

AVISO DE COSECHA

AVISO IMPORTANTE: Este aviso debe darse 10 días hábiles antes del inicio de cosecha. Este documento NO ES UNA PRUEBA DE PÉRDIDA.

Autorizo a Seguros del Pichincha para que toda información referente a mi póliza sea enviada a la dirección de correo electrónico declarado en este documento.

DATOS DEL ASEGURADO

Nombres y apellidos del asegurado:

N° Cédula de identidad:

Póliza / Certificado:

Teléfono:

Correo electrónico:

PREDIO (LUGAR DE OCURRENCIA)

Provincia:

Cantón:

Parroquia:

Recinto/Comunidad:

Referencia:

SINIESTRO

Cultivo:

Fecha de inicio de cosecha: Día: mes: año:

Observaciones del siniestro:

Firma del solicitante

Lugar y fecha:

El contratante y/o asegurado podrán solicitar a la Superintendencia de Compañías Valores Seguros la verificación de este texto.

NOTA: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Formulario de Aviso de Cosecha el N° de Registro: SCVS-12-13-SF-24-615004422-09092022.