FNR-005

Estado Libre Asociado de Puerto Rico

Oficina del Comisionado de Seguros

Estado de Fondos No Reclamados

al 31 de diciembre de 20_____

Nombre de la persona o entidad en posesión de los fondos _____

Dirección _____

Teléfono contacto _____ Página _____ de _____

Nombre del asegurado, rentista, beneficiario o persona que pueda tener interés en los fondos (en orden alfabético)					
Nombre, Inicial	**Apellidos**	**Ultima Dirección Conocida**	**Número de Póliza**	**Fecha en que se convirtieron en pagaderos**	**Cantidad adeudada**

Nota: En caso que requiera espacio adicional, favor de anejar otro formulario e indicar número de página.

$ -

POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE, luego de una búsqueda minuciosa y diligente en nuestros libros, la información incluida en el archivo electrónico anejado, es fiel y correcta a mi mejor conocimiento.

_____
Firma de Oficial Autorizado

Affidávit núm. _____
Subscrito y juramentado ante mí, por_____, mayor de edad, _____, _____, y vecino de _____.
A quien doy fe de conocer personalmente o de haber identificado mediante:_____.
Hoy _____ en_____, _____.
(Fecha) (Ciudad) (Estado)

_____
Notario Público