

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN RAMO DE VIDA

Fecha de notificación:

Póliza Nro.

DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos:

Nombres:

Número de documento:

Fecha de nacimiento: día: mes: año:

Empresa:

Correo electrónico:

Ciudad:

Teléfono:

Celular:

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellidos:

Nombres:

Número de documento:

Fecha de nacimiento: día: mes: año:

Celular:

Correo electrónico:

Descripción de lo ocurrido:

DECLARACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente:

Diagnóstico específico de la enfermedad/ muerte, hospitalización, otros

¿Existe actualmente una incapacidad o inhabilitación por esta enfermedad? Indique el porcentaje

Nombre de médico tratante:

Sello y firma médico tratante

Fecha

DECLARACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN

Nombre del hospital o clínica:

Fecha de ingreso:

Fecha de egreso:

Diagnóstico:

El valor de su reclamo asciende a:

AUTORIZACIÓN

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.

Banco:

Tipo de Cuenta: Ahorros Corriente

No. de Cuenta:

Lugar y fecha

Firma del solicitante

Nombre: _____

Cédula: _____

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, para efectos de control, asignó al presente formulario el número de registro 49147 con oficio No. SCVS-IRQ-DRS-SCTSR-2018-00029726-O del 06 de abril de 2018.