

FORMULARIO DE AVISO DE SINIESTRO ROBO

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre:

C.I. / RUC:

Celular:

Correo:

DATOS DEL SINIESTRO

Fecha de ocurrencia:

Hora:

Provincia:

Cantón:

Parroquia:

Dirección exacta de la ocurrencia:

Tipo de pérdida: ☐ Valores ☐ Mercadería ☐ Mobiliario ☐ Equipo

Lugar exacto donde se guardaban los bienes y/o valores robados:

☐ Caja fuerte ☐ Escritorio ☐ En caja chica ☐ Otros (explicar)

Lleva registro de inventario: SI ☐ NO ☐

Lleva libros contables: SI ☐ NO ☐

Describa las circunstancias en que ocurrieron los hechos:

¿En qué momento y de qué manera se enteró el asegurado?

Al momento del siniestro, ¿se encontraba algún familiar en casa? SI ☐ NO ☐ ¿Por qué?

¿Tuvo conocimiento la policía? SI ☐ NO ☐ Indique qué delegación le atendió:

Fecha y hora de la denuncia a la policía:

¿Están detenidos los autores? SI ☐ NO ☐ ¿Por dónde entraron al local?

Utiliza sistemas de seguridad SI ☐ NO ☐ Indicar tipo de seguridad: Seguridad física ☐
Seguridad electrónica ☐

Existen cámaras de seguridad instaladas: SI ☐ NO ☐ Indicar la cantidad:

Última fecha de borrado de datos:

GUARDIA DE SEGURIDAD

Nombre de los guardias de seguridad	Cédula	Dirección	Horario de vigilancia

¿Se encontraban armados los guardias de seguridad? SI ☐ NO ☐

Nombre de la empresa de seguridad:

¿La empresa de seguridad tiene seguro? SI ☐ NO ☐ ¿Con qué compañía:

ESTIMACIÓN DE LOS DAÑOS

En las instalaciones (edificios):

OBSERVACIONES

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-10-11-SF-47109004425-09042025 el 09/04/2025.