

AVISO DE SINIESTRO

AVISO IMPORTANTE: Este aviso debe darse 5 días hábiles siguientes a la ocurrencia del siniestro. 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:

No. Cédula de identidad:

Póliza / Certificado:

Teléfono:

Correo electrónico:

PREDIO (LUGAR DE OCURRENCIA)

Provincia:

Cantón:

Parroquia:

Recinto/Comunidad:

Referencia:

SINIESTRO

Cultivo:

¿Qué siniestro está declarando?

Fecha real de siembra: Día:

mes:

año:

Fecha de siniestro: Día:

mes:

año:

Hora de siniestro (opcional):

Detalles 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 Siniestro el N° de Registro: SCVS-12-13-SF-23-615004422-09092022.