

DATOS ASEGURADO				
<b>Asegurado:</b>				
Dirección Postal:	PO BOX:	Pueblo:	País:	Código Postal:
Persona de Contacto:			Fecha Reportado:	
(nombre y apellidos)			mes	día
Teléfono:		Ext. _____		
Teléfono Celular:		Correo Electrónico:		
Fecha de Pérdida: _____ / _____ / _____		Lugar del Accidente:		
mes		día		año
<b>Número de Póliza:</b>		<b>Número de Querella:</b>		
Descripción del Incidente:			Daños Aproximados:\$	
DATOS RECLAMANTE				
<b>Reclamante</b>		Seg. Soc. _____	Núm. Medicare: _____	
Nombre:		Apellidos:		Edad:
(Si es Menor) Nombre y Apellido del Padre o Encargado:				
<b>Dirección Física:</b>				
Urb:	Núm. Casa:	Calle:	Pueblo:	Código Postal:
Dirección Postal:	PO BOX:	Pueblo:	País:	Código Postal:
Teléfono Residencial:		Teléfono Trabajo:		Ext.
Teléfono Celular:		Correo Electrónico:		
Descripción de Incidente:				
Describir Daños o Lesiones:				
<b>Testigo o Testigos:</b>				
Nombre:		Apellidos:		Teléfono:
Nombre:		Apellidos:		Teléfono:
Suplemento Formulario de Reclamación				
He recibido notificación del Aviso Requerido por la Ley Núm. 18 del 8 de enero de 2004, cuyo texto lee como sigue: "Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil (5,000) dólares, ni mayor de diez mil (10,000) dólares o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años."				
Firma: _____				