

## AVISO DE SIEMBRA (ARRAIGO)

AVISO IMPORTANTE: Este aviso debe darse 5 días hábiles posteriores al arraigo del cultivo. El asegurado debe confirmar la recepción de este documento con Seguros del Pichincha.

Autorizo a Seguros del Pichincha para que toda información referente a mi póliza sea enviada a la dirección de correo electrónico declarado en este documento.

### DATOS DEL ASEGURADO

Nombres y apellidos del asegurado:

No. Cédula de identidad:

Póliza / Certificado:

Teléfono:

Correo electrónico:

### PREDIO

Provincia:

Cantón:

Parroquia:

Recinto/Comunidad:

Referencia:

### DATOS DEL CULTIVO

Cultivo:

Fecha real de siembra: Día:      mes:      año:

Observaciones:

---

Firma del solicitante

Lugar y fecha:

El contratante y/o asegurado podrán solicitar a la Superintendencia de Compañías Valores Seguros la verificación de este texto.

NOTA: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Formulario de Aviso de Siembra el N° de Registro: SCVS-12-13-FS-21-615004422-09092022.