



SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS Y REASEGUROS DE PANAMA

FORMULARIO DE DENUNCIAS

FECHA: _____ DENUNCIA N° _____

NOMBRE DEL DENUNCIANTE _____

DIRECCIÓN: _____ TELÈFONOS: _____

NOMBRE DEL REGULADO (ASEGURADORA/CORREDOR): _____

DIRECCIÓN _____

MOTIVO DE LA DENUNCIA
(Por favor escribir en letra imprenta)

RESULTADOS:

RECIBIDO POR: _____