

AVISO DE SINIESTRO

Este aviso debe presentarse dentro de los 10 días siguientes a la ocurrencia del siniestro y debe ser entregado en la oficina donde contrató la póliza. (Hispana de Seguros al correo: indemnizaciones.agricola@hispanadeseguros.com , Proyecto CampoSeguro del Ministerio de Agricultura y Ganadería, y/o entidad financiero donde solicitó el crédito)

DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

Apellidos: _____ Nombres: _____
No. Cédula: _____ Correo electrónico: _____
No. de póliza: _____ No. de documento: _____
No. de trámite: _____ Teléfono celular: _____

DATOS DEL PREDIO (UBICACIÓN DEL RIESGO)

Provincia: _____ Cantón: _____
Parroquia: _____ Sitio y/o recinto : _____
Referencia: _____
Coordenadas geográficas: X: _____ Y: _____ Z: _____
(m.s.n.m.)

DETALLES DEL SINIESTRO

Fecha Real de Siembra: _____ (dd/mm/aaaa) Fecha de ocurrencia: _____ (dd/mm/aaaa)

Cultivo: _____

Causa(s) del siniestro:

Sequía	<input type="checkbox"/>	Inundación	<input type="checkbox"/>	Exceso de humedad	<input type="checkbox"/>
Helada	<input type="checkbox"/>	Deslizamiento	<input type="checkbox"/>	Taponamiento	<input type="checkbox"/>
Granizada	<input type="checkbox"/>	Bajas temperaturas	<input type="checkbox"/>	Caida de ceniza	<input type="checkbox"/>
Vientos Fuertes	<input type="checkbox"/>	Enfermedades	<input type="checkbox"/>	Plagas	<input type="checkbox"/>
Incendio	<input type="checkbox"/>	incontrolables	<input type="checkbox"/>	incontrolables	<input type="checkbox"/>

¿Cómo afecto el siniestro en su cultivo? : Todo Una parte

Número de Hectáreas Aseguradas: _____ Número de Hectáreas Afectadas: _____

Número de Hectáreas Sembradas: _____

Lugar y fecha de recepción: _____, _____ (dd/mm/aaaa)

Comentarios del Asegurado sobre el Siniestro:

Autorizo a Hispana de Seguros S.A. verificar y solicitar fotocopias de toda la documentación que tenga relación con el siniestro. 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 buena liquidación de este siniestro. La falsedad en cualquier información proporcionada dejará sin efecto la reclamación efectuada.

FIRMA ASEGURADO

Nombres y Apellidos: _____
No. Cédula: _____
Correo Electrónico: _____

FIRMA DEL RECEPTOR

Nombres y Apellidos: _____
No. Cédula: _____
Correo Electrónico: _____

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