



GOBIERNO DE PUERTO RICO
Oficina del Comisionado de Seguros

INTEGRAND ASSURANCE COMPANY EN LIQUIDACIÓN

Núm. Control:
Fecha de Recibo:

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE PROPIEDAD

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 enejarlo 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.

- I. Si su reclamación es una Demanda (marque uno): SI NO
II. Si indica que si, Núm. de CIVIL
III. Nombre y apellido de abogado
IV. Número de Reclamación asignado a la demanda
1) Nombre y Apellidos Asegurado:
2) Dirección Física:
3) Dirección Postal:
4) Teléfono residencial:
5) Teléfono oficina:
6) Teléfono celular:
7) Correo electrónico:
8) Numero de Póliza:
9) Clase de Póliza que cubre esta reclamación: Residencial Comercial Marítimo Oceánico
10) Número de Reclamación:
11) Fecha de ocurrencia:



12) Fecha Reportado al Asegurador: _____

13) Lugar del Accidente u ocurrencia: _____

14) Descripción de los daños a su propiedad: _____

15) Estimado del valor de los daños y/o perdida _____

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

17) 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 la presente formulario, en _____, Puerto Rico, hoy día _____ de _____ del 2019.

Firma del Asegurado o 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)