

¡ESTAMOS AQUÍ PARA SERVIRTE! Por favor toma nota de las siguientes recomendaciones sobre qué hacer después de una pérdida:

- Siempre que sea posible, protege tu propiedad para evitar daños adicionales.
- Documenta los daños usando fotos y guardando cualquier evidencia de pérdida. Esta información puede ser solicitada para propósitos de evaluación y validación de la pérdida.
- Guarda copia de facturas o recibos relacionados a reparaciones realizadas, si alguna. Esta información puede ser útil para nuestros ajustadores.
- No todas las pólizas tienen las mismas cubiertas como, por ejemplo, contenido u otras estructuras. Revisa tu Hoja de Declaración para saber qué tipo de coberturas tienes.

RECUERDA todas nuestras pólizas están sujetas a un deducible, el cual se descuenta del pago a tu reclamación. Consulta la Hoja de Declaraciones de tu póliza, para validar cual te corresponde.

Completa la información requerida según las instrucciones aquí provistas:

- Para evitar retrasos con tu reclamación, revisa el formulario para asegurarte que hayas incluido toda la documentación requerida. También asegúrate que haya completado, firmado y obtenido las firmas necesarias en cada sección requerida.
- Si es posible, incluye con tu reclamación fotos de los daños y estimados para la reparación de estos.
- Recomendamos que guardes copia de todos los documentos que sometas.

Bajo circunstancias normales, el ajustador asignado se estará comunicando contigo dentro de 3 a 5 días laborables para coordinar la cita de inspección de la propiedad.

¡REPORTA TU RECLAMACIÓN!



Envía tu reclamación por correo regular a:
350 Carlos Chardón Ave.
Torre Chardón Suite 1101
San Juan, PR 00918



Envía tu reclamación por correo electrónico a:
capic.dwelling@assurant.com



¿NECESITAS AYUDA?

Visita nuestro portal de internet a pr.assurantcustomerportal.com.
Estamos disponibles de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00pm.
Llámanos libre de costo al 1-855-758-6256.



QUIEN REPORTA LA RECLAMACIÓN
ESTA SECCIÓN ES REQUERIDA PARA EVALUAR SU RECLAMACIÓN
NOMBRE COMPLETO
RELACIÓN CON EL ASEGURADO NOMBRADO:
 Asegurado Agente/Corredor/Representante Autorizado Familiar

ESPECIFICA:
TELÉFONO CELULAR
TELÉFONO SECUNDARIO
TELÉFONO ALTERNO
INFORMACIÓN DEL ASEGURADO NOMBRADO
ESTA SECCIÓN ES REQUERIDA PARA EVALUAR SU RECLAMACIÓN
NÚMERO DE PÓLIZA
NÚMERO DE PRÉSTAMO
ACREEDOR HIPOTECARIO
NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO NOMBRADO
DIRECCIÓN FÍSICA DE LA PROPIEDAD ASEGURADA
DIRECCIÓN POSTAL
TELÉFONO CELULAR
TELÉFONO SECUNDARIO
TELÉFONO ALTERNO
¿NOS AUTORIZA A ENVIARLE CORREOS ELECTRONOS? SI NO

CORREO ELECTRONICO

NOSOTROS Y OTROS QUE ACTUAN EN NUESTRO NOMBRE PODEMOS UTILIZAR LA INFORMACIÓN QUE RECOPIAMOS PARA OPERAR NUESTRO PRODUCTO Y NUESTRO SERVICIO. POR EJEMPLO, PODEMOS USAR LA INFORMACIÓN QUE RECOGEMOS O RECIBIMOS PARA INTENTAR CONTACTARLE A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO PARA PROVEER APOYO Y ASISTENCIA DURANTE EL PROCESO DE LA RECLAMACIÓN, SEGÚN LO PERMITA LA LEY.

TIPO DE PERDIDA		<input type="checkbox"/> FUEGO <input type="checkbox"/> TORMENTA DE VIENTO, GRANIZO <input type="checkbox"/> HURTO <input type="checkbox"/> TERREMOTO <input type="checkbox"/> OTRO _____	
FECHA DE PERDIDA		DIRECCIÓN FÍSICA DONDE OCURRIERON LOS DAÑOS (SI ES DIFERENTE A LA DIRECCIÓN DE LA PROPIEDAD ASEGURADA)	
_____	_____	_____	
MES	DÍA	AÑO	
¿ESTABA LA PROPIEDAD HABITADA AL MOMENTO DE LA OCURRENCIA?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
SI CONTESTÓ NO, ¿DESDE CUÁNDO?		_____	_____
		MES	DÍA
¿ESTABA LA PROPIEDAD EN REMODELACIÓN AL MOMENTO DE LA PERDIDA?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI CONTESTASTE SÍ, POR FAVOR INCLUYE LA INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL CONTRATISTA.
		NOMBRE	_____
		TELÉFONO	_____
DESCRIBE DETALLADAMENTE LO OCURRIDO			
LISTE LOS DAÑOS (USE EL ESPACIO ADICIONAL EN LA PÁGINA 5 SI ES NECESARIO)			
1.		3.	
2.		4.	
¿A QUE AGENCIAS SE LE REPORTO LA PERDIDA?		<input type="checkbox"/> POLICIA <input type="checkbox"/> BOMBEROS <input type="checkbox"/> FEMA <input type="checkbox"/> OTROS _____	
NÚMERO DE QUERRELLA/INFORME		DIRECCIÓN DE LA AGENCIA	
NOMBRE DEL POLICÍA/FUNCIONARIO		NÚMERO DE PLACA/IDENTIFICACIÓN	
¿ESTA OCURRENCIA ESTÁ CUBIERTA EN OTRA PÓLIZA?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
SI CONTESTASTE SÍ, INCLUYE NOMBRE DE LA COMPAÑÍA Y NÚMERO DE PÓLIZA			
INFORMACIÓN DE LOS TESTIGOS DE LA OCURRENCIA ((USE EL ESPACIO ADICIONAL EN LA PÁGINA 6 SI ES NECESARIO)			
NOMBRE		NÚMERO DE TELÉFONO	
1		-	
2		-	

FAVOR DE LLENAR ESTA PARTE DEL FORMULARIO, SI TIENE UNA PERDIDA DE PROPIEDAD PERSONAL. LE REFERIMOS A HOJA DE DECLARACIONES PARA INFORMACIÓN DE SUS CUBIERTAS.

TIPO DE PÉRDIDA FUEGO TORMENTA DE VIENTO, GRANIZO HURTO TERREMOTO OTRO _____

¿DONDE FUE LA PERDIDA? (SI NO ES LA MISMA QUE LA PROPIEDAD ASEGURADA)

¿ES USTED EL DUEÑO DE LA PROPIEDAD? SÍ NO

SI NO, NOMBRE DEL DUEÑO

¿ESTABA LA PROPIEDAD HABITADA AL MOMENTO DE LA OCURRENCIA? SÍ NO

SI CONTESTÓ NO, ¿DESDE CUÁNDO?

MES

DÍA

AÑO

¿ESTABA LA PROPIEDAD EN REMODELACIÓN AL MOMENTO DE LA PERDIDA?

SÍ
 NO

SI CONTESTASTE SÍ, POR FAVOR INCLUYE LA INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL CONTRATISTA

NOMBRE

TELÉFONO

DESCRIBE DETALLADAMENTE LO OCURRIDO.

¿HAS SUFRIDO ANTES ALGUNA PÉRDIDA DE ESTA NATURALEZA? SÍ NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, POR FAVOR INCLUYE DETALLES DE LA FECHA, LA CAUSA, LOS DAÑOS Y LA INFORMACIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO QUE ATENDIÓ LA RECLAMACIÓN, SI APLICA.

LISTA LOS DAÑOS A TU PROPIEDAD (USE EL ESPACIO ADICIONAL EN LA PÁGINA 5 SI ES NECESARIO)

DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	DETALLE DE DAÑOS	FECHA DE COMPRA	CANTIDAD PAGADA	CANTIDAD ESTIMADA
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$

INCLUYA CUALQUIER FACTURA, RECIBO Y DOCUMENTOS RELACIONADOS A SU RECLAMACIÓN.

AUTORIZACIÓN

Por favor certifica que toda la información aquí provista es correcta y fidedigna.

AUTORIZO a cualquier compañía aseguradora o reaseguradora, asegurador, agencia encargada del cumplimiento de las leyes, cuerpo de bomberos o cualquier otra organización o persona que tenga expedientes, datos o información referente a esta reclamación que provea, de ser solicitado dicho expediente, datos o información a Caribbean American Life Assurance Company/Caribbean American Property Insurance Company (las aseguradoras) o a su representante o representantes autorizados. Entiendo que, al ejecutar esta autorización, renuncio al derecho de que dicha información sea confidencial, por cuanto la misma es pertinente para el trámite o investigación de mi reclamación. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como la original. Entiendo y certifico que esta autorización es válida para todos los expedientes o cualquier parte de éstos que sean requeridos, que pudieran incluir tratamientos para padecimientos físicos o mentales, uso de alcohol/substancias controladas, y/o resultados de pruebas o diagnóstico y tratamiento del virus de inmunodeficiencia adquirida/SIDA. Expresamente consiento a la divulgación de información como se señala anteriormente. Esta autorización estará vigente durante 6 meses a partir de la fecha en que se firme.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN VERBAL

Es importante para nosotros salvaguardar la privacidad de nuestros clientes y proteger información privada y confidencial. Igualmente entendemos que, en ocasión, un reclamante pudiera querer autorizar a terceros para hablar con Assurant en representación suya. Por favor, completa esta sección de autorización para que otros puedan discutir detalles de tu reclamación. Sin esta autorización no podemos hablar con nadie excepto el reclamante.

Autorizo a Assurant a hablar con _____, quien es mi _____, sobre mi reclamación.

RESPONSABILITY FOR FRAUDELENT INFORMATION

TODA PERSONA que suministre información verbalmente o por escrito u ofrezca cualquier testimonio sobre actos impropios o ilegales que por su naturaleza constituyan actos de fraude en el negocio de seguros, a sabiendas de que los hechos son falsos, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado por cada violación con pena de multa no menor de cinco mil dólares (\$5,000) ni mayor de diez mil dólares (10,000), o pena de reclusión por un término fijo de tres (3) años o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco (5) años, de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de dos (2) años.

“Por la presente certifico que la información indicada anteriormente se basa en una probabilidad médica razonable, y que la misma es verdadera y correcta a mi leal entender y saber.”

FIRMA DEL ASEGURADO

FIRMA

MES

DÍA

AÑO

ESPACIO ADICIONAL

DESCRIPCIÓN DEL ARTICULO	DETALLE DE DAÑOS	FECHA DE COMPRA	CANTIDAD PAGADA	CANTIDAD ESTIMADA
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$

COMENTARIOS ADICIONALES
