SUPERINTENDECIA DE SEGUROS Y REASEGUROS DE PANAMA

FORMULARIO DE DENUNCIAS

FECHA: _____ DENUNCIA Nº_____

NOMBRE DEL DENUNCIANTE_____

DIRECCIÒN: _____ TELÈFONOS: _____

NOMBRE DEL REGULADO (ASEGURADORA/CORREDOR):_____

DIRECCIÒN_____

MOTIVO DE LA DENUNCIA
(Por favor escribir en le

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

RESULTADOS:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

RECIBIDO POR: _____