



**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

SINIESTRO

PROVEEDOR

OTROS

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Confirmar:

☐

Asegurado

☐

Afectado

☐

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. _____