDACIÓN

Núm. Control: _____

Fecha de Recibo: _____

Para uso de la Oficina	

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE PROPIEDAD / RESPONSABILIDAD

INSTRUCCIONES

El formulario de reclamación deberá ser completado en forma legible y en todas sus partes. De necesitar espacio adicional puede utilizar una hoja de papel separada y anejarlo al mismo. Deberá incluir todos los documentos que se le solicitan como evidencia a su reclamación. Es responsabilidad del reclamante actualizar la información provista incluyendo cambio de dirección, teléfono, o correo electrónico. Debe ser firmado por la persona que aparece haciendo la reclamación (asegurado, reclamante o acreedor), juramentado ante notario público y ser radicado en o antes de la fecha límite. Todo formulario enviado por correo su fecha de radicación será la fecha del matasello. Además, se sugiere que mantenga una copia del formulario de reclamación para sus récords. Podrá radicar el formulario de reclamación personalmente en las facilidades del asegurador en liquidación ubicadas en: Metro Office Park, Lote 1, Piso 2, Guaynabo Puerto Rico o por correo al PO BOX 71467, San Juan, Puerto Rico 00936-8567. Para información adicional o de tener alguna pregunta puede comunicarse al 787 273-7828 con el Departamento de Reclamaciones.

Persona que reclama (Marque uno): **Asegurado** ☐ **Reclamante** ☐

1 Nombre | Inicial o 2do Nombre | Apellido Paterno | Apellido Materno

2 Dirección Física:

3 Dirección Postal:

4 Tel. Res.: Tel. Ofic.: Email:

5 Número de póliza: 6 Número de Reclamación:

7 Clase de Póliza que cubre esta Reclamación (Marque Uno): Residencial ☐ Comercial ☐

8 Fecha de Ocurrencia: Mes Día Año 9 Fecha Reportada al Asegurador: Mes Día Año

10 Lugar del Accidente u Ocurrencia:

11 Estimado del valor de los daños y/o pérdidas: 12 ¿Se radicó informe escrito? Si ☐ No ☐

13 ¿Intervino la policía?: Si ☐ No ☐ Querella# :

14 Breve descripción del accidente u ocurrencia:

15 Donde puede verse propiedad afectada:

16 ¿Esta reclamación está cubierta por algún otro seguro? Si ☐ No ☐

17 Si contesto "Si", indique nombre del asegurador:

18 ¿Puede culparse alguna persona o entidad de los hechos que ocasionó este accidente u ocurrencia? Si ☐ No ☐

19 Si contesto "Si", indique nombre y dirección de Ia persona o entidad responsable de este accidente:

_____
Firma del Asegurado/Reclamante

TESTIMONIO: _____

JURADO Y SUSCRITO ANTE MI, por _____, mayor de edad, _____ y vecino de _____, Puerto Rico, a quien DOY FE de conocer personalmente o identifiqué mediante: _____.

En _____, Puerto Rico, hoy _____ de _____ de 2019.

_____
NOTARIO PÚBLICO