

## Formulario de aviso de siniestro

### SEGURO DE GARANTÍAS ADUANERAS

|                                                                                                                  |                        |         |                      |                      |                      |                      |     |                      |                      |                      |                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Ciudad:                                                                                                          | <input type="text"/>   | Fecha:  | Día                  | <input type="text"/> | Mes                  | <input type="text"/> | Año | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Asegurado:                                                                                                       | <input type="text"/>   |         |                      |                      |                      |                      |     |                      |                      |                      |                      |
| Agente/Broker:                                                                                                   | <input type="text"/>   |         |                      |                      |                      |                      |     |                      |                      |                      |                      |
| Por medio de la presente notifico el evento de (tipo de daño):                                                   | <input type="text"/>   |         |                      |                      |                      |                      |     |                      |                      |                      |                      |
| Ocurrido el día:                                                                                                 | <input type="text"/>   | del mes | <input type="text"/> | del año              | <input type="text"/> |                      |     |                      |                      |                      |                      |
| Producto del cual se vio afectado el (los) bien (es) descrito (s) a continuación: (detalle de bienes afectados): | <div><div></div></div> |         |                      |                      |                      |                      |     |                      |                      |                      |                      |
| Valor estimado de la pérdida:                                                                                    | <input type="text"/>   |         |                      |                      |                      |                      |     |                      |                      |                      |                      |
| El (los) mismo (s) que se encuentra amparado en la Póliza No°:                                                   | <input type="text"/>   |         |                      |                      |                      |                      |     |                      |                      |                      |                      |
| Ramo:                                                                                                            | <input type="text"/>   |         |                      |                      |                      |                      |     |                      |                      |                      |                      |
| Dirección afectada:                                                                                              | <input type="text"/>   |         |                      |                      |                      |                      |     |                      |                      |                      |                      |

## Datos Bancarios

|                         |                      |                          |            |                          |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------|----------------------|--------------------------|------------|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Banco:                  | <input type="text"/> |                          |            |                          |  |  |  |  |  |  |  |
| Tipo de cuenta:         | Ahorros:             | <input type="checkbox"/> | Corriente: | <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |  |
| N° de cuenta:           | <input type="text"/> |                          |            |                          |  |  |  |  |  |  |  |
| RUC / CI del asegurado: | <input type="text"/> |                          |            |                          |  |  |  |  |  |  |  |
| Correo electrónico:     | <input type="text"/> |                          |            |                          |  |  |  |  |  |  |  |
| N° de celular:          | <input type="text"/> |                          |            |                          |  |  |  |  |  |  |  |

### Autorización:

De conformidad con las disposiciones contenidas en la Constitución, la Ley de comercio electrónico, firmas y mensajes de datos y su reglamento, expresamente acepto y autorizo a HDI-Seguros S.A. para que almacene, analice, transfiera o utilice la información que he proporcionado en servidores tanto nacionales como internacionales y en cualquiera de sus operaciones a nivel mundial, garantizando la confidencialidad de los datos y en cumplimiento con las seguridades y protecciones tecnológicas bajo los estándares de la compañía; salvo notificación expresa en contrario y por escrito.

El contratante y/o asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de compañías, valores y seguros la verificación de este texto.

Firma del Asegurado:

**Nota:** La Superintendencia de compañías, valores y seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número de registro SCVS-16-31-SF-23-935004421-29032022 de 29 de marzo de 2022.