

WESTERN GENERAL INSURANCE COMPANY

En Liquidacion (la "Compania")
PO Box 26894
San Francisco, CA 94126-6894

PRUEBA DE RECLAMO

Superior Court of the State of California
City and County of Los Angeles
Case No. 21STCP01655

POR FAVOR LEA TODAS LAS INSTRUCCIONES AL DORSO DE ESTE FORMULARIO ANTES DE COMPLETARLO.

LA FECHA LIMITE PARA COMPLETAR EL FORMULARIO ES EL 28 de Febrero de 2022

Numero de Prueba de Reclamo:

XXXXXX

Parte 1 Persona o Entidad Haciendo el Reclamo (Reclamador)

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXX, XX XXXXX

**SAMPLE ONLY – DO NOT PRINT AND USE
PLEASE REQUEST A FORM AT WGICPOC@caclo.org
or call (415) 676-2125
You will be assigned your own unique proof of claim number**

Telefono de Reclamador

E-Mail de Reclamador

NSS o ITIN

Esta used representado por un abogado? Si o No , circule uno

Si lo esta, proporcione el nombre, domicilio y numero de telefono de su abogado: _____

Parte 2 Informacion del Reclamo

<u>Tipo de Reclamo</u>	<u>Monto del Reclamo</u>
Polisa relacionada	\$ _____
Acrediador General	\$ _____
Otro	\$ _____

Describe su Reclamo: _____

Anexe todos los documentos de apoyo a este formulario.

a. A recibido algún pago del reclamo para el cual está archivando esta prueba de reclamo de alguna Fuente? _____ Si lo a echo, especifique el monto total recibido \$ _____ e identifique todas las fuentes: _____

b. Es un reclamo asegurado? Si lo es, identifique toda seguridad para este reclamo: _____

c. Este reclamo es sujeto de acción legal? _____ Si lo es, proporcione la corte y numero de caso: _____
Proporcione todos los partidos y sus abogados: _____

d. Este reclamo es contingente o no liquidada? Si lo es, explique: _____

El/La firmante subscribe y afirma como verdadero bajo pena de perjurio lo siguiente: que a leído la prueba de reclamo anterior y conoce el contenido de la misma; que este reclamo contra la empresa se debe justamente al reclamante; que los asuntos expuestos y en las declaraciones adjuntas y los documentos de respaldo son verdaderos y correctos; que no se ha recibido ningún pago de o a cuenta de el reclamo mencionado, excepto en los casos indicados anteriormente; y que no hay compensaciones ni contra reclamos a los mismos, excepto lo indicado anteriormente.

Firma de Reclamante _____ Fecha Firmada _____

Nombre en Letra de Molde _____ Titulo o Capacidad Oficial (si alguna) _____

Devuelva el formulario completo a:

Western General Insurance Company in Liquidation
Proof of Claim
Conservation and Liquidation Office
P O Box 26894
San Francisco, CA 94126-6894

Para una copia de este formulario de prueba de reclamo en Espanol, vaya a www.caclo.org. Busque Western General Insurance Company en la seccion de Companias.