



# RESPONSABILIDAD CIVIL (EXCLUYENDO AUTOMOVIL) DECLARACIÓN DE PÉRDIDA

12501 Old Columbia Pike - Silver Spring, MD 20904

OFICINA: (301) 453-7400 | FAX: (301) 453-7060

EMAIL: claims@adventistrisk.org

## DEBE SER RELLENADO POR EL REPRESENTANTE DEL ASEGURADO

DIVISIÓN:

### ▷ INSTITUCIÓN ASEGURADA:

NOMBRE:

NUMERO DE TELÉFONO | OFICINA:

CASA:

DIRECCIÓN:

CIUDAD:

ESTADO:

CÓDIGO POSTAL:

### ▷ UBICACIÓN DEL INMUEBLE ASEGURADO:

DIRECCIÓN:

CIUDAD:

ESTADO:

CÓDIGO POSTAL:

### ▷ HORA Y LUGAR:

MES	DIA	AÑO	HORA
-----	-----	-----	------

AM

PM

DIRECCIÓN:

CIUDAD:

ESTADO:

CÓDIGO POSTAL:

### ▷ PERSONA LESIONADA:

NOMBRE:

APPELLIDO:

EDAD:

OCUPACIÓN:

NUMERO DE TELÉFONO | OFICINA:

CASA:

RELACION CON EL ASEGURADO:

DIRECCIÓN:

CIUDAD:

ESTADO:

CÓDIGO POSTAL:

EMPLEADO DE:

¿QUE ESTABA HACIENDO LA PERSONA CUANDO SE LESIONÓ?

### ▷ LA LESIÓN:

TIPO Y MAGNITUD DE LA LESIÓN:

¿A DONDE SE LLEVO AL LESIONADO DESPUES DEL ACCIDENTE?

NOMBRE DEL DOCTOR:

¿POR QUE ESTABA EL LESIONADO EN EL INMUEBLE?

INCAPACIDAD PROBABLE:

¿VOLVIÓ A TRABAJAR EL LESIONADO?

YES

NO

### ▷ DAÑO A LA PROPIEDAD:

PROPIETARIO:

NUMERO DE TELÉFONO | OFICINA:

CASA:

COSTO DE REPARACIÓN CALCULADO:

DIRECCIÓN:

CIUDAD:

ESTADO:

CÓDIGO POSTAL:

INDICAR DAÑO:

### ▷ TESTIGO:

NOMBRE:

APPELLIDO:

NUMERO DE TELÉFONO | OFICINA:

CASA:

DIRECCIÓN:

CIUDAD:

ESTADO:

CÓDIGO POSTAL:

### ▷ DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE:

▷ NOMBRE DE LA AUTORIDAD POLICIAL A QUIEN SE HIZO EL INFORME DEL ACCIDENTE:

UBICACIÓN:

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:

FECHA DEL INFORME (MM/DD/AAAA):

▷ FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL ASEGURADO:

RESPONSABILIDAD/TÍTULO:

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