

## Formulario de Reclamo de Responsabilidad General

Envíe el formulario llenado a:

539 US Route 15 Hwy

P.O. Box 3485

Williamsport, Pensilvania 17701-0485

( 570 ) 326-1921 Fax ( 570 ) 326-2951

(SOLAMENTE PARA USO DE LEXINGTON)

Para aviso inmediato llame a Little League® International

CN

<b>Asegurado</b>	Nombre del la liga		Número de Identificación de la Liga (Utilizada como código de ubicación)			
	Nombre del Oficial de la Liga (por favor escriba con letra imprenta)		Cargo en la Liga			
	Dirección del Oficial de la Liga (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		Número Telefónico: (Dom.)			
			Número Telefónico: (Trab.)			
Hora y Lugar del Accidente	Fecha del Accidente	Hora	<input type="checkbox"/> AM	El accidente ocurrió en (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		
			<input type="checkbox"/> PM			
	Las Operaciones que han surgido fueron llevadas a					
	¿Se realizó un Informe Policial? Si se realizó, donde: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Descripción del Accidente	Declare la causa y describa los hechos en el entorno del accidente (Utilice el dorso si lo necesita) Borre este texto y escriba a máquina su información aquí. Si le falta espacio, vaya a la página 2 de este formulario y continúe escribiendo a máquina.					
	¿Quién posee los locales?		Persona a cargo de los locales			
Datos de la Cobertura	Límites	BI / PD:	Sueldo Médico Ninguno	Ascensor: Si	Productos: Si	Cont. Si
	Póliza Número:			Fechas de la Póliza: Inicio:		Fin:
	¿Existe algún otro seguro aplicable a este Riesgo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Daño a la Propiedad	Nombre del Propietario		Descripción de la Propiedad			
	Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		Nombre de la Compañía de Seguros			
			Naturaleza y Alcance de los Daños y Estimación de las Reparaciones			
Persona Asegurada y Lesiones	Nombre		Número Telefónico: (Dom.)			
	Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		Ocupación	Edad	<input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a)	
			Número Telefónico: (Trab.)			
	Nombre y Dirección de los Patronos					
	¿Proporcionó o autorizó atención médica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Nombre y Dirección del Doctor que lo atendió			
	Descripción de la Lesión					
	¿Dónde fue llevado el lesionado después del accidente?		Duración probable de la Discapacidad			
Testigos:	Nombre, Dirección, Número de Teléfono					
	Nombre, Dirección, Número de Teléfono					
	Nombre, Dirección, Número de Teléfono					
Fecha del Reporte	Firma del Oficial de la Liga:		Posición en la Liga:			

UTILICE EL DORSO DE LA HORA PARA EL DIAGRAMA Y CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN DE IMPORTANCIA EN EL



Continúa de la página 1, Descripción del Accidente