Multinational Insurance Company
— Seguro te Responde —

Una vez llenado el formulario enviar al siguiente correo electrónico: **micclaims@multinationalpr.com**

INFORME DE RECLAMACIÓN – RESPONSABILIDAD PÚBLICA

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:

Descripción de Incidente:

Describir Daños o Lesiones:

Testigo o Testigos:

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: _____