



GOBIERNO DE PUERTO RICO
Oficina del Comisionado de Seguros

INTEGRAND ASSURANCE COMPANY EN LIQUIDACIÓN

Núm. Control: _____

Fecha de Recibo: _____

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE RESPONSABILIDAD

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.

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

- 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: _____
 - 2) Dirección Física: _____

 - 3) Dirección Postal: _____

 - 4) Teléfono residencial: _____
 - 5) Teléfono oficina: _____
 - 6) Teléfono celular: _____
 - 7) Correo electrónico: _____
 - 8) Número de Póliza: _____
 - 9) Número 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) Descripción del Accidente: _____

 - 16) Cantidad reclamada: _____
 - 17) De ser usted asegurado, hubo daños a propiedad ajena y/o entidad: ___ SI ___ NO
 - 18) Nombre y Apellidos del perjudicado si contesta que SI: _____

 - 19) Dirección del Perjudicado: _____

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



21) 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, DEBERA
ACOMPañARSE, CON EL FORMULARIO EL DOCUMENTO QUE ACREDITE LA CAPACIDAD DEL NOTARIO (County Clerk
Certificate/ Appostille)