

Declaración de Salud		
N°	Sufre o ha sufrido alguna vez de:	Respuesta:
1	Me encuentro en buen estado de salud y que mi habilidad física o funcional no se encuentra reducida, no me encuentro en tratamiento médico y tengo conocimiento de que hasta ahora no lo requiero.	SI NO
2	No padezco ni he padecido de: Cáncer, HIV – Sida, Insuficiencia Renal, Hipertensión arterial, Cirrosis, Hepatitis B, Diabetes, Enfermedades o Defectos Congénitos, Cardiovasculares, Neurológicas, Psiquiatría, pulmonares u otras condiciones que afecten mi estado de salud actual.	SI NO
3	En los últimos dos (2) años no he sido sometido, ni me han sido programados tratamientos o intervenciones quirúrgicas en razón a enfermedades como las enunciadas anteriormente o similares o dolencia directamente relacionadas con ella, en forma causal o consecencial.	SI NO
4	No tengo adicciones al consumo de alcohol, drogas, sustancias estupefacientes y psicotrópicas.	SI NO
5	Mis actividades y ocupaciones son lícitas y las ejerzo dentro de los marcos legales.	SI NO
6	No realizo actividades en las que haga porte o uso de armas de fuego, ni ejerzo ocupaciones como guardia o agente de seguridad, policía, escolta, detective privado o cualquier otra similar a las mencionadas anteriormente.	SI NO
7	No he omitido ni disimulado, ningún hecho o circunstancias en las presentes declaraciones que pueden modificar la opinión de la compañía sobre el seguro solicitado.	SI NO
8	He recibido en este acto las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza, así como de los anexos emitidos hasta este momento debidamente firmados por las partes, he leído, conozco y acepto el contenido de estos documentos, estoy enterado de los procedimientos para obtención de los beneficios estipulados en ellos y de que la falta de pago de la prima en el momento cuando se ha hecho legalmente exigible, dará derecho a la compañía a resolver este contrato bastando para esto que la Compañía me notifique o me exija el cumplimiento del contrato mediante el pago de la prima.	SI NO
9	Conozco que cualquier cambio según lo establecido en las Condiciones Generales y Particulares debe ser notificado a la Compañía y que todas las informaciones y declaraciones presentadas son exactas, completas y verdaderas y que en caso contrario serán causal de anulación de este contrato si siendo de mala fe, la Compañía, de haberlas conocido, no hubiese contratado o la hubiese hecho en otras condiciones.	SI NO
10	Bajo fe de juramento, no he sido intimidado, persuadido o condicionado por parte de la Compañía a la contratación de esta y otras pólizas, así como el acceso a los servicios bancarios o financieros, a la adquisición de otros bienes o servicios no indispensables a mis intereses y que no he renunciado a ninguno de los derechos establecidos por la ley.	SI NO
11	Este Contrato de Seguro, conformado por los documentos señalados en las Condiciones Generales, constituye y contiene el acuerdo completo celebrado entre las partes con respecto al riesgo objeto del mismo y deja sin efecto cualquier correspondencia, conversación y negociaciones anteriores en relación con su objeto.	SI NO
12	Yo soy consciente y me doy por enterado de que la aceptación de esta solicitud por parte de la Compañía está basada en una relación de confianza y buena fe y sobre la exactitud de la información presentada en la actual solicitud.	SI NO
13	¿Ha fumado cigarrillos alguna vez? En caso afirmativo, fecha de último cigarrillo / / Detállese cuantos al día:	SI NO

Datos de la Póliza

Suma Asegurada:	Prima Anual:	Duración del Contrato: Años	Pago de Prima: Años
Frecuencia de Pago: Anual Semestral Trimestral Mensual	Cantidad de Cuotas:		
Forma de Pago: Cheque Visa ACH Efectivo			
Acreencia Bancaria: SI NO	Banco:	Monto:	Es Fumador: SI NO
Cobertura Contratada: Muerte por Cualquier Causa Muerte o Desmembramiento por causa Accidental Adelanto de Gastos Funerarios Adelanto de Enfermedades Graves Bono Escolar Canasta Básica			

Beneficiarios en caso de fallecimiento del Asegurado Principal
Beneficiarios Principales

Nombre(s) y Apellido(s)	Cédula / Pasaporte	Fecha Nacimiento	Nacionalidad	Parentesco	Sexo	Porcentaje (%)
					M F	
					M F	
					M F	

Beneficiarios Contingentes

Nombre(s) y Apellido(s)	Cédula / Pasaporte	Fecha Nacimiento	Nacionalidad	Parentesco	Sexo	Porcentaje (%)
					M F	
					M F	

Cualquier beneficio que corresponda a un menor de edad designado como beneficiario en esta póliza, será pagado a: _____ con Cédula de Identidad Personal N° _____, y en su defecto a _____ con Cédula de Identidad Personal N° _____, a quien(es) he instruido sobre la forma en que deberá(n) disponer de la suma de dinero que reciba (n) de la Compañía, sin que esta razón deba considerarse a esta(s) persona(s) como beneficiario(s) de este seguro.

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.

Declaración

Yo, el Solicitante como Asegurado Principal declaro formalmente:

- 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.
- 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.
- 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		Nombre del Asegurado