

Tomador:		Póliza Nro:	
I. DATOS DEL ASEGURADO			
Nombre(s) y Apellido(s) del Asegurado Titular:		Cédula de Identidad: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	Fecha de nacimiento / / Ocupación
Dirección:			
Ciudad:		Teléfono de contacto:	
Nombre(s) y Apellido(s) del Productor de seguro:		Código:	Teléfonos: / / Email:
II. DATOS DEL DECLARANTE			
Nombre(s) y Apellido(s) del Asegurado Titular:		Cédula de Identidad: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	Fecha de nacimiento / / Ocupación
Dirección:			
Ciudad:		Teléfono de contacto: / / Email:	
III. DATOS DEL SINIESTRO			
Tipo de Seguro:			
<input type="checkbox"/> Accidentes Personales.		<input type="checkbox"/> Funerarios.	
<input type="checkbox"/> Desgravamen Hipotecario.		<input type="checkbox"/> Indemnización Diaria por Hospitalización.	
<input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Vida.	
País:		Estado:	
Ciudad:		Lugar donde ocurre el siniestro:	
Fecha de ocurrencia: / /		Fecha de Declaración / /	
Hora de ocurrencia: : AM : PM		Causa del siniestro:	
¿Intervino alguna autoridad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si. ¿Cuál? _____			
IV. INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL COVID -19			
Tuvo COVID	Fecha Covid	Tipo de atención	Viajes al exterior últimos 15 días
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Sospechoso <input type="checkbox"/> No	/ /	<input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Terapia I. <input type="checkbox"/> Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Procedencia: _____
V. DESCRIPCIÓN AMPLIA Y DETALLADA DE LOS HECHOS			
VI. OTROS SEGUROS QUE AMPARAN EL RIESGO			
Compañía	Póliza Nro.:	Vigencia	
		Desde	Hasta
		/ /	/ /
		/ /	/ /
		/ /	/ /



# PLANILLA DECLARACIÓN DE SINIESTROS PERSONAS

## VII. DECLARACIÓN JURADA

(Utilizar en caso de pago de gastos funerarios por terceros)

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, titular de la Cédula de Identidad N° V  o E  \_\_\_\_\_, en mi condición de tomador , asegurado  o beneficiario  de esta Póliza de Gastos Funerarios, por medio del presente documento declaro que: los gastos con ocasión al servicio funerario de quien en vida fuera identificado (a) como \_\_\_\_\_, titular de la Cédula de Identidad N° V  o E  \_\_\_\_\_, el cual tuvo lugar el día \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, fueron asumidos por \_\_\_\_\_, identificado (a) con la Cédula de Identidad o Registro Único de Identificación Fiscal N° V  / E  / R.I.F.  \_\_\_\_\_, por lo que autorizo que el reembolso de los gastos funerarios incurridos, sea efectuado a la persona o empresa antes señalada.

## VIII. DOMICILIACIÓN DE PAGOS

El Tomador y/o Asegurado Titular autoriza que todos los pagos de siniestros se efectúen a la siguiente cuenta bancaria:

Banco: \_\_\_\_\_ Nro. Cuenta Beneficiario: \_\_\_\_\_ Tipo:  Ahorro  Corriente

## IX. DECLARACIÓN

Con la firma de la presente, declaro formalmente que todas las afirmaciones y datos que he consignado al llenar este formulario responden íntegramente a la verdad, sin aumentar, disminuir o tergiversar circunstancias que puedan afectar la apreciación de los hechos, en consecuencia autorizo a Banesco Seguros, C.A. a verificar la información aquí suministrada, pudiendo para ello tener acceso a cualquier documento que resulte pertinente a tal fin.

## X. FIRMAS

Lugar y fecha:	Declarante / Asegurado:	Tomador:
/ /	Apellido(s) y nombre(s): C.I.: _____ Firma: _____	Apellido(s) y nombre(s): C.I.: _____ Firma: _____