

SOLICITUD DE REEMBOLSO SEGURO COMPULSORIO

Nombre del Reclamante: _____
 Dirección Postal: _____

Fecha: _____
 Seguro Social o Patronal: _____
 Teléfono: _____

DESCRIPCIÓN DEL VEHICULO (PARA SER COMPLETADO POR EL ASEGURADO)					
Año del Vehículo	Núm. Motor (VIN)	Tablilla	Aseguradora	Año Reclamación	Importe
Total					\$

DESCRIPCIÓN DEL VEHICULO (PARA SER COMPLETADO POR EL ASEGURADOR O ASEGURADOR CORPORATIVO)						
Póliza	Año del Vehículo	Núm. Motor (VIN)	Tablilla	Aseguradora	Año Reclamación	Importe
Total						\$

CERTIFICO que la información y documentación suministrada son correctas y que no he recibido pago por lo aquí reclamado.

 Fecha Nombre y Firma del Reclamante

PARA USO DEL ÁREA DE SEGUROS PUBLICOS

CERTIFICO que los documentos sometidos por el reclamante están completos, correctos y que el caso no ha sido referido para pago anteriormente.

 Fecha Nombre y Firma

Título

PARA USO DEL ÁREA DEL TESORO

CERTIFICO que verifiqué que el reembolso arriba indicado procede según la información provista por el Área de Seguros Públicos y la evidencia presentada por éstos, por lo cual se autoriza el reembolso.

 Fecha Nombre y Firma

División Contaduría General, Área del Tesoro

Título

INSTRUCCIONES

Acompañarán con el Modelo SC 4601, Solicitud de Reembolso Seguro Compulsorio, la siguiente información:

- a- Copia de la Licencia del Vehículo de Motor por el cuál está reclamando el reembolso. Si no posee la misma, deberá solicitar una Certificación al Departamento de Transportación y Obras Públicas o una Certificación de de Marbete y/o Boletos de la Colecturía de Rentas Internas.
- b- Copia de la póliza del seguro. Esta póliza será por cada año que esté reclamando.
- c- En caso de que sea la compañía aseguradora la que esté haciendo la reclamación deberá acompañar copias de las pólizas por las cuáles está reclamando.
- d- Certificación de pago de la póliza para cada año que se reclama. Esta Certificación será expedida por la Compañía Aseguradora.
- e- Certificación de que la Compañía Aseguradora no a recibido reembolso de parte de la Asociación de Suscripción Conjunta, ni a reembolsado al asegurado la prima del Seguro de Responsabilidad Obligatorio.

Enviar Modelo SC 4601(AT) completado al Área de Seguros Públicos del Departamento de Hacienda

DIRECCIÓN POSTAL
DEPARTAMENTO DE HACIENDA
ÁREA DE SEGUROS PÚBLICOS
PO BOX 90902-4140
SAN JUAN, PR 00902-4140

TEL. (787) 977-0710

FAX (787) 723-5324

DIRECCIÓN FÍSICA
DEPARTAMENTO DE HACIENDA
EDIFICIO INTENDENTE RAMÍREZ #10
OFICINA 700
PASEO COVADONGA
PUERTA DE TIERRA, SAN JUAN