

**AVISO DE COSECHA**

Este aviso debe presentarse al menos 10 días antes del inicio de la cosecha y debe ser entregado en la oficina donde contrató la póliza. (Hispana de Seguros al correo: [indemnizaciones.agricola@hispanadeseguros.com](mailto:indemnizaciones.agricola@hispanadeseguros.com), Proyecto CampoSeguro del Ministerio de Agricultura y Ganadería, y/o entidad financiero donde solicitó el crédito). **Solamente el beneficiario que haya notificado un siniestro con anterioridad y en la inspección se declaró una pérdida parcial, puede presentar este aviso de cosecha.**

**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 DE LA COSECHA**

Fecha real de siembra: \_\_\_\_\_ ( dd/mm/aaaa ) Fecha inicio de cosecha: \_\_\_\_\_ ( dd/mm/aaaa )  
Fecha del siniestro: \_\_\_\_\_ ( dd/mm/aaaa ) Cultivo: \_\_\_\_\_  
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 aviso de cosecha:

Autorizo a Hispana de Seguros S.A. verificar y solicitar fotocopias de toda la documentación que tenga relación con el siniestro y evaluación de la cosecha. 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 podrían solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.