

**COMPAÑÍA DE SEGUROS ECUATORIANO SUIZA S.A.
SEGURO DE TODO RIESGO PARA CONTRATISTAS**

AVISO DE SINIESTRO

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

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

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

Póliza	:	Endoso	:	
Fecha	:	Hora	:	

1. ¿Cómo ocurrió el daño y cuál es la causa más probable?

2. ¿Qué medidas se van a tomar para reparar el daño?, ¿Cuál es el tiempo estimado?

3. Al proceder con la reparación ¿se van a introducir algunos cambios o mejorar en los planos, a la realización o a los materiales de construcción?

4. Para reparar el daño ¿Es necesario trabajar horas extraordinarias y/o nocturnas o en domingos y días festivos? SI NO

En caso de ser afirmativo ¿en qué volumen y por qué?

5. ¿Hubo daños a terceros? SI NO

En caso de ser afirmativo ¿En cuánto se estiman los daños en la cobertura de RC?

6. ¿Resultaron dañadas estructuras existentes o propiedades adyacentes? SI NO

En caso de ser afirmativo ¿a causa de qué?

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, inexactitud o error en cualquier información proporcionada conllevará a la pérdida de derecho a la indemnización según las condiciones de la Póliza.

Lugar, fecha y firma:

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-13-14-SF-34-228004424, el 17 de Junio de 2024.