



AUTOMOBIL NOTIFICACIÓN DE PÉRDIDA

12501 Old Columbia Pike - Silver Spring, MD 20904
OFICINA: 1 (888) 951-4ARM (4276) | **FAX:** (301) 453-7060
CORREO ELECTRÓNICO: claims@adventistrisk.org

▷ ASEGURADO:

NOMBRE DE IGLESIA, ESCUELA, ETC:
 ASOCIACIÓN/CONFERENCIA:

CONTACTO - NOMBRE:

CONTACTO - CORREO ELECTRÓNICO:

TELÉFONO - CASA:

TELÉFONO - TRABAJO:

▷ INFORMACIÓN DE PÉRDIDA:

| | | | | | |
|---|-----|-------------------------------|----------------------|----------------|----|
| MES | DIA | AÑO | HORA | AM | PM |
| SITIO DEL ACCIDENTE - DIRECCIÓN: | | CIUDAD: | ESTADO: | CÓDIGO POSTAL: | |
| FECHA DE REPORTE DE POLICIA (MM/DD/AAAA): | | NUMERO DE REPORTE DE POLICIA: | VIOLACIONES/TICKETS: | | |
| DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE/PROPOSITO DEL VIAJE (PUEDE USAR OTRO PAPEL PARA PONER LOS DETALLES) | | | | | |

▷ VEHICULO ASEGURADO:

AÑO, MARCA, MODELO: V.I.N.:

DUÑO - NOMBRE: APELLIDO: CORREO ELECTRÓNICO:

DIRECCIÓN: CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL:

CHOFER - NOMBRE: APELLIDO: EMAIL ADDRESS:

DIRECCIÓN: CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL:

RELACIÓN ENTRE CHOFER Y ASEGURADO: FECHA DE NACIMIENTO: RAZON PARA EL USO DEL VEHICULO: ¿EL CHOFER FUE HERIDO? SI NO

DESCRIBA EL DAÑO: ¿EL USO ESTABA AUTORIZADO? SI NO

ESTIMADO DEL ARREGLO: ¿DONDE SE HIZO EL ESTIMADO? - DIRECCIÓN: CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL:

▷ DAÑO A PROPIEDAD: INFORMACIÓN DEL OTRO VEHICULO INVOLUCRADO

DESCRIPCIÓN DE PROPIEDAD (EJ.M. AUTO- AÑO, MARCA, MODELO, PLACAS):

NOMBRE Y POLIZA DEL OTRO VEHICULO:

DUÑO - NOMBRE: APELLIDO: TELÉFONO RESIDENCIAL: TELÉFONO DE TRABAJO:

DIRECCIÓN: CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL:

CHOFER - NOMBRE: APELLIDO: TELÉFONO RESIDENCIAL: TELÉFONO DE TRABAJO:

DIRECCIÓN: CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL:

DESCRIBA EL DAÑO: ESTIMADO DEL ARREGLO:

¿DONDE SE HIZO EL ESTIMADO? - DIRECCIÓN: CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL: ¿EL CHOFER FUE HERIDO? SI NO

▷ PASAJEROS: USE PAGINA ADICIONAL SI ES NESESARIO

NOMBRE: APELLIDO: TELÉFONO: ¿HERIDO? SI NO

DIRECCIÓN: CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL:

NOMBRE: APELLIDO: TELÉFONO: ¿HERIDO? SI NO

DIRECCIÓN: CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL:

NOMBRE: APELLIDO: TELÉFONO: ¿HERIDO? SI NO

DIRECCIÓN: CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL:

▷ WITNESSES: USE PAGINA ADICIONAL SI ES NESESARIO

NOMBRE: APELLIDO: TELÉFONO:

DIRECCIÓN: CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL:

NOMBRE: APELLIDO: TELÉFONO:

DIRECCIÓN: CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL:

▷ REPORTADO POR:

FECHA (MM/DD/AAAA):

▷ FORMULARIO LLENO POR: NOTICE

FECHA (MM/DD/AAAA):

▷ FIRMA DE ASEGURADO/REPRESENTANTE AUTORIZADO:

FECHA DE LA FIRMA (MM/DD/AAAA):