



GOBIERNO DE PUERTO RICO
OFICINA del COMISIONADO de SEGUROS de PUERTO
RICO- LIQUIDADOR
PO Box 363031, San Juan, PR 00936-3031
Tel. 787.999.4777

Fecha: _____

FORMULARIO de RECLAMACIÓN-TCC Corporation

Tipo de Reclamación (marque uno, solo un formulario por tipo de reclamación):

- _____ Ex empleado
- _____ Proveedor de Servicios y Reclamaciones de Servicios
- _____ Ingresos no Devengados
- _____ Gobierno Federal, o Estatal
- _____ Acreedor General
- _____ Préstamos sin Garantía y Notas al Sobrante
- _____ Accionistas, u otros dueños

Nombre del Reclamante: _____

Dirección Postal: _____

Dirección Física: _____

Número de Proveedor: _____ Número de Teléfono: _____

Licencia Conducir #: _____ Seg. Soc. Patronal/Individual #: _____

Importe Reclamado \$ _____

Indique el periodo reclamado: _____

Evidencia que se somete junto con la Reclamación:

- a) _____
- b) _____
- c) _____

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

SELLO DEL NOTARIO