GOBIERNO DE PUERTO RICO
OFICINA DEL COMISIONADO LIQUIDADOR
PO Box 270010, San Juan, P.R. 00927-0010
Tel. 787-300-3777

RECLAMACIÓN DE PRIMA NO DEVENGADA
COMO ASEGURADO (_____) Y/O RECLAMANTE (_____)
NATIONAL INSURANCE COMPANY ASEGURARDOR EN LIQUIDACION

1. Nombre del Asegurado: _____
2. Dirección Postal del Asegurado: _____
   _____
3. Teléfono residencial: _____ Oficina: _____
4. Nombre del Representante y/o Reclamante: _____
5. Dirección Postal: _____
   _____
6. Teléfono del Representante y/o Reclamante:_____
7. Número de Póliza: _____ Prima Pagada: $ _____
8. Fecha de Efectividad: _____Vencimiento: _____
9. Período de cubierta a la que aplica la prima pagada: _____
10. ¿A quién se le pagó la prima? _____
    (Nombre de la persona, entidad o financiero)
11. Forma de Pago:_____
    (efectivo, cheque o a través de financiamiento)
12. Nombre y dirección del Agente o Corredor: _____
    _____
13. Teléfono del Agente o Corredor:_____
14. ¿Qué aseguraba su póliza?_____
    (Auto, Residencia, Responsabilidad Pública, etc.)
15. Importe que se reclama sobre Prima No Devengada: $_____
16. Fecha en que reclama sobre Prima No Devengada : _____
17. Fecha en que su seguro con Nacional Insurance fue cancelado:_____
18. Nombre del Nuevo Asegurador:_____
19. Nombre y dirección del Agente o Corredor que tramitó el nuevo seguro:_____
    _____
20. Prima Pagada sobre el nuevo seguro: $_____
21. Fecha de efectividad:_____ Vencimiento:_____
22. Si usted radicó alguna reclamación con Nacional Insurance Company, u otra persona o entidad en relación con las Primas No Devengadas ahora reclamadas, indique fecha, o fechas en que se hizo, a quién se dirigió y resultado de las gestiones.
    _____
    _____
    _____

_____
Firma del Reclamante

AFFIDAVIT NÚM._____

JURADO Y SUSCRITO ANTE MI, por _____, mayor de edad, y vecino de_____,

a quien doy fe de conocer personalmente o he identificado mediante _____,

Puerto Rico, hoy _____de _____de_____.

_____
Firma del Notario Público