



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 PRIMA NO DEVENGADA

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

- Nombre del Asegurado: Inicial o 2do Nombre \_\_\_\_\_ Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_
- Dirección Postal del Asegurado: \_\_\_\_\_
- Tel. Res. \_\_\_\_\_ Tel. Ofic. \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_
- Nombre del Representante y/o Reclamante: \_\_\_\_\_
- Dirección Postal: \_\_\_\_\_
- Teléfono del Representante y/o Reclamante: \_\_\_\_\_
- Número de póliza: \_\_\_\_\_ Prima Pagada: \_\_\_\_\_
- Fecha de Efectividad Mes  Día  Año  Fecha de Vencimiento: Mes  Día  Año
- Período de Cubierta a la que aplica la prima pagada: \_\_\_\_\_
- ¿A quién se le pago la prima? \_\_\_\_\_  
(Nombre de la persona, entidad o financiero)
- Forma de Pago: \_\_\_\_\_  
(Efectivo, cheque o a través de financiamiento)
- Nombre y dirección del Agente o Corredor: \_\_\_\_\_
- Teléfono del Agente o Corredor: \_\_\_\_\_ 14 ¿Qué aseguraba su póliza? \_\_\_\_\_  
Auto, Residencia, Responsabilidad Púplica, et
- Importe que se reclama sobre Prima No Devengada: \_\_\_\_\_
- Fecha en que reclama sobre Prima No Devenga Mes  Día  Año
- Fecha en que su seguro con Real Legacy Assurance Company fue can Mes  Día  Año
- Nombre del Nuevo Asegurador: \_\_\_\_\_
- Nombre y dirección del Agente o Corredor que tramitó el nuevo seguro: \_\_\_\_\_
- Prima Pagada sobre el nuevo seguro: \_\_\_\_\_
- Fecha de Efectividad Mes  Día  Año  Fecha de Vencimiento: Mes  Día  Año
- Si usted radicó alguna reclamación con Real Legacy Assurance Company, u otra persona o entidad en relación con las

Primas No Devengadas ahora reclamadas, indique fechas en que se hizo, a quién se dirigió y resultados de las gestiones.


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