

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN RAMO GENERALES

RAMO:
Fecha de notificación:

Póliza Nro.

DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos:	Nombres:		
Número de documento:	Fecha de nacimiento: día:	mes:	año:
Dirección del domicilio: Calle principal:			
Numeración	Calle secundaria:		
Ciudad:	Barrio/Sector:	Teléfono:	
Correo electrónico:	Celular:		

DESCRIPCIÓN DEL SINIESTRO

Descripción del siniestro:

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

AUTORIZACIÓN

Autorizo a Seguros del Pichincha, a que el valor de la indemnización se la realice mediante transferencia a mi cuenta bancaria:

Banco:

Tipo de Cuenta: Ahorros Corriente

No. de Cuenta:

Lugar y fecha

Firma del solicitante

Nombre: _____

Cédula: _____

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, para efectos de control, asignó al presente formulario el número de registro 49147 con oficio No. SCVS-IRQ-DRS-SCTSR-2018-00029726-O del 06 de abril de 2018.