

Formulario de aviso de siniestro LÍNEAS COMERCIALES

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 para pagos por transferencia

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 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.