

## AVISO DE PÉRDIDA CATASTRÓFICA (Huracán & Terremoto)

Fecha Reporte: \_\_\_\_\_

Fecha Ocurrencia: \_\_\_\_\_

Número Póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

No. Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección de la Propiedad Asegurada: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Persona de Contacto: \_\_\_\_\_

Teléfono Residencia: \_\_\_\_\_

Celular \_\_\_\_\_

Dirección Electrónica (e-mail) \_\_\_\_\_

Descripción de la Pérdida o Daños (Especifique artículos dañados)

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Cantidad aproximada de los daños: \_\_\_\_\_

 ¿Tiene acreedor hipotecario? Sí  No 

Acreedor \_\_\_\_\_ No. Péstamo \_\_\_\_\_

 ¿Tiene otra póliza que cubra la propiedad afectada? Sí  No  No Sé 

Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

Cubierta Provista: \_\_\_\_\_

Productor de Seguros: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES AL ASEGURADO**

1. Proteger la propiedad afectada.
2. No disponer o botar la propiedad afectada hasta que lo visite un representante de la compañía.
3. Preparar un inventario de la propiedad afectada y tratar de conseguir las facturas de compra.
4. Fotografiar los daños.
5. Llamar a su agente de seguros y explicarle que usted notificó la pérdida a la compañía.

NOTA IMPORTANTE; "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 FRAUDULENTO 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 Autorizada _____	Fecha _____
------------------------	-------------

**PARA USO OFICIAL**

SEVERIDAD 1 <input type="checkbox"/>	SEVERIDAD 2 <input type="checkbox"/>	SEVERIDAD 3 <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

ZONA 1 <input type="checkbox"/>	ZONA 2 <input type="checkbox"/>	ZONA 3 <input type="checkbox"/>	ZONA 4 <input type="checkbox"/>
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

CONTACTO POR: TELÉFONO <input type="checkbox"/>	PERSONAL <input type="checkbox"/>	PRODUCTOR/CORREDOR <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------------	---

**PARA USO DE LA AGENCIA**

Favor identificar las cubiertas incluidas en esta póliza y certificar si la ha sido pagada.

PROPERTY				LIMIT	DEDUCTIBLE	AUTOMOVIL		
<input type="checkbox"/> Building	<input type="checkbox"/> Basic	<input type="checkbox"/> Broad	<input type="checkbox"/> Special			AUTO PHYSICAL DAMAGE		
<input type="checkbox"/> Content	<input type="checkbox"/> Basic	<input type="checkbox"/> Broad	<input type="checkbox"/> Special			COVERAGE		DEDUCTIBLE
<input type="checkbox"/> Business Income						<input type="checkbox"/> Comprehensive		
<input type="checkbox"/> OTHER						<input type="checkbox"/> Collisión		
<input type="checkbox"/> Plate Glass						<input type="checkbox"/> Towing		
<input type="checkbox"/> Crime	(Coverage)					<input type="checkbox"/> AUTO LIABILITY		LIMIT
<input type="checkbox"/> Inland Marine	(Coverage)					<input type="checkbox"/> Daños Corporales BI)		
LIABILITY / CASUALTY						<input type="checkbox"/> Daños a la Propiedad		
BI						<input type="checkbox"/> Gastos Médicos		
PD								
MEDICAL PAYMENT								
ACREEDOR:								
EFFECTIVIDAD	Desde		Hasta					
PRIMA								
<input type="checkbox"/> Pagada	<input type="checkbox"/> No pagada							