

Coberturas					
Plan Solicitado:			Suma Asegurada Cobertura Básica :		
Datos de la Solicitud					
Póliza N°	Fecha de Solicitud: / /	N° de Solicitud:	Tipo de Solicitud: Nueva Modificación		Sucursal:
Datos del Solicitante como Asegurado Principal					
Apellidos y nombres:					
Grupo a Asegurar					
Datos del Cónyuge del Solicitante					
Apellidos y nombres:					
Datos de los Hijos del Solicitante (Hasta los 25 años de edad)					
Nombre(s) y Apellido(s)	Fecha Nacimiento dd/mm/aaaa	Cédula / Pasaporte	Nacionalidad	Sexo	¿Goza de buena salud y no tiene defecto físico?
				M F	Si No
				M F	Si No
				M F	Si No
				M F	Si No
¿Practica algún deporte extremo, aunque sea ocasionalmente? Ejemplos: motorizados, paracaidismo, buceo, carreras, de autos u otras actividades peligrosas?					
Especifique:					
Indique cuál de los hijos:					
Beneficiarios en caso de fallecimiento del Asegurado Principal					
Beneficiarios Principales					
Nombre(s) y Apellido(s)	Cédula / Pasaporte	Fecha Nacimiento	Nacionalidad	Parentesco	Porcentaje (%)
Beneficiarios Contingentes					
Nombre(s) y Apellido(s)	Cédula / Pasaporte	Fecha Nacimiento	Nacionalidad	Parentesco	Porcentaje (%)
<p>Cualquier beneficio que corresponda a un menor de edad designado como beneficiario en esta póliza, será pagado a: _____, con cédula de identidad n° _____</p> <p>y en su defecto a _____ con cédula de identidad n° _____, a quien(es) he instruido sobre la forma en que debe(n) disponer del dinero que reciba(n) de la compañía, sin que por esta razón deba(n) considerarse a esta(s) persona(s) como beneficiario(s) de esta póliza.</p>					

Cuestionario General		
Aplicables al Solicitante como Asegurado Principal y al Cónyuge		
Preguntas	Aseg. Ppal.	Cónyuge
1. Indicar sus medidas simétricas: estatura exacta (m) / peso exacto (lb)	(mts)/ (lbs)	(mts)/ (lbs)
2. ¿Tiene o ha tenido episodios de epilepsia, vértigos, convulsiones, mareos o síncope?	SI NO	SI NO
3. ¿Tiene o ha tenido enfermedades mentales o del sistema nervioso, parálisis, esclerosis múltiple, afección de la espina dorsal, reumatismo o artritis, mutilaciones o deformaciones físicas?	SI NO	SI NO
4. ¿Tiene o ha tenido enfermedad o defecto físico del oído y/o la vista?	SI NO	SI NO
5. ¿Tiene o ha tenido enfermedades del corazón, hipertensión arterial, afecciones coronarias, aneurismas, enfermedades de los riñones, enfermedades de los pulmones, anemia, cáncer, sida, diabetes?	SI NO	SI NO
6. ¿Goza de buena salud y no padece enfermedades?	SI NO	SI NO
7. ¿Tiene algún impedimento o defecto físico?	SI NO	SI NO
8. ¿Ha sufrido algún accidente?	SI NO	SI NO
9. ¿Viaja como pasajero en aviones, avionetas o helicópteros particulares? Indique frecuencia:	SI NO	SI NO
10. ¿Pilota algún tipo de aeronave? Indique tipo:	SI NO	SI NO
11. ¿Utiliza lanchas u otro tipo de embarcaciones? Indique frecuencia:	SI NO	SI NO
12. ¿Ha sido arrestado por posesión de drogas o por embriaguez, o ha sido tratado por adicción al alcohol o a las drogas?	SI NO	SI NO
13. ¿Trabaja sobre andamios, techos, exteriores de edificios o similar? Especifique:	SI NO	SI NO
14. ¿Trabaja o transporta materiales inflamables, sustancias corrosivas o de alta peligrosidad?	SI NO	SI NO
15. ¿Utiliza maquinarias para hacer su trabajo? Especifique:	SI NO	SI NO
16. ¿Trabaja con corriente eléctrica de alta tensión? Indique frecuencia y voltaje:	SI NO	SI NO
17. ¿Manipula explosivos o preparados químicos?	SI NO	SI NO
18. ¿Practica algún deporte extremo, aunque sea ocasionalmente? Ejemplos: motorizados, paracaidismo, buceo, carreras, de autos u otras actividades peligrosas. Especifique:	SI NO	SI NO
Autorización y Compromiso		
Autorizo a los Médicos, Hospitales, Clínicas o Instituciones de salud para suministrar a Banescos Seguros S.A. todos los datos que posean sobre mi estado de salud antes o después de mi fallecimiento. Asimismo, autorizo a Banescos Seguros S.A. a recabar cualquier información relacionada con mi estado de salud y a verificar los datos declarados en esta solicitud.		
Causales de Terminación de la Póliza		
1. Si a la compañía le fuere cancelada la autorización para operar en el ramo de seguros en el que esté considerada esta póliza. Esta terminación se producirá a partir del día hábil siguiente al de la recepción de la notificación de terminación enviada al contratante o al asegurado de cualquier fecha posterior que se señale en la misma. La devolución de prima a que hubiere lugar deberá estar a disposición del contratante o del asegurado dentro de los quince (15) días continuos siguientes a la notificación. 2. Cuando el contratante o el asegurado manifiesten su deseo de no continuar con la póliza. 3. Cuando el contratante o el asegurado manifieste su decisión de no renovar la póliza, mediante aviso por escrito recibido por la compañía con treinta (30) días continuos como mínimo de anticipación a la terminación de la duración de la póliza. 4. Cuando el asegurado titular pierda su condición de persona asegurable, terminando los beneficios del seguro tanto para él, como para los demás asegurados. 5. Por falta de pago de la prima correspondiente en la fecha de su exigibilidad, vencido el período de gracia, vencido el período de suspensión y que el asegurado haya recibido el aviso de cancelación por parte de la compañía. 6. Por fallecimiento del asegurado o por la ocurrencia de alguna de las condiciones señaladas en esta póliza como causa u origen de terminación de la póliza. 7. Declaración falsa o inexacta por parte del contratante o del asegurado		

Declaración

Yo, el contratante declaro formalmente:

1. Hago constar que he leído, cuidadosa y totalmente, todas las preguntas y respuestas consignadas en el cuestionario precedente y que la información que doy en este documento es verdadera, amplia, completa y exacta y que conozco que esta solicitud y otros documentos presentados, son la base utilizada por la compañía para evaluar el riesgo y fijar la prima.
2. Conozco que en caso de fraude, declaraciones falsas u omisiones podría cesar la responsabilidad de la compañía por este seguro y que no he omitido ni disimulado, ningún hecho ni circunstancias que puedan modificar la opinión de la compañía sobre el riesgo a correr por el seguro solicitado.
3. Doy fe que el dinero utilizado para el pago de la presente póliza proviene de una fuente lícita y no tiene relación alguna con capitales, bienes, haberes o beneficios derivados de las actividades ilícitas o de los delitos de blanqueo de capitales previstos en la ley.

Corredores

Razón Social o Apellidos y Nombres	Firma	Código	% Participación
Lugar y Fecha	Firma del Contratante	Nombre del Contratante	
Lugar y Fecha	Firma del Asegurado Principal	Nombre del Asegurado Principal	