



Seguros del Pichincha

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

Fecha de notificación:	Póliza:
------------------------	---------

Declaro y conozco que el presente documento corresponde a un mero formulario de reclamación de seguro, sin embargo, es mi obligación probar la ocurrencia del siniestro y la cuantía de la indemnización, para tal efecto, presentaré la documentación mínima establecida en las condiciones de la póliza.

ESCOGA EL RAMO

VIDA INDIVIDUAL: ☐	VIDA GRUPO: ☐	ACCIDENTES PERSONALES: ☐
NOMBRE DEL PRODUCTO:		

DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos:		Nombres:	
Número de identificación:		Fecha de nacimiento:	
Empresa:		Correo electrónico:	
Ciudad:	Dirección:	Teléfono:	Celular:

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellidos:		Nombres:	
Número de identificación:		Fecha de nacimiento:	
Celular:		Correo electrónico:	
Ciudad:	Dirección:		
Cobertura a reclamar:	Muerte ☐	Otros ☐	

Descripción de lo ocurrido:

DECLARACIÓN PARA GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE/ENFERMEDAD

Nombre del paciente:		
Diagnóstico específico:		
¿Existe actualmente una incapacidad o inhabilitación? Indique el porcentaje		
¿Requirió hospitalización por esta causa?	Si ☐	No ☐

Nombre del médico tratante:

Fecha ingreso:

Fecha egreso:

SELLO Y FIRMA MÉDICO TRATANTE

FECHA

Al presente formulario se deberá adjuntar todos los documentos que se detallan en las condiciones establecidas en su contrato

En caso de que el evento reportado goce de cobertura:

Autorizo a **SEGUROS DEL PICHINCHA**, a que el valor de la indemnización se la realice mediante transferencia a mi cuenta bancaria:

Entidad Financiera: _____

Tipo de cuenta: Ahorros ☐ Corriente ☐

No. de cuenta: _____

Autorizo de manera libre, expresa e informada a Seguros del Pichincha S.A. 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: analizar reclamaciones de seguros y sus procesos posteriores; así como, con fines publicitarios, comerciales de nuevos productos de la aseguradora; estadísticos; encuestas de calidad y para efectuar estudios de perfil del consumidor. Autorizo expresamente a Seguros del Pichincha S.A. 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.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL SOLICITANTE

Nombre: _____

Cedula: _____