

FORMULARIO DE RECLAMACIONES PROPIEDAD PERSONAL / CONTENIDO

Instrucciones generales:

El presente documento tiene que ser completado en su totalidad respecto a aquella propiedad o áreas por las cuales se reclaman daños, incluyendo fotos, estimados, recibos de compra, facturas, evidencia de pago y cualquier otro documento o información en apoyo a la reclamación presentada, de manera que quede documentado el daño reclamado, la causa del daño y el valor del mismo. Esto, en cumplimiento con la reglamentación que exige a todo asegurado la presentación y documentación de una reclamación como parte de su ejercicio de solicitar una compensación a consecuencia de un peligro y daño cubierto. La ausencia o insuficiencia de información que impida que se pueda realizar un ajuste, será razón suficiente para cerrar la reclamación sin perjuicio de que la misma se pueda reabrir posteriormente cuando remita la información necesaria.

Favor iniciar cada una de las hojas de este Formulario de Reclamación y estampar su firma al final del documento. En caso de que la persona que llene el presente Formulario no sea la persona asegurada bajo la póliza será necesario obtener la firma del asegurado. Una vez completado el presente formulario debe enviarlo a la siguiente dirección: reclamaciones@tacticllc.net.

AVISO SOBRE INFORMACIÓN FRAUDULENTA

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.

MAPFRE PRAICO INSURANCE COMPANY MAPFRE PAN AMERICAN INSURANCE COMPANY

Nombre Asegurado:	
Número de Póliza:	Número de Reclamación:
Aviso de Pérdida:	Fecha de Evento:

Teléfono Celular:	Teléfono Trabajo:
Correo Electrónico:	Dirección Postal:
Dirección física de la propiedad:	

Plantas: 1 2 3 Área total de la residencia: _____ (Pies Cuadrados)

Favor narrar cómo ocurrieron los daños:

Favor identificar el contenido afectado, ubicación dentro de la propiedad y el tipo de daño:

Contenido Afectado	Ubicación	Fotos	Estimado	Factura	Otro
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

Al firmar el presente documento afirmo haber inspeccionado todas y cada una de las áreas de mi propiedad y los campos marcados representan los daños sufridos por mi propiedad como resultado del evento. De igual forma, afirmo que los campos no marcados o dejados en blanco representan la inexistencia de daños en esas áreas a consecuencia del evento.

Presentado por:

Nombre asegurado:	Firma asegurado:
Nombre de representante:	Firma de Representante:
Relación con asegurado:	Fecha: