

FORMULARIO DE AVISO DE SINIESTRO LÍNEAS COMERCIALES

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 pérdida 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-8-9-SF-2132004420-11062020, el 11 de junio del 2020.