

LATINA SEGUROS C.A.
SEGURO DE BANCOS E INSTITUCIONES FINANCIERAS
AVISO DE SINIESTRO

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre	:			
RUC	:			
Dirección	:			
Actividad	:			
Ciudad	:	Provincia	:	
Teléfono	:	Celular	:	
Email	:			
APS	:			

INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

Póliza	:		Endoso	:	
Monto estimado de la pérdida	:		Fecha de descubrimiento	:	
Lugar	:				

Explique cómo ocurrió el siniestro:

En el caso de tener presunción de implicación de Empleados en el siniestro, favor detallar:

Cédula de Identidad	Nombres Completos	Cargo	Sueldo Mensual

Autorizo a LATINA SEGUROS C.A. a verificar y solicitar toda la documentación que tenga relación con este siniestro reportado.

Declaro que la información antes expresada es exacta en todos sus detalles y que estoy listo a presentar a la Compañía todo la asistencia y apoyo para la liquidación de este siniestro. La falsedad en cualquier información proporcionada conllevará a la pérdida de derecho a la indemnización según las condiciones de la Póliza.

Lugar y Fecha:

Firma del Asegurado

El Asegurado, podrá 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 número de registro 42022, el 06 de Julio de 2016.