



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Corporación de Seguros Agrícolas

DECLARACIÓN POST-PÉRDIDA

Esta Declaración deberá ser cumplimentada y recibida en la Oficina Central de la Corporación de Seguros Agrícolas de Puerto Rico, **dentro de cinco (5) días calendario de haber ocurrido el siniestro. DEBERÁ ENVIARSE MEDIANTE CORREO POSTAL CERTIFICADO**, a la siguiente dirección:
7 carretera 693 Suite 2, Dorado, PR 00646-3445

Nombre de/la Asegurado/a: _____
(Favor de utilizar letra de molde, incluir iniciales y dos apellidos)

Número de Cliente: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección Postal: _____

Dirección de la Finca: _____

Fecha de la Pérdida: _____ Pérdida: Cosecha ____ Plantación ____ Estructura ____

Tipo de Siniestro: _____

Mencione el/los producto/s asegurado/s y número/s de control/es afectado/s por el siniestro:

Firma del Asegurado/a

Fecha de la Declaración

USO OFICIAL SOLAMENTE		
Núm. Control _____	Núm. Rec. _____	Expira _____
Núm. Control _____	Núm. Rec. _____	Expira _____
Núm. Control _____	Núm. Rec. _____	Expira _____
Núm. Control _____	Núm. Rec. _____	Expira _____
Núm. Control _____	Núm. Rec. _____	Expira _____
Núm. Control _____	Núm. Rec. _____	Expira _____
Núm. Control _____	Núm. Rec. _____	Expira _____



Corporación Seguros Agrícolas de Puerto Rico, 7 carretera 693 Suite 2, Dorado, PR 00646-3445
(787) 722-2748 Fax (787) 725-4710
servicioscsa@agricultura.pr.gov