

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

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 protecciondedatos@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.