

## FORMULARIO DE RECLAMACIÓN INCENDIO Y LÍNEAS ALIADAS

Ramo:

Póliza No.:

### INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre:

C.I. / RUC:

Celular:

Correo:

### DESCRIPCIÓN DEL SINIESTRO

Fecha de ocurrencia:

Cobertura bajo la cual se realiza el reclamo:

Descripción del evento:

Dirección donde ocurrió el evento:

Estimación de daño:

Detalle de los bienes afectados:

|    |     |     |
|----|-----|-----|
| 1. | 7.  | 13. |
| 2. | 8.  | 14. |
| 3. | 9.  | 15. |
| 4. | 10. | 16. |
| 5. | 11. | 17. |
| 6. | 12. | 18. |

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](mailto: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 Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número de registro SCVS-4-5-SF-114-120004425-08052025, el 08/05/2025.**