

PÓLIZA DE SEGURO GANADERO
AVISO DE SINIESTRO SEGURO VACUNO

***El siniestro deberá ser reportado y documentado en el plazo máximo de 5 días hábiles desde que ocurrió el siniestro, salvo en las circunstancias determinadas en las letras a) y b) del artículo 17 de las condiciones generales de la Póliza, en cuyo caso el reporte deberá ser efectuado dentro de las 24 horas desde su ocurrencia.**

AVISO IMPORTANTE: Documentos requeridos para tramitar el reclamo: Aviso de siniestro llenado correctamente y enviado al correo mencionado en la parte superior, tres fotos del animal: dos de perfil (IZQ. Y DER) y una de frente donde se pueda confirmar el número de arete, certificado de la muerte del animal emitido por un veterinario, si la causa de la muerte fue por enfermedad deberá presentar los resultados de examen de laboratorio, si se realiza necropsia presentar fotos, copia de registro de manejo sanitario, en caso de venta del animal siniestrado se deberá presentar recibo o factura de la venta.

1. DATOS GENERALES DEL PRODUCTOR

Nombres Y Apellidos (asegurado)

Cédula de Identidad

Teléfono de Contacto

No. de Tramite o Póliza

Entidad Financiera o Canal

SubCanal

Correo Electrónico

Ubicación del Predio:

Provincia

Cantón

Parroquia

Sitio o Referencia

Coordenadas Geográficas

X

Y

2. DATOS DEL ANIMAL SINIESTRADO

N° de arete

N° de Microchip

Raza

Edad

Propósito de producción del animal siniestrado

Leche

Carne

Doble Propósito

Valor Asegurado del animal

Sexo del animal

M

H

3. DETALLES DEL SINIESTRO

Fecha de denuncia

Fecha y hora de la ocurrencia

Causa del siniestro

Descripción completa de las circunstancias en las que se produjo el siniestro, asistencia que se le dio al animal, hechos que produjeron el siniestro y cuáles fueron los primeros auxilios prestados al mismo.

4. FIRMAS

OBSERVACIONES ADICIONALES:

FIRMA DEL VETERINARIO DE CABECERA

No. Cédula:

Nombres y Apellidos:

Numero telefónico:

FIRMA ASEGURADO O REPRESENTANTE

No. Cédula:

Nombres y Apellidos:

FIRMA INSPECTOR ASEGURADORA

No. Cédula:

Nombres y Apellidos:

FIRMA INSPECTOR CANAL O ENTIDAD

No. Cédula:

Nombres y Apellidos:

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

NOTA: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, ha asignado al presente formulario, por efectos de control, el registro SCVS-12-13-0-S-1, el 4 de octubre de 2019.