

SEGUROS DEL PICHINCHA
FORMULARIO DE AVISO DE SINIESTRO
TRANSPORTE

1. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Nombres:

Cédula / Ruc:

Teléfono / celular:

Correo electrónico:

2. DECLARACIÓN DEL SINIESTRO

Póliza Nro.-

Aplicación Nro.-

Fecha y hora del siniestro:

Dirección exacta donde ocurrió el siniestro:

Tipo de mercadería Transportada:

Valor del Embarque y/o Asegurado:

Valor Reclamado:

Nombre de la empresa transportista:

¿Unidad cuenta con GPS?:

Indique desde donde salió la mercadería:

Indique lugar de destino de la mercadería:

Descripción causa del siniestro:

Autoridad que se hizo presente:

Informante (datos de la persona que está reportando el siniestro)

Nombre del Bróker: _____

Teléfono / celular: _____

Correo electrónico: _____

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

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.

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 Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó al siguiente formulario el número de registro SCVS-7-8-SF-76-410004424-27092024, el 27/9/2024.