

Planilla Declaración De Sinistros Personas

Tomador:		Póliza Nro:	
I. DATOS DEL ASEGURADO			
Nombre(s) y Apellido(s) del Asegurado Titular:		Cédula de Identidad: ☐ V ☐ 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: ☐ V ☐ E	Fecha de nacimiento / / Ocupación
Dirección:			
Ciudad:		Teléfono de contacto:	Email:
III. DATOS DEL SINIESTRO			
Tipo de Seguro: ☐ Accidentes Personales. ☐ Desgravamen Hipotecario. ☐ Otro: _____. ☐ Funerarios. ☐ Indemnización Diaria por Hospitalización. ☐ 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? ☐ No ☐ Si. ¿Cuál?			
IV. INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL COVID -19			
Tuvo COVID	Fecha Covid	Tipo de atención	Viajes al exterior últimos 15 días
☐ Si ☐ Sospechoso ☐ No	/ /	☐ Hospitalización ☐ Domicilio ☐ Terapia I. ☐ Ambulatorio	☐ Si ☐ 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: _____