SEGUROS DEL PAÍS

RRFR-006 V.1

FORMATO DE RECLAMACIÓN
DE TODO RIESGO CONTRATISTA

DATOS GENERALES

Asegurado	
No. De Póliza:	Expediente:

DECLARACIÓN

Fecha de Ocurrencia:
Descripción de los daños:

Lugar y fecha de notificación	
Firma del Asegurado	Nombre del Representante
Nombre del Receptor	Firma del Receptor