

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:				

DECLARACION DE RIESGOS DEL PROPUESTO ASEGURADO: Indique en calidad de Propuesto Asegurado si usted, en su desempeño diario, está expuesto a cualquiera de los siguientes riesgos:

- | | |
|---|---|
| 1. ¿Trabaja haciendo uso de electricidad de alta tensión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 4. ¿Trabaja usted encima de andamios, techos o edificios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 2. ¿Usted hace uso frecuente de motonetas o motocicletas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 5. ¿Hace uso frecuente de embarcaciones y/o aeronaves? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 3. ¿Usted utiliza con frecuencia maquinarias pesadas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

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
Total participación					100%	

Se deja claro que está Póliza no se extiende a cubrir los accidentes ocurridos al Asegurado practicando a nivel profesional los siguientes deportes de alto riesgo: coleo, rodeo, buceo, espeleología, alpinismo, motociclismo, automovilismo, aéreos (parapente, paracaidismo, ultralivianos, ícaro).

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:
Apellidos y Nombres Intermediario:	Código Intermediario:	Firma Intermediario:	

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio Nro. 84 de fecha 17 de Enero de 2012