

PÓLIZA DE SEGURO AGRÍCOLA

AVISO DE COSECHA

IMPORTANTE:

Solamente para aquellos siniestros que hubiesen sido notificados con anterioridad y en cuya inspección se hubiera declarado una pérdida parcial, se podrá presentar este aviso dentro de los 10 días antes del inicio de la cosecha y debe ser entregado a la oficina más cercana para el agricultor (Proyecto Agroseguro u oficinas técnicas de MAGAP para atención a productores, entidad bancaria o financiera donde se otorgó el crédito).

DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

Apellidos: _____ Nombres: _____
No. Cedula: _____ Correo Electrónico: _____
No de Póliza: _____ No de Trámite: _____
Teléfono Convencional: _____ Teléfono Celular: _____

DATOS DEL PREDIO

Ubicación del Predio: _____
Provincia: _____ Cantón: _____ Parroquia: _____
Recinto o sitio: _____ Calle o Referencia de la Ubicación: _____

DETALLES DE LA COSECHA

Fecha Real de Siembra: _____ Fecha Estimada de Cosecha: _____
(dd/mm/aaaa) (dd/mm/aaaa)
Fecha de siniestro: _____ Hora de ocurrencia _____
(dd/mm/aaaa) (opcional)
Lugar de ocurrencia: _____ Cultivo: _____ Variedad: _____

Causa(s) del siniestro

Plagas Incontrolables Inundación Vientos fuertes Heladas Bajas temperaturas Taponamiento
Enfermedades Incontrolables Sequía Exceso de Humedad Granizadas Incendio Deslizamiento

Como afecto el siniestro en su cultivo: Todo Una Parte

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

Comentarios del Asegurado sobre la Cosecha: _____

Nombre de la persona que registra el Aviso de Cosecha: _____

No. de Cédula de la persona que registra el Aviso de Cosecha: _____

Lugar y Fecha de presentación o recepción: _____

Autorizo a Zurich Seguros Ecuador S.A. a verificar y solicitar fotocopias de toda la documentación que tenga relación con el siniestro.

Declaro que las informaciones antes expresadas son exactas 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 dejara sin efecto la reclamación efectuada.

FIRMA ASEGURADO O DENUNCIANTE

FIRMA DEL RECEPTOR O ENTIDAD

Nombres y Apellidos: _____ Nombres y Apellidos: _____

No. Cédula: _____ No. Cédula: _____

Correo Electrónico: _____ Correo Electrónico: _____

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, por efectos de control, asignó al presente formulario el registro número 51852, con oficio SCVS-IRQ-DRS-SCTSR-2019-00038293-O de 17 de junio de 2019.