

Testigos			
Nombre:	Dirección:	Teléfono:	Fax:
Nombre:	Dirección:	Teléfono:	Fax:
Nombre:	Dirección:	Teléfono:	Fax:

Intervención de Autoridades	
Intervino alguna autoridad policial? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Especificar Entidad:

Descripción de Ítems reclamados (Marca, modelo, color, tamaño, Etc)		
Descripción	Fecha de Compra	Valor
Total Reclamado		

Declaro que toda la información declarada en este reporte es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento. Acepto colaborar con la Compañía en todos los medios necesarios en que pueda asistir en la investigación de esta reclamación.

Ubicación:

Fecha:

Firma del Asegurado

(En caso de Persona Jurídica, firma y sello)

"Declaro que, en cumplimiento de los artículos 13 y 14 de la Ley Para el Reconocimiento de las Comunicaciones y Firmas Electrónicas, Decreto 47-2008 autorizo a la Compañía de Seguros a consultar información referente a reclamos sobre las pólizas de seguros contratadas a mi favor, así como información sobre datos personales, bienes y relaciones con terceros, en base a los artículos 1, 2, 9 numeral 1 y 64 de la Ley del Acceso a la Información Pública, Decreto 57-2008, autorización que permanecerá mientras subsista cualquier acto pendiente relacionado en forma directa o indirecta con la relación contractual de las partes existentes.