



COMPAÑÍA DE SEGUROS ECUATORIANO SUIZA S.A.
SEGURO DE ROBO Y ASALTO

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 <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

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 sus detalles y que estoy listo a presentar a la Compañía toda 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-10-11-SF-44-213004424, el 20 de Junio de 2024.