Seguros Atlántida

Formulario de aviso de siniestro
SEGURO DE GARANTÍAS ADUANERAS

Ciudad: _____ **Fecha:** **Día** ___ **Mes** ___ **Año** _____

Asegurado: _____

Agente/Broker: _____

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 amparado en la Póliza No°: _____

Ramo: _____

Dirección afectada: _____

Datos Bancarios

Banco: _____

Tipo de cuenta: **Ahorros:** ☐ **Corriente:** ☐

N° de cuenta: _____

RUC / CI del asegurado: _____

Correo electrónico: _____

N° 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:

Nota: La Superintendencia de compañías, valores y seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número de registro SCVS-16-31-SF-23-935004421-29032022 de 29 de marzo de 2022.