

FORMULARIO DE AVISO DE SINIESTRO TODO RIESGO CONTRATISTA

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre:

C.I.:

Celular:

Correo:

DATOS DEL SINIESTRO

Fecha de ocurrencia:

Hora:

Provincia:

Cantón:

Parroquia:

Ubicación del proyecto:

Naturaleza y/o causa que presume:

Describa las circunstancias y afectaciones en que se dan por el siniestro:

¿Qué medidas se tomaron luego del siniestro?

INFORMACION DEL SINIESTRO

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Días de ejecución:

Porcentaje de avance físico/financiero:

Monto de avance financiero

Nombre de la firma supervisor:

Contacto:

Nombre del gerente del proyecto:

Contacto:

¿Existe cambios al contrato original? Describir (Tipo, fecha y alcance modificación):

Monto del proyecto contractual original:

Monto del proyecto actual (Con los cambios, si aplica):

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-13-14-SF-37-403004424-20092024 el 20/09/2024.