

SEGURO CONTRA TODO RIESGO PETROLERO

DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN DE LIQUIDACIÓN DE RECLAMACIÓN

Nº DE REFERENCIA DE RECLAMACIÓN:

Asegurado	:	
País	:	
Póliza	:	
Período de la Póliza	:	
Detalles de la pérdida	:	
	:	
Fecha de la pérdida	:	

Referencia de Reclamaciones	:	
-----------------------------	---	--

Con sujeción a que la Compañía Aseguradora admita su responsabilidad, acordamos por la presente aceptar el siguiente monto como pago PARCIAL / TOTAL Y FINAL (tachar lo que no corresponda) de esta reclamación bajo nuestro número de Póliza _____ con respecto a la pérdida del objeto asegurado:

	Moneda (USD)
MONTO BRUTO DE LA RECLAMACIÓN	:
FRANQUICIA APLICABLE	:
MONTO NETO DE LA RECLAMACIÓN	:

El Asegurado confirma que, según su leal saber y entender, no existen Pólizas o contratos de seguro adicionales, escritos u orales, válidos o no válidos, en relación con el interés cubierto por la mencionada Póliza.

Por la presente se autoriza a la Compañía Aseguradora correspondiente a efectuar el pago de la reclamación en virtud de la Póliza mencionada a la orden de:

Banco Beneficiario	
Nombre del banco	
Código SWIFT	
Beneficiario	
Código de clasificación	
IBAN	
Número de cuenta	
Divisa de la cuenta	
Banco Corresponsal	
Nombre del banco	
ABA	
CHIPS UID	
Código SWIFT	

Firma en representación del Asegurado:

ZURICH SEGUROS ECUADOR S.A.
Av. Eloy Alfaro N40-270 y José Queri
Quito – Ecuador
Teléfonos + 593 989800, 1800 222 000
www.zurichseguros.com.ec



Fecha:

Firma:

Beneficiario por pérdida/Beneficiario:

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

NOTA: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, para efectos de control, asignó al presente formulario el registro No. 51163 con oficio No. SCVS- IRQ- DRS- SCTSR- 2019-00002294-O de 14 de enero de 2019.