Seguros Atlántida

FORMULARIO DE AVISO DE SINIESTRO
SEGURO DE FIDELIDAD

CIUDAD:		**FECHA (dd/mm/aa):**	
ASEGURADO:		**AGENTE/BRÓKER:**	

Por medio de la presente notifico el evento de (tipo de daño) _____
ocurrido el día _____ del mes _____ del año _____ .

Producto del cual se vio afectado el (los) bien (es) descrito (s) a continuación (detalle de bienes afectados):

Valor estimado de la pérdida:	
El (los) mismo (s) que se encuentra (n) amparados en la Póliza No.	
Ramo:	
Dirección afectada:	
En caso de póliza de transporte, indique el No. de aplicación:	

DATOS BANCARIOS PARA PAGOS POR TRANSFERENCIA	
BANCO:	
TIPO DE CUENTA:	**AHORROS** ☐ **CORRIENTE** ☐
NO. DE CUENTA:	
RUC/ CI DEL ASEGURADO:	
CORREO ELECTRÓNICO:	
NO. DE CELULAR:	

Autorización: De conformidad con las disposiciones contenidas en la Constitución, la Ley de Comercio Electrónico, Firmas y Mensajes de datos y su Reglamento, expresamente acepto y autorizo a Seguros Atlántida para que almacene, analice, transfiera o utilice la información que he proporcionado en servidores tanto nacionales como internacionales y en cualquiera de sus operaciones a nivel mundial, garantizando la confidencialidad de los datos y en cumplimiento con las seguridades y protecciones tecnológicas bajo los estándares de la compañía; salvo notificación expresa en contrario y por escrito.

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

_____
FIRMA DEL ASEGURADO

La falsa declaración, fraudulenta o engañosa, producirá la perdida de derecho a indemnización. El que suscribe declara que los datos son verdaderos en todas sus partes.

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Formulario el número de Registro SCVS-15-22-SF-7240004419-22072020, el 22 de julio de 2020.