

I. DATOS DE LA SOLICITUD							
Fecha de solicitud		Tipo de solicitud: <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Modificación			Sucursal:		
II. DATOS DEL TOMADOR / ASEGURADO							
i. Datos de Identificación:							
Carácter en que contrata: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Ajena		Nº C.I./ Pasaporte: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E		R.I.F. <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E:	Primer Apellido	Segundo Apellido:	
Primer Nombre:	Segundo Nombre:		Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo			
Fecha de Nacimiento:		Actividad económica <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente			Área o Ramo	Profesión:	
Oficio u Ocupación:	Relación laboral con Organización sin fines de lucro: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			Cargo			
Persona expuesta políticamente (PEP)	Nombre del ente de adscripción	Cargo que desempeña	País	Identificación del relacionado			
El cliente es (PEP) <input type="checkbox"/>							
Tiene parentesco con (PEP) <input type="checkbox"/>							
Es asociado cercano de (PEP) <input type="checkbox"/>							
ii. Ingreso y Patrimonio: USD se emplea como moneda de cuenta; los cálculos deberán tomar en consideración la tasa de cambio publicada por el BCV al completarse la planilla.							
Ingreso Anual (en \$.): <input type="checkbox"/> menos de 5.000 <input type="checkbox"/> de 5.000 a 15.000 <input type="checkbox"/> de 15.001 a 30.000 <input type="checkbox"/> más de 30.000							
Patrimonio (en \$.): <input type="checkbox"/> menos de 10.000 <input type="checkbox"/> de 10.000 a 50.000 <input type="checkbox"/> de 50.001 a 80.000 <input type="checkbox"/> más de 80.000							
iii. Dirección de <input type="checkbox"/> Habitación <input type="checkbox"/> Oficina:							
País:		Estado:		Ciudad:			
Urbanización			___Av.___Calle___Transversal:				
___Casa.___Quinta.___Local___CC___Torre___Edif:			___Piso___Nivel:		___Ofc.___Apto.:		
Zona Postal:		Telf. (Cód.) Número:		Telf. Celular (Cód.) Número:		Tefl. (Cód.) Número:	
E-mail:			Cuenta de Red Social (Especifique)				
III. DATOS DE LA PÓLIZA							
Frecuencia de pago:		Duración del Contrato: Desde / / Hasta / /			Moneda:	Canal de venta	
IV. PLANES ASOCIADOS							
Coberturas		Suma A.	Prima	Coberturas		Suma A.	
Banesco Protección Segura por Cáncer.				Banesco Familia Segura.			
Banesco Accidentes Personales.				• Cobertura Total (Opcional)			
Banesco IDH - Deducible (24 hr).				Vida Integral Plus.			
V. INTERES ASEGURADO							
(Banesco Protección Segura Cáncer / Banesco Familia Segura / Banesco Accidentes Personales)							
C.I.	Apellidos y Nombres		Fecha Nacimiento	Lazo familiar Titular	C.I.	Apellidos y Nombres	
VI BENEFICIARIO EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL TITULAR (PREFERENCIAL)							
(Banesco Protección Segura por Cáncer / Vida Integral Plus/ Plan Banesco Indemnización Diaria por Hospitalización)							
Nombres y Apellidos:		Nº C.I./Pasaporte: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	Fecha de Nacimiento:	Parentesco	Participación (%)	Producto:	
VII BENEFICIARIO EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL TITULAR (OTROS BENEFICIARIOS)							
Nombres y Apellidos:		Nº C.I./Pasaporte: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	Fecha de Nacimiento:	Parentesco	Participación (%)	Producto:	



# SOLICITUD ÚNICA DE PRODUCTOS MASIVO PN

Nombres y Apellidos:	Nº C.I./Pasaporte: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	Fecha de Nacimiento:	Parentesco	Participación (%)	Producto:
Nombres y Apellidos:	Nº C.I./Pasaporte: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	Fecha de Nacimiento:	Parentesco	Participación (%)	Producto:

## VIII. DECLARACIONES

El Solicitante como Tomador declara que:

- A. Ni el Asegurado Titular, ni sus familiares asegurados, padecen o han padecido de: Cáncer, HIV-Sida, Insuficiencia Renal, Hipertensión Arterial, Cirrosis, Hepatitis B, Diabetes, Enfermedades o Defectos Congénitos, Cardiovasculares, Neurológicas, Psiquiátricas, Pulmonares u otras condiciones que afecten su estado de salud actual. (En caso afirmativo, subraye la enfermedad que corresponda o indique cual otra patología padece en caso de alguna diferente: \_\_\_\_\_)
- B. Da fe que el dinero utilizado para el pago de la prima, proviene de una fuente lícita y, por lo tanto, no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas previstas en las Normas sobre Prevención, Control y Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales Financiamiento al Terrorismo, y Financiamiento de la proliferación LC//FT/FPADM.
- C. Autoriza a Banesco Seguros, C.A. para compartir e intercambiar con terceras personas vinculadas a él, la información contable, económica, financiera y cualquier otra que le haya entregado a dicha aseguradora, a propósito de la suscripción.
- D. Que el Correo Electrónico suministrado me pertenece e identifica plenamente, por lo que autorizo expresamente al Asegurador para enviarme todos los documentos que forman parte del contrato y cualquier comunicación pertinente por este medio.
- E. He recibido las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza y el Cuadro Póliza, he leído, conozco y acepto el contenido de estos documentos.

## IX AUTORIZACIÓN Y COMPROMISO

El Tomador y/o Asegurado Titular autorizan a los médicos, clínicas o instituciones de salud a suministrar a Banesco Seguros, C.A. todos los datos que posean sobre el estado de salud de cualquiera de los Asegurados, antes o después de un diagnóstico de cáncer. Asimismo, autorizan a Banesco Seguros S.A. a recabar cualquier información relacionada con su estado de salud y a verificar los datos de ESTA SOLICITUD CUADRO PÓLIZA.

## X AUTORIZACIÓN

El Tomador, en caso de otorgamiento de la póliza, autoriza el bloqueo automático e inmediato de la cantidad de \_\_\_\_\_ de la cuenta abajo indicada, correspondiente a la prima de este seguro y se compromete a mantener en la cuenta dicho monto en la fecha de la exigibilidad o de lo contrario se entenderá como su voluntad expresa de no continuar con el seguro. Esta autorización se mantendrá para las renovaciones del contrato suscrito.

## XI. PAGO DE PRIMA

<input type="checkbox"/> Cargo en cuenta <input type="checkbox"/> TDC	Fecha de vencimiento:	Banco:
-----------------------------------------------------------------------	-----------------------	--------

Nro. Código Cuenta / Nro. de Tarjeta del Tomador/Asegurado Titular:

## XII. DATOS DEL PRODUCTOR

Actuando como intermediario(s) de Seguros certifico (amos) que el presente formulario fue debidamente completado en todas sus partes por el Solicitante como Afianzado, según corresponda, dando cumplimiento con lo indicado en la Ley de Contrato vigente.

Apellido(s) y nombre(s):	Código:
--------------------------	---------

## XIII. FIRMAS

Productor	Tomador
Lugar y Fechar _____ <div style="text-align: right;">Firma y huella _____</div>	Lugar y Fechar _____ <div style="text-align: right;">Firma y huella _____</div>

### **Documentos Requeridos:**

- ✓ Fotocopia de la Cédula de Identidad o Pasaporte del Tomador / Asegurado Titular.
- ✓ Fotocopia del RIF Tomador / Asegurado Titular.
- ✓ Cualquier otra documentación que considere necesaria la compañía aseguradora

## XIV. SOLO PARA PÓLIZAS DE SALUD Y PERSONAS

Cédula	Tuvo Covid	Viajes exterior últimos 15 días	Cédula	Tuvo Covid	Viajes exterior últimos 15 días
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Procedencia:		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Procedencia:
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Procedencia:		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Procedencia:
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Procedencia:		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Procedencia:
	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Procedencia:		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Procedencia: