

Autorizo a Seguros del Pichincha, a que el valor de la indemnización se la realice mediante transferencia a mi cuenta bancaria:

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.