

AVISO DE TÉRMINO DE PERÍODO DE CURA DA CEBOLA

DADOS DO SEGURADO

Nome:

CPF:

DADOS DO SEGURO

Número de proposta:

Número do sinistro:

PERÍODO DA CURA

Início da Cura __/__/__

Término da cura __/__/__

DECLARAÇÃO DO SEGURADO

Declaro que as datas informadas correspondem ao início e término da cura da cultura na área segurada por essa proposta e que não há mais cultura segurada em minha propriedade, seja devido ao término da cura ou por qualquer outro motivo. Dou por finalizado os procedimentos de vistoria de danos relacionados ao número de sinistro mencionado acima.

Declaro ciência que devo entregar esse documento para à Seguradora através dos meios disponíveis, bem como os demais documentos necessários para a análise da cobertura do evento e a apuração dos prejuízos.

Local/Data

Assinatura do Segurado

www.bbseguros.com.br