

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE PROPIEDAD

TIENDA #: _____ FECHA: _____

NOMBRE DE LA TIENDA: _____ TEL #: _____

LA DIRECCION: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

NOMBRE DE CONTACTO: _____ TEL#: _____

FECHA DE LA PÉRDIDA: _____ TIEMPO DE PÉRDIDA: _____ AM/PM

TIPO DE PÉRDIDA: FUEGO _____ INUNDAR _____ GRANIZO _____

VIENTO _____ DETERIORO DE LOS ALIMENTOS _____ RELÁMPAGO _____

ROBO _____ DESGLOSE DEL EQUIPO _____ OTRO _____

CANTIDAD PROBABLE DE PÉRDIDA: _____

UBICACIÓN DE LA PÉRDIDA: _____

DESCRIPCIÓN DE LA PÉRDIDA: _____

SUBMIT TO:
AVANT SUPERMARKET GROUP
155 FRANKLIN RD., STE 200
BRENTWOOD, TN 37027
PHONE 816-251-1670
FAX 816-866-9223
asgclaims@avantins.com