

FORMULARIO DE AVISO DE SINIESTRO MULTIRIESGO INDUSTRIAL

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre:

C.I. / RUC:

Celular:

Correo:

¿Existen otros seguros vigentes sobre los bienes afectados? SI ☐ NO ☐

COBERTURA DENUNCIADA

☐ Incendio

☐ Terremoto, temblor, erupción volcánica

☐ Lluvia e inundación

☐ Colapso

☐ Daños por agua

☐ Daños maliciosos y/o vandalismo

☐ Motín y huelga

☐ Cobertura extendida

☐ Explosión

☐ Maremoto, marejada, oleaje o salidas del mar

☐ Rotura de vidrios

☐ Robo y/o asalto

☐ Hurto

☐ Equipo electrónico

☐ Rotura de maquinaria

☐ Dinero y valores

☐ Fidelidad

☐ Equipo y maquinaria de contratistas

☐ Responsabilidad civil

☐ Otros:

DETALLE DEL SINIESTRO

Fecha de ocurrencia:

Hora:

Lugar del siniestro: Calle:

Nro:

Piso:

Dpto:

Localidad:

Provincia:

Cantón:

Parroquia:

Relato de lo sucedido (Incluyendo detalle de daños materiales, lesiones propias o a terceros):

CONSECUENCIAS

Estimación de daño:

Detalle de los bienes afectados y/o sustraídos:

1.	11.	21.
2.	12.	22.
3.	13.	23.
4.	14.	24.
5.	15.	25.
6.	16.	26.
7.	17.	27.
8.	18.	28.
9.	19.	29.
10.	20.	30.

Intervención policial: Si ☐ No ☐

Localidad:

N° acta

Fecha de denuncia:

Intervención de bomberos: Si ☐ No ☐

Cuartel:

N° Acta:

Fecha de denuncia

TERCEROS AFECTADOS

Nombres y Apellidos:

Documento: Cédula ☐ Pasaporte ☐

Dirección domicilio:

Nro:

Piso:

Dpto:

Localidad:

Provincia:

Cantón:

Parroquia:

Teléfono:

Correo:

¿En qué aspecto ha sido afectado?

TERCEROS AFECTADOS

Nombres y Apellidos:

Documento: Cédula ☐ Pasaporte ☐

Dirección domicilio:

Nro:

Piso:

Dpto:

Localidad:

Provincia:

Cantón:

Parroquia:

Teléfono:

Correo:

¿En qué aspecto ha sido afectado?

DATOS DEL DENUNCIANTE**(COMPLETAR EN EL CASO DE QUE EL DENUNCIANTE FUERA DIFERENTE AL ASEGURADO)**

Nombres y Apellidos:

Sexo: F ☐ M ☐Documento: Cédula ☐ Pasaporte ☐

Dirección domicilio:

Nro:

Piso:

Dpto:

Localidad:

Provincia:

Cantón:

Parroquia:

Teléfono:

Correo:

¿En qué aspecto ha sido afectado?

Adicional al presente Formulario, se debe adjuntar todos los documentos que se detallan en las condiciones establecidas en su contrato.

Autorizo a Seguros del Pichincha S.A., a transferir el valor de la indemnización, en caso de corresponder, a la cuenta bancaria que se detalla a continuación:

Banco:

Tipo de Cuenta: Ahorros ☐ Corriente ☐

Número de cuenta

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- A. Declaro que la información contenida en esta solicitud es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizada; además, declaro conocer y aceptar que es mi obligación actualizar de manera inmediata la información proporcionada; como cualquier cambio realizado durante la vigencia de la relación con la compañía, así como entregar cualquier información que me sea solicitada.
- B. Autorizo de manera libre, expresa e informada a Seguros del Pichincha S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros, 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: formalizar e instrumentar el contrato de seguro y la relación comercial; así como, con fines publicitarios, comerciales de nuevos productos de la aseguradora; estadísticos y para efectuar estudios de perfil del consumidor. Así como autorizo expresamente a Seguros del Pichincha S.A. Compañía de Seguros y

Reaseguros 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 S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros.

Lugar y Fecha:

Firma del asegurado

Nombre:

Cédula:

El Contratante y/o Asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

La Superintendencia de Compañías Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el registro número SCVS-19-40-SF-71-108004425-21042025 el 21 de abril del 2025.