



Banesco
SEGUROS

Inscrito en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 109

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

DATOS DEL SOLICITANTE	
Cédula de Identidad: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E No.	Ocupación / Actividad:
R.I.F.:	Código Cliente:
1er. Apellido (Razón Social) Sgdo. Apellido:	
1er. Nombre / Inicial del Sgdo.:	

DATOS DE LA PÓLIZA									
Póliza No.:					Interés:		Agencia / Sucursal:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Fecha Vigencia:					Moneda:			Expediente No.:	
Desde		Hasta			<input type="checkbox"/> Bolívares	<input type="checkbox"/> US Dólares			
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Otra _____								

ACTIVIDADES Y DEPORTES					
¿Practica algún deporte?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Amateur	<input type="checkbox"/> Profesional	
Especifique:					
¿Realiza vuelos en aeronaves no pertenecientes a líneas comerciales autorizadas con vuelos e itinerarios establecidos?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Pasajero	<input type="checkbox"/> Tripulante
Licencia No.	No. de Horas Anuales		Acumuladas		Rutas: <input type="checkbox"/> Nacionales <input type="checkbox"/> Internacionales
¿Consumo bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	¿Mantiene el hábito de fumar en los últimos dos años?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Cantidad Diaria:	Cantidad Diaria:				
¿Consumo drogas y/o estupefacientes con o sin prescripción médica?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Cantidad Diaria:					

Ha padecido o sufre actualmente de	Fecha	Duración	Detalle indicando médico tratante
Enfermedades de los nervios, colapsos nerviosos, dolores persistentes de cabeza	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Infecciones de los riñones, órganos genitales, piedras renales, sangre en la orina, dificultades o dolores al orinar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Fiebre en Intervalos o Persistentes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Sudoraciones Nocturnas Persistentes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Infecciones inexplicables, ganglios linfáticos inflamados o aumentos de tamaño	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Repetidos ataques de diarreas o diarrea crónica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Enfermedades Dermatológicas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Hepatitis o Enfermedades transmitidas por contactos sexuales (sífilis, gonorrea, etc.) incluyendo lesiones, ulceraciones o secreciones genitales.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

ANTECEDENTES FAMILIARES DEL ASEGURADO				
Parentesco	Vivos		Fallecidos	
	Edad	Estado de Salud	Edad al Fallecer	Causas de la Muerte
Padre				
Madre				
Hijos				
Hermanos				

DATOS DEL SEGURO SOLICITADO	
Suma Asegurada:	Beneficio Muerte o Desmembramiento, por Accidente:
Plan:	Beneficio Incapacidad Total y Permanente:
Duración del Seguro:	Exoneración de Prima: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Duración del Pago de Prima:	Vigencia Desde:

SEGUROS VIGENTES			
Tipo	Compañía	Monto Asegurado	En vigor desde
<input type="checkbox"/> Accidente			
<input type="checkbox"/> Vida			
<input type="checkbox"/> Incapacidad			
<input type="checkbox"/> Accidente			
<input type="checkbox"/> Vida			
<input type="checkbox"/> Incapacidad			

SEGUROS RECHAZADOS			
Tipo	Compañía	Año	Causa
<input type="checkbox"/> Accidente			
<input type="checkbox"/> Vida			
<input type="checkbox"/> Incapacidad			
<input type="checkbox"/> Accidente			
<input type="checkbox"/> Vida			
<input type="checkbox"/> Incapacidad			

Declaro formalmente, mediante la firma de esta Solicitud, que la información que doy en este documento es verídica y que no he suprimido hecho alguno que tienda a modificar la correcta apreciación del riesgo, me comprometo a tomar las medidas de precaución necesarias para proteger los bienes que deseo asegurar. Esta solicitud no implica compromiso alguno de aceptar la cotización de la Compañía, ni obliga a ésta a emitir la Póliza. No obstante si la Póliza fuere emitida y el recibo correspondiente pagado por mi, esta Solicitud servirá de base para su otorgamiento y formará parte integrante de la misma.

Firma del Solicitante

Firma del Intermediario

Lugar y Fecha