

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN FINANCIERA

ENVÍE POR CORREO EL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN EN LOS PRÓXIMOS 30 DÍAS PUES DE LO CONTRARIO, ES POSIBLE QUE NO SE ORDENE LA INDEMNIZACIÓN

MARQUE AQUÍ Y DEVUELVA EL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN INMEDIATAMENTE SI NO HAY RECLAMACIÓN FINANCIERA

Persona que sufrió la pérdida:

Nombre del/de los presunto(s) delinciente(s):

Descripción de la pérdida: *Desglose y adjunte las facturas, recibos y/o estimados. Haga una lista de sus pérdidas después de deducir los pagos que haya recibido o que espera recibir por parte de su seguro. (Si cuenta con seguro, primero debe usarlo.) No es posible reembolsar la pérdida de ingresos, pérdida de días de vacaciones o de incapacidad, ni renta de autos por medio de una indemnización.*

_____ \$
_____ \$
_____ \$
_____ \$
_____ \$

Después de la pérdida de ingresos

(incluido el reembolso de salarios de empleados por involucramiento)

Pérdida total \$ _____

Información del seguro

¿El seguro cubre la pérdida? _____ sí _____ no _____ parcialmente

Monto de la reclamación presentada a la compañía de seguros \$ _____

Monto de la reclamación que el seguro pagó \$ _____ Deducible \$ _____

Nombre de la compañía de seguros _____

Dirección _____

Teléfono _____ Número de póliza _____

Esta sección es obligatoria para poder ordenar la indemnización

Si el seguro no cubrió la reclamación, describa brevemente el motivo _____

La indemnización debe pagarse a:

Nombre _____ Tel. de casa _____ Tel. del trabajo _____

Dirección _____ Correo electrónico _____

Por medio de la presente, declaro que la información anterior es verídica.

Firma _____

**Comuníquese con Carol Aversa para recibir ayuda
610-630-2252, ext. 7675
caversa@montcopa.org**

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Claim approved for \$ _____ Date _____

Approved by _____

CUANDO TERMINE DE LLENAR ESTE FORMULARIO, ¡CONSERVE LA COPIA ROSA!