

SEGURO AGRÍCOLA SOLICITUD DE SEGURO

Fecha de solicitud:

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos:		N° Cédula de identidad:
Nacionalidad:	Género:	Estado civil:
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento	
Dirección de domicilio:		
Teléfono:	Celular:	
Correo Electrónico (Obligatorio):		
Principal actividad económica:		Ingresos anuales: USD
Persona Politicamente Expuesta:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

DATOS DEL PREDIO

Provincia:	Cantón:	Parroquia:
Recinto/Comunidad:		
Calle/camino/referencia:		
Coordenadas geográficas: X:	Y:	Altitud (msnm):

DATOS DEL CULTIVO

Cultivo a asegurar:	Variedad:
Superficie a asegurar (ha):	Costos directos de producción (ha):
Fecha de siembra:	
En cultivos perennes los costos de establecimiento/ha:	
Fecha de siembra del cultivo perenne:	
Tipo de semilla:	Dispone de riego, de que tipo:

DECLARACIONES

Declaro que el dinero utilizado para realizar las transacciones con Seguros del Pichincha S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros no proviene de ninguna actividad relacionada con el lavado de activos, financiamiento del terrorismo, financiamiento de otros delitos, ni es producto de ningún delito. Conocedor de las penas de perjurio declaro que realizo y realizaré operaciones lícitas con Seguros del Pichincha S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros desde el inicio de la relación contractual hasta su finalización.

Autorizo a Seguros del Pichincha S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros a realizar el análisis y las verificaciones que considere pertinentes, así mismo autorizo a todas las personas naturales, jurídicas de derecho público o privado a facilitar a Seguros del Pichincha S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros toda información que ésta requiera respecto de mi persona,

DECLARACIONES

y autorizo que informe a los organismos competentes en caso de ser necesario. En ningún caso estas autorizaciones generarán reclamo o pretensión judicial de mi parte

Autorizo de manera libre, expresa e informada a Seguros del Pichincha S.A. a utilizar, tratar, transferir y almacenar mi información personal proporcionada o cualquier información que sea de conocimiento público conforme a la ley, con el objetivo de contactarme, por medio de llamada telefónica, mensaje de texto vía telefónica, correo electrónico, correo directo u otro medio a fin de: analizar reclamaciones de seguros y sus procesos posteriores; así como, con fines publicitarios, comerciales de nuevos productos de la aseguradora; estadísticos; encuestas de calidad y para efectuar estudios de perfil del consumidor. Autorizo expresamente a Seguros del Pichincha S.A. a transferir los datos a terceros proveedores con las finalidades antes indicadas. Esta autorización de tratamiento y conservación de datos personales se mantendrá vigente hasta el fin de la relacional contractual entre las partes y, posterior a ello por cinco (5) años más.

Puede ejercer sus derechos contemplados en la normativa, a través de una solicitud dirigida a gestiondeinformación@seg-pichincha.com o en cualquiera de los establecimientos físicos de Seguros del Pichincha.

En caso de que mi solicitud de contratación de seguro sea aprobada, conozco que Seguros del Pichincha S.A emitirá, por cualquier medio legalmente válido, la póliza en la que se detallan coberturas, condiciones y demás especificaciones del seguro.

Si la presente solicitud es aceptada por Seguros del Pichincha, acepto cancelar el valor de la prima correspondiente al presente seguro y/o sus posteriores reajustes.

El presente documento no significa aceptación del riesgo, la emisión de la póliza está sujeta a verificación y análisis de la información entregada.

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 la presente Solicitud de Seguro Agrícola el N° de Registro: SCVS-12-13-SF-20-615004422-09092022."