

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)	
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 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>	Describe su Reclamo: _____ _____ Anexe todos los documentos de apoyo a este formulario.
Polisa relacionada	\$ _____	
Acrediador General	\$ _____	
Otro	\$ _____	
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.