

ENVÍE SUS RECLAMOS A:
MARYLAND INSURANCE ADMINISTRATION
PROPERTY AND CASUALTY COMPLAINTS
200 SAINT PAUL PLACE, Suite 2700
BALTIMORE, MARYLAND 21202
N° DE DISCADO DIRECTO (410) 468-2340
N° DE FAX (410) 468-2334

NOMBRE:

(SE DEBE COMPLETAR)

DIRECCIÓN:

(SE DEBE COMPLETAR)

DIRECCIÓN 2: _____

LOCALIDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL:

(SE DEBE COMPLETAR)

DIRECCIÓN DE CORREO

ELECTRÓNICO: _____

N° DE TELÉFONO:

PARTICULAR: ()

TRABAJO: ()

_____ Extensión: _____

CELULAR: ()

MÓVIL: ()

PRESENTACIÓN DE RECLAMOS:

(1) EL RECLAMO ES CONTRA: (COMPLETE A o B)

(A) NOMBRE DE MI COMPAÑÍA DE
SEGUROS: _____

NÚMERO DE PÓLIZA: _____

NOMBRE DEL PRODUCTOR/AGENTE: _____

DIRECCIÓN 1: _____

DIRECCIÓN 2: _____

(COMPLETAR AL DORSO)

LOCALIDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL: _____

N° DE TELÉFONO: () _____

FAX: () _____

(B) NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE UN TERCERO: _____

NOMBRE DEL TERCERO: _____

NÚMERO DE PÓLIZA: _____

NÚMERO DE RECLAMO: _____

(2) FECHA DE PÉRDIDA: _____

**PROPORCIONE UN BREVE DETALLE DE SU RECLAMO:
(COMPLETE A MÁQUINA O ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA LEGIBLE)**

ADJUNTE COPIAS DE CUALQUIER CORRESPONDENCIA U OTROS DOCUMENTOS RELACIONADOS CON ESTE ASUNTO QUE USTED CONSIDERE PODRÍAN AYUDARNOS EN LA INVESTIGACIÓN DEL RECLAMO. COMPRENDA QUE PUEDE ENVIARSE UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO Y DE CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN ADJUNTA AL TERCERO CONTRA EL CUAL SE HACE EL RECLAMO.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____

(COMPLETAR AL DORSO)