

INFORME AL CLIENTE E INCIDENTE PÚBLICO

ALMACENAR INFORMACIÓN

NOMBRE DE LA TIENDA _____ TEL# _____
DIRECCIÓN DE TIENDA _____
CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

INFORMACIÓN AL CLIENTE

NOMBRE DEL CLIENTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ SS# _____
DIRECCIÓN DEL CLIENTE _____
CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____
HOGAR TEL# _____ TRABAJO TEL# _____

INFORMACIÓN DE INCIDENTE

FECHA DEL INCIDENTE _____ TIEMPO EXACTO _____ AM O PM
DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE _____

UBICACIÓN DEL INCIDENTE _____ UBICACIÓN LIMPIA _____ SI _____ NO
DESCRIBA LA MATERIA EXTRANJERA O LOS DEFECTOS _____ TIPO DE PISO _____
SENALES DE PISO MOJADO _____ SI _____ NO CONDICIONES DE ILUMINACIÓN _____
ÚLTIMA INSPECCIÓN ANTES DEL INCIDENTE _____ AM O PM # DE FOTOS TOMADAS _____
NATURALEZA DE LA HERIDA _____ PROVEEDOR MÉDICO VISTO _____
¿SI RECLAMO EL CARRO, FUE INVOLUCRADO EL EMPLEADO? _____ SI _____ NO
NOMBRE DE EMPLEADO: _____

INFORMACIÓN DE TESTIGO

COMPAÑERO DEL CLIENTE, SI CUALQUIERA _____
HABLA A _____ TEL# _____
TESTIGOS DEL CLIENTE:
NOMBRE _____ HABLA A _____
NOMBRE _____ HABLA A _____
EMPLOYEE WITNESSES:
NOMBRE /DEPT. _____ HABLA A _____
NOMBRE /DEPT. _____ HABLA A _____
NOMBRE INFORMANTE _____ TEL # _____
DIRECCIÓN DEL INFORMANTE _____

PRESENTADO POR _____ TÍTULO _____
NOMBRE IMPRESO _____ FECHA ENVIADO _____

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