

**Datos del Tomador (En caso de ser persona natural)**

Nro. Cédula / Pasaporte:	Apellidos:	Nombres:	
Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Venezolana <input type="checkbox"/> Extranjera   País de origen: _____   Residente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> Otra. Especifique: _____			
Si la Actividad es Comercial, especifique ramo donde se desenvuelve:		Oficio u Ocupación:	
Dirección de Habitación:			
Teléfono Habitación:	Teléfono Celular:	Correo Electrónico:	
Dirección trabajo:			
Teléfono trabajo:		Ingreso Anual (Bs.):	

**Datos del Tomador (En caso de ser persona jurídica)**

Tipo de Persona: <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> Gubernamental	R.I.F. Nro.:	N.I.T. Nro.:	
Denominación de la Razón Social:		Siglas/Nombre Comercial:	
Fecha de Constitución:	Nro. de Registro:	Tomo Nro.:	
Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> Otra. Especifique: _____	Si la Actividad es Comercial, especifique ramo donde se desenvuelve:		
Dirección:			
Teléfono:		Ingreso Anual (Bs.):	

**Datos del Propuesto Asegurado Titular**

Nro. Cédula / Pasaporte:	Apellidos:	Nombres:		Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nacimiento:
Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Venezolana <input type="checkbox"/> Extranjera   País de origen: _____   Residente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Tipo de Actividad: <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Otra. Especifique: _____				Si la Actividad es Comercial, especifique ramo donde se desenvuelve:	
Estado Civil:	Estatura: mts.	Peso: Kg.	Oficio u Ocupación:		
Dirección de Habitación:					
Teléfono Habitación:	Teléfono Celular:	Correo Electrónico:			
Lugar de trabajo:					
Teléfono trabajo:			Ingreso Anual (Bs.):		
Dirección de cobro:					

**Datos del Instrumento Financiero (En caso de domiciliación para el pago de la prima)**

Nro. de Tarjeta de Crédito o Cuenta Bancaria: \_\_\_\_\_ Nombre del Banco: \_\_\_\_\_ Fecha de Vencimiento (Tarjeta de Crédito): \_\_\_\_\_

Tipo de Tarjeta de Crédito o Cuenta Bancaria:

Visa  MasterCard  Diners  Cta. Corriente  Cta. Ahorro  Otra. Especifique: \_\_\_\_\_

**Forma de Pago de la Prima:**

Anual  Semestral  Trimestral  Mensual

**Beneficiarios**

Apellidos y Nombres	Parentesco con el Propuesto Asegurado	C.I. Nro.	Fecha de Nacimiento	Sexo	% Particip.	Teléfono Contacto
<b>Total participación</b>					<b>100%</b>	

Se deja claro que está Póliza no se extiende a cubrir el fallecimiento del Asegurado si éste ocurre siendo piloto aviador en actividad, militar activo en el cumplimiento de funciones en el servicio militar, o como consecuencia de su participación activa en actos delictivos.

**Declaraciones de Salud:**

Declaro en calidad de Propuesto Asegurado que lo anotado en esta planilla es verídico, que mi estado de salud es normal y que no he sido tratado, hospitalizado u operado de alguno de estos padecimientos o enfermedades: congénitas, neurológicas, del corazón y/o arterias coronarias, pulmonares, de los riñones, del hígado, hipertensión, diabetes, paraplejia o cuadruplejia, esclerosis amiotrófica lateral, esclerosis sistémica progresiva, esclerosis múltiple, cáncer, mielopatías en general, ni tampoco he sido tratado o diagnosticado de neumonía crónica, nódulos linfáticos agrandados, pérdida repentina de peso, problemas con el sistema inmunológico, colesterol o triglicéridos elevados, enfermedades de transmisión sexual, SIDA, ARC (complejo relacionado con el SIDA), transplante de órganos.

**Declaraciones del Tomador:**

Yo, el Tomador, doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima del presente seguro 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 Legitimación de Capitales previstos en la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada.

Declaro bajo juramento que la información suministrada es exacta, sin omisión de ningún detalle, hecho o circunstancia con el propósito de disminuir o aminorar la gravedad del riesgo o con la intención de cambiar su objeto. Autorizo la verificación de la misma, así como a suministrar información a terceros para fines de evaluación de riesgo. Queda entendido que la presente solicitud no otorga cobertura provisional, ni implica compromiso de aceptar la cotización de Mercantil Seguros, C.A.

Lugar y Fecha de Declaración: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**La Firma de la solicitud implica el conocimiento y la aceptación de la totalidad de su contenido**

Razón Social / Apellidos y Nombres del Tomador:	C.I./R.I.F. Nro. del Tomador:	Firma Tomador:	Huella dactilar:
Apellidos y Nombres del Propuesto Asegurado:	C.I./R.I.F. Nro. del Propuesto Asegurado:	Firma Propuesto Asegurado:	Huella dactilar:

**Intermediario:**

Apellidos y Nombres:	Código:	Firma:

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio Nro. 71 de fecha 12 de Enero de 2012