



**SEGUROS
La FLORESTA**

LIQUIDACION FORZOSA MEDIANTE RES. JD 089 DEL 14/11/2019.

FORMULARIO DEL RECLAMANTE

Marque con una X su tramite

DEVOLUCION DE PRIMA	<input type="checkbox"/>
SINIESTRO	<input type="checkbox"/>
PROVEEDOR	<input type="checkbox"/>
OTROS	<input type="checkbox"/>

Confirmar:

<input type="checkbox"/>	Asegurado
<input type="checkbox"/>	Afectado
<input type="checkbox"/>	Proveedor

Detalle en observaciones

FECHA / /20

N° POLIZA	FECHA DE EMISIÓN
ASEGURADO	
CÉDULA o PASAPORTE	
CORREO ELECTRÓNICO	
Teléfono	
N° DE RECLAMO	Monto B/.
RAMO	
FECHA DE RECLAMO	
ESTATUS DEL RECLAMO	
CÉDULA o PASAPORTE	

OBSERVACIONES:	

PROVEEDOR	
RUC.	
No. De Factura	
Fecha de factura	
Detalle:	

Recuerde presentar adjuntos originales que respaldan su formulario.

Formulario No. _____