



DIVISIÓN DE AMÉRICA DEL NORTE RESPONSABILIDADES GENERALES DECLARACIÓN DE PÉRDIDA

12501 Old Columbia Pike - Silver Spring, MD 20904

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

CORREO ELECTRÓNICO: claims@adventistrisk.org

CONFERENCIA:

▷ DATOS DEL ASEGURADO:

NOMBRE DE LA IGLESIA/ESCUELA/OTRO:

NOMBRE DEL CONTACTO:

TELÉFONO | TRABAJO:

CASA:

CORREO ELECTRÓNICO:

DOMICILIO DE LA IGLESIA/ESCUELA/OTRO:

CIUDAD:

ESTADO:

CÓDIGO POSTAL:

▷ DATOS DE LA PÉRDIDA: FECHA Y HORA DE LA PÉRDIDA OF LOSS

DÍA	MES	AÑO	HORA	AM	PM
-----	-----	-----	------	----	----

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE:

▷ DATOS DEL LUGAR DEL INCIDENTE:

NOMBRE DU PROPIETARIO DEL LOCAL:

DOMICILIO:

CIUDAD:

ESTADO:

CÓDIGO POSTAL:

TELÉFONO | TRABAJO:

CASA:

RELACIÓN CON EL ASEGURADO:

▷ DATOS DE LA PERSONA LESIONADA O LOS BIENES DAÑADOS:

NOMBRE :

FECHA DE NACIMIENTO:
(DD/MM/AA)

No DE SÉGURO SOCIAL:

MASCULINO FEMENINO

DOMICILIO:

CIUDAD:

ESTADO:

CÓDIGO POSTAL:

TELÉFONO | TRABAJO:

CASA:

CORREO ELECTRÓNICO

DESCRIPCIÓN DE LESIONES O DAÑOS: (EJEMPLOS: FRACTURA DEL BRAZO, ESGUINCE DE ESPALDA, VENTANA ROTA, ETC.)

DÉCRIBA EL BIEN: (TIPO, MODELO, ETC.)

MONTO ESTIMADO DE LA RÉPARACIÓN:

NOMBRE DEL EMPLEADO:

RELACIÓN CON EL ASEGURADO O ENTIDAD:

DOMICILIO:

CIUDAD:

ESTADO:

CÓDIGO POSTAL:

TELÉFONO | TRABAJO:

CASA:

▷ TESTIGO:

NOMBRE:

I.S.P

APELLIDO :

TELÉFONO | TRABAJO:

CASA:

DOMICILIO:

CIUDAD:

ESTADO:

CÓDIGO POSTAL:

▷ COMENTARIOS:

▷ REPORTADO POR:

CARGO:

No DE TELÉFONO:

REPORTADO A:

CARGO:

FECHA (DD/MM/AA):

▷ FIRMA DEL ASEGURADO:

FECHA (DD/MM/AA):



RESPONSABILIDADES GENERALES

INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD

ES CRÍTICO ENVIAR EL REPORTE DE MANERA OPORTUNA E INMEDIATA

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA: (DEBE ANEXARSE AL FORMULARIO DE LA SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN LLENADO)

- Si hay participación de un abogado, proporcione su nombre y domicilio ;
- ¿Hay documentos entregados? en caso afirmativo, ¿cuándo? Anexe una copia;
- Copias de facturas médicas, en su caso.

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL REQUERIDA PARA SITUACIONES DE RESPONSABILIDAD MÉDICA:

- Expedientes médicas;
- Reporte del incidente;
- Cualquier declaración d personal médica.

PROCEDIMIENTO:

Favor de enviar la información que antecede a Adventist Risk Management, Inc. En situaciones complejas, ARM podrá nombrar a un ajustador. Es importante que Usted coopere con ellos. En caso de problemas, háganos saber inmediatamente.

CUALQUIER INFORMACIÓN ADICIONAL DEBERÁ SER ENVIADA EN CUANTO SEA RECIBIDA.

Adventist Risk Management, Inc.
12501 Old Columbia Pike
Silver Spring, MD 20904
OFICINA: (301) 453-7400 | FAX : (301) 453-7060
CORREO ELECTRÓNICO: claims@adventistrisk.org