

## FORMULARIO DE AVISO DE SINIESTRO SEGURO DE BANCO E INSTITUCIONES FINANCIERAS (BBB)

|                                                                                                                             |  |                   |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|--|
| CIUDAD:                                                                                                                     |  | FECHA (dd/mm/aa): |  |
| ASEGURADO:                                                                                                                  |  | AGENTE/BROKER:    |  |
| Por medio de la presente notifico el evento de (tipo de daño) _____<br>ocurrido el día _____ del mes _____ del año _____.   |  |                   |  |
| Producto del cual se vio afectado el (los) bien (es) descrito (s) a continuación (detalle de bienes afectados):<br><br><br> |  |                   |  |
| Valor estimado de la pérdida:                                                                                               |  |                   |  |
| El (los) mismo (s) que se encuentra (n) amparados en la Póliza No.                                                          |  |                   |  |
| Ramo:                                                                                                                       |  |                   |  |
| Dirección afectada:                                                                                                         |  |                   |  |

| DATOS BANCARIOS PARA PAGOS POR TRANSFERENCIA |                                                                     |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| BANCO:                                       |                                                                     |
| TIPO DE CUENTA:                              | AHORROS <input type="checkbox"/> CORRIENTE <input type="checkbox"/> |
| NO. DE CUENTA:                               |                                                                     |
| RUC/ CI DEL ASEGURADO:                       |                                                                     |
| CORREO ELECTRÓNICO:                          |                                                                     |
| NO. DE CELULAR:                              |                                                                     |

**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-18-24-SF-12-7004420-31082020, el 31 de agosto de 2020.