

SEGURO AGRÍCOLA SOLICITUD DE CAMBIO DE PREDIO

AVISO IMPORTANTE: Este aviso debe darse 10 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:

N° Cédula de identidad:

Póliza / Certificado:

Teléfono:

Correo electrónico:

Cultivo:

NUEVO PREDIO CONTRATADO

Provincia:

Cantón:

Parroquia:

Recinto/Comunidad:

Referencia:

Coordenadas geográficas (Obligatorio): X:

Y:

Altitud (msnm):

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 Cambio de Predio el N° de Registro: SCVS-12-13-SF-22-615004422-09092022.