Seguros del Pichincha

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE ROTURA DE MAQUINARIA

N° de póliza:

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre:
C.I.:
Dirección:
Celular:
Correo:

DESCRIPCIÓN DEL SINIESTRO

Fecha de ocurrencia: Fecha de notificación:

Objeto asegurado afectado:

Descripción del evento:

Dirección donde ocurrió el evento:

Valoración aproximada de los daños:

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.

Seguros del Pichincha

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 Compañía, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número de registro SCVS-13-16-SF-53-145004425-21052025, el 21/05/2025.