

DATOS ASEGURADO				
Asegurado:				
Dirección Postal:	PO BOX:	Pueblo:	País:	Código Postal:
Persona de Contacto:			Fecha Reportado:	
(nombre y apellidos)			mes	día año
Teléfono:		Ext. _____		
Teléfono Celular:		Correo Electrónico:		
Fecha de Pérdida:		Lugar del Accidente:		
mes / día / año				
Número de Póliza:		Número de Querella:		
Descripción del Incidente:		Daños Aproximados:\$		
DATOS RECLAMANTE				
Reclamante		Seg. Soc. _____	Núm. Medicare: _____	
Nombre:		Apellidos:		Edad:
(Si es Menor) Nombre y Apellido del Padre o Encargado:				
Dirección Física:				
Urb:	Núm. Casa:	Calle:	Pueblo:	Código Postal:
Dirección Postal:	PO BOX:	Pueblo:	País:	Código Postal:
Teléfono Residencial:		Teléfono Trabajo:		Ext.
Teléfono Celular:		Correo Electrónico:		
En caso de daños a auto:		Marca:	Modelo:	
Núm. Motor:		Tablilla:	Año:	
Describir Daños o Lesiones:				
Testigo o Testigos:				
Nombre:		Apellidos:		Teléfono:
Nombre:		Apellidos:		Teléfono:
Suplemento Formulario de Reclamación				
<p>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."</p>				
Firma: _____				