

**FORMULARIO PARA RECLAMO
 POR PERDIDA O AVERIA DE
 MERCANCÍA**

Reclamo No _____ (asignado por la Cooperativa)

1. Lugar y fecha del reclamo _____
2. Nombre del reclamante _____ Identificación _____
3. Dirección _____ Ciudad _____ Tel. _____
4. Fue notificado por miembros de la Cooperativa, sobre la pérdida o avería SI NO
5. Lugar y fecha de identificación de la pérdida o avería de la mercancía: _____

6. Naturaleza del siniestro (Explicar cómo ocurrió la pérdida o en qué condiciones recibe la mercancía averiada): _____

7. Contenido (detallar): _____

Número de piezas o bultos _____ Clase de empaque _____ Peso _____ kg
 Valor declarado \$ _____ Valor reclamado \$ _____ (Para
 reclamación de encomiendas con artículos nuevos, adjuntar factura de compra de poseerla)

8. N° Remesa No _____ Fecha de envió _____ (Adjuntar remesa)

Nombre de la persona a quién se le puede entregar información o correspondencia relacionada con este reclamo _____

Dirección _____ Ciudad _____ Tel _____

Para el estudio de su reclamo debe llenar completamente este formulario y anexar los siguientes documentos. Tenga en cuenta que la ausencia de cualquier de los documentos mencionados o información que solicita el formulario, no se da continuidad con el trámite.

1. Factura de compra en original o fotocopia autenticada (para artículos nuevos)
2. Factura de carga copia legible.
3. Copia o constancia de denuncia (aplica, cuando la pérdida de la encomienda se da por delincuencia común-robo).
4. Fotocopia de la cédula (si es persona particular)
5. Certificado de existencia y representación legal (Sí es persona jurídica)

RECLAMO



NIT: 800.147.567-8

FORMULARIO PARA RECLAMO POR PERDIDA O AVERIA DE MERCANCÍA

CODIGO:
FR-28

VERSIÓN:
04

FECHA VIGENCIA:
Noviembre 03 de 2015

Con base en la información consignada en este documento formalmente reclamo a ustedes la suma \$ _____, a título de indemnización por los perjuicios derivados del siniestro que se detalla.

Declaro bajo juramento que la pérdida descrita no está amparada por ningún seguro tomado a mi nombre o en mi favor ; que no he recibido indemnización por el mismo concepto de ninguna otra persona o entidad ; y que no he reclamado ni reclamaré indemnización por los mismos hechos a nadie distinto de COOTRANSUROCCIDENTE . Por tanto, en caso de que la misma pérdida llegue a ser indemnizada por otra persona o entidad, me obligo a reembolsar a COOTRANSUROCCIDENTE lo que ésta me hubiere pagado por razón del reclamo.

Atentamente,

CC _____ DE _____

Dirección _____ Ciudad _____

Teléfono _____

Espacio para ser diligenciado por Cootransuroccidente:

- Coordinadora Administrativa: Cumple los requisitos para dar trámite al pago de la indemnización SI NO *(Si la respuesta es NO justificar las razones:*

- Gerente: Valor autorizado \$ _____ Fecha de autorización: _____