



GOBIERNO DE PUERTO RICO
Oficina del Comisionado de Seguros

INTEGRAND ASSURANCE COMPANY EN LIQUIDACIÓN

Núm. Control: _____

Fecha de Recibo: _____

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE PRIMA NO DEVENGADA

INSTRUCCIONES

El formulario de reclamación debe ser completado en forma legible y en todas sus partes. De necesitar adicional puede utilizar una hoja de papel separada y enjarlo 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 records. Podrá radicar el formulario de reclamación personalmente en las facilidades del asegurador en liquidación ubicada en: Ave Roosevelt, Esq. Calle Ensenada, San Juan, PR o enviarla por correo al PO BOX 70128, San Juan, PR 00936-8128 Para más información adicional o de tener alguna pregunta puede comunicarse al 787-781-0707 con el Departamento de Reclamaciones.

Persona que Reclama (marque uno): _____ Asegurado _____ Reclamante

1) Nombre y Apellidos: _____

2) Dirección Física: _____

3) Dirección Postal: _____

4) Teléfono residencial: _____

5) Teléfono Oficina: _____

6) Teléfono celular: _____

7) Correo electrónico: _____

8) Numero de Póliza: _____

9) Nombre del asegurado como aparece en la póliza: _____

10) Fecha de Efectivad: Mes: _____ Día: _____ Año: _____ Fecha de Vencimiento: _____

11) Prima Pagada: _____ Forma de Pago: _____

12) Que aseguraba su póliza: _____

13) A quien usted le pago la prima: _____

14) Nombre del Productor de Seguros: _____

15) Dirección y teléfono del productor de seguros: _____

16) Cantidad de prima no devengada que usted reclama: _____

17) Fecha de cancelación del seguro con Integrand Assurance Company: _____

18) Nombre del nuevo asegurador: _____

19) Nombre, dirección y teléfono del productor que tramito el nuevo seguro: _____

20) Cantidad de prima pagada por el nuevo seguro: _____

21) Fecha de efectividad del nuevo seguro: _____

22) Fecha de vencimiento del nuevo seguro: _____

23) Si usted solicitó la devolución de prima no devengada a Integrand Assurance Company o hizo una reclamación para la devolución de la prima favor provea detalles de fecha, a quien y resultado: _____



Y para que así conste Juro y Suscribo el presente formulario, en _____,
Puerto Rico, hoy día _____ de _____ del 2019.

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 identifico mediante:

_____.

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

NOTARIO PÚBLICO

DEL FORMULARIO SER JURAMENTADO POR UN NOTARIO PÚBLICO EXTRANJERO O DE ESTADOS UNIDOS, DEBERA ACOMPAÑARSE, CON EL FORMULARIO EL DOCUMENTO QUE ACREDITE LA CAPACIDAD DEL NOTARIO ("County Clerk Certificate/ Appostille)