

AVISO DE PÉRDIDA CATASTRÓFICA
(Huracán & Terremoto)



Fecha Reporte: _____

Fecha Ocurrencia: _____

Número Póliza: _____

No. Seguro Social _____

Nombre del Asegurado: _____

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)

Tipo de Construcción: Concreto Madera Concreto y Madera Concreto y Metal

Cantidad aproximada de los daños: \$ _____

¿Tiene acreedor hipotecario? Sí No

Acreedor _____ No. Préstamo: _____

¿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 SEVERIDAD 2 SEVERIDAD 3

ZONA 1 ZONA 2 ZONA 3 ZONA 4

CONTACTO POR: TELÉFONO PERSONAL PRODUCTOR/CORREDOR

PARA USO DE LA AGENCIA

Favor identificar las cubiertas incluidas en esta póliza y certificar si 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"/>	Collision	
<input type="checkbox"/>	Plate Glass						<input type="checkbox"/>	Towing	
<input type="checkbox"/>	Crime		(Coverage)				<input type="checkbox"/>	AUTO LIABILITY	
<input type="checkbox"/>	Inland Marine		(Coverage)				<input type="checkbox"/>	LIMIT	
LIABILITY / CASUALTY							<input type="checkbox"/>	Daños Corporales BI	
BI							<input type="checkbox"/>	Daños a la Propiedad	
PD							<input type="checkbox"/>	Gastos Médicos	
MEDICAL PAYMENT									
ACREEDOR:									
EFECTIVIDAD		Desde			Hasta				
PRIMA									
<input type="checkbox"/>	Pagada		<input type="checkbox"/>	No pagada					