COMPAÑÍA DE SEGUROS ECUATORIANO SUIZA S.A.
SEGURO DE TRANSPORTE

AVISO DE SINIESTRO

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre	:				
RUC / C.I.	:				
Dirección	:				
Ciudad	:		Provincia	:	
Teléfono	:		Celular	:	
Email	:				
APS	:				

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

Póliza	:		Ítem	:	
Fecha	:		Hora	:	
Lugar	:				
¿Existió denuncia o parte policial?				:	SI □ NO □

Explique cómo ocurrió el siniestro:

_____

_____

_____

Autorizo a COMPAÑÍA DE SEGUROS ECUATORIANO SUIZA S.A. a verificar y solicitar toda la documentación que tenga relación con este siniestro reportado.

Declaro que la información antes expresada es exacta en todos su detalles y que estoy listo a presentar a la Compañía todo la asistencia y apoyo para la liquidación de este siniestro. La falsedad en cualquier información proporcionada conllevará a la pérdida de derecho a la indemnización según las condiciones de la Póliza.

Lugar, fecha, firmas:

_____
Firma del Asegurado

El Asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, la verificación de este texto.

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número de registro SCVS-7-8-SF-50-616004423, el 20 de Noviembre de 2023.