

FORMULARIO DE RECLAMO SEGUROS GENERALES

FECHA INFORME: _____

INFORME PRELIMINAR

ASEGURADO _____

DIRECCION DE RIESGO _____

POLIZA _____

REFERENCIA MAPFRE _____

REFERENCIA AJUSTADOR _____

FECHA DE ASIGNACIÓN _____

FECHA DE SINIESTRO _____

FECHA DE INSPECCION _____

COBERTURA A SER AFECTADA _____

DESCRIPCION DE LOS DAÑOS _____

DESCRIPCION DETALLADA DE BIENES AFECTADOS _____

RESERVAS SUGERIDAS US\$ _____

RESERVAS SUGERIDAS GTQ. _____

RESPONSABLE EMPRESA ASEGURADA (NOMBRE Y CARGO). _____

DOCUMENTACION ADJUNTA	1. INVENTARIO	<input type="checkbox"/>	4. DENUNCIA MP	<input type="checkbox"/>
	2. FACTURAS	<input type="checkbox"/>	5. DENUNCIA PNC	<input type="checkbox"/>
	3. CARTA FORMAL DE RECLAMO	<input type="checkbox"/>	6. DOCUMENTOS DE PROPIEDAD	<input type="checkbox"/>
	* OTROS: ESPECIFIQUE	_____		

AJUSTADOR QUE ATENDIO EMERGENCIA (Nombre y Empresa de ajustes). _____