

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN RAMO DE VIDA

Fecha de notificación:

Póliza Nro.

Declaro y conozco que el presente documento corresponde a un micro formulario de reclamación de seguro, sin embargo, es mi obligación probar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la indemnización, para tal efecto, presentaré la documentación mínima establecida en las condiciones de la póliza.

ESCOJA EL RAMO

Vida individual: ☐

Vida grupo:

Accidentes personales:

Nombre del producto:



DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos:

Nombres:

Número de identificación:

Fecha de nacimiento:

Empresa:

Correo electrónico:

Ciudad:

Dirección:

Teléfono:

Celular:

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellidos:

Nombres:

Número de identificación:

Fecha de nacimiento:

Celular:

Correo electrónico:

Ciudad:

Dirección:

Cobertura a reclamar:

Muerte: ☐Otros: ☐

Descripción de lo ocurrido:

DECLARACIÓN PARA GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE/ENFERMEDAD

Nombre del paciente:

Diagnóstico específico:

¿Existe actualmente una incapacidad o inhabilitación? Indique el porcentaje

¿Requirió hospitalización por esta causa?

Sí ☐No ☐

Nombre de médico tratante:

Fecha ingreso:

Fecha egreso:

Sello y firma médico tratante

Fecha

Al presente formulario se deberá adjuntar todos los documentos que se detallan en las condiciones establecidas en su contrato.

En caso de que el evento reportado goce de cobertura:

Autorizo a **SEGUROS DEL PICHINCHA** a que el valor de la indemnización se la realice mediante transferencia a mi cuenta bancaria

Entidad Financiera: _____

Tipo de cuenta: Ahorros ☐ Corriente ☐

No. de Cuenta: _____

Autorizo a **SEGUROS DEL PICHINCHA** para:

i) El envío del finiquito a través de medios electrónicos al correo específicamente determinado en el presente documento.

ii) Reconozco que el finiquito será aceptado por medios electrónicos.

iii) Autorizo a Seguros del Pichincha a utilizar, tratar 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.

Así mismo, autorizo contactarme por cualquier medio con fines publicitarios y comerciales de nuevos productos de la aseguradora y, autorizo que utilicen y traten mi información personal proporcionada con fines estadísticos y para efectuar estudios de perfil del consumidor. 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 5 años más.

iv) 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 solicitante

Nombre: _____

Cédula: _____

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, para efectos de control, asignó al presente formulario N° de Registro SCVS-1-2-SF-129-505004421-18102022.