



## Formulario de Reconsideracion de Reclamaciones

**Instrucciones:** Esta forma debe ser completada por el POSEEDOR DE CONTRACTO SOLO. Por Favor rellene todas las areas en esta form.

**NOTA:** Nuevas reclamaciones no deben presentarse con este formulario.

Fecha: \_\_\_\_\_

### **Information de Poseedor de Contrato**

Numero Del Contrato: \_\_\_\_\_ VIN: \_\_\_\_\_

Apellido De Poseedor: \_\_\_\_\_ Primera Nombre: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

C.P.: \_\_\_\_\_ Numero del Telefono: \_\_\_\_\_

### **Information del Lugar de Servicio de Reparacion**

Nombre: \_\_\_\_\_ Persona de Contacto: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

C.P.: \_\_\_\_\_ Numero del telefono: \_\_\_\_\_ Fecha de Averia: \_\_\_\_\_

Costo total estimado de la reparaciones: \$ \_\_\_\_\_

### **Motivo de la Solicitud :**

Por favor marque uno de los cuadros siguientes:

- Reclamacion negacion
- Negacion de reclamacion parcial
- Otro– Por favor explique a continuacion

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Explicacion:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por favor incluya cualquier documento importante para respaldar su reclamo. La reclamacion sera reconsiderada por el Departamento de reconsideracion de reclamaciones y usted sera contactado en su revision. Por favor envie esta forma a: Marathon Group, P.O. Box 961 O'Fallon, IL 62269 Attn: C.R.D