



GOBIERNO DE PUERTO RICO
Oficina del Comisionado de Seguros

INTEGRAND ASSURANCE COMPANY EN LIQUIDACIÓN

Núm. Control: _____

Fecha de Recibo: _____

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE AUTOMÓVIL

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 enearlo 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

I. Si su reclamación es una Demanda (marque uno): ___ SI ___ NO

II. Si marcó si, indique Núm. de CIVIL _____

III. Nombre y apellido de abogado _____

IV. Numero de Reclamación asignado a la demanda _____

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) Numero de Reclamación: _____

10) Fecha del Accidente: _____

11) Hora del Accidente: _____

12) Fecha Reportado el Accidente: _____

13) ¿Se radicó informe escrito? ___ SI ___ NO



14) Lugar del Accidente: _____

15) Estimado de los daños: _____

16) Intervino la policía: ____ SI ____ NO ____

17) Núm. Querella: _____

18) Descripción del Accidente: _____

19) Información de la unidad Asegurada (marca, modelo, año, tablilla) _____

20) Nombre del conductor asegurado: _____

21) De ser usted asegurado, hubo daños a propiedad ajena y/o entidad: ____ SI ____ NO

22) Nombre y Apellidos del perjudicado si contesta que SI: _____

23) Dirección del Perjudicado: _____

Información de la unidad del Perjudicado (marca, modelo, año, tablilla) _____

24) De haber recibido un pago, indique si este es parcial _____ o total _____

25) Si fue pagada indique la cantidad: _____, provea copia del cheque y explique
cuál es motivo del formulario: _____

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, DEBERÁ
ACOMPÑARSE, CON EL FORMULARIO EL DOCUMENTO QUE ACREDITE LA CAPACIDAD DEL NOTARIO (County Clerk
Certificate/ Apostille).