



Por favor eby p' este zefa i `Uf]c `XY`reclamaciones completado a: claims@insurmark.com

Insurmark : cfa i `Uf]c `XY`RYWUa UW]Ob `XY`V]j]YbXUg`PfYZUVf]WUXUg

V^|.f}}[K ÁHÈFÈÏÎÁ

Correo

Electronico: claims@insurmark.com

Fecha actual: _____

Fecha de pérdida: _____

Nombre del Asegurado: _____

Número de póliza: _____

Lugar
(localización en donde ocurrieron los hechos): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Descripción de Daños:

Información de contacto: (Nombre, Numero de teléfono y correo electrónico)

