

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 Consituición:	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 Ocupacion:	
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

Familiares a incluir en la Póliza:

Apellidos y Nombres	Parentesco con el Propuesto Asegurado Titular	C.I. Nro.	Fecha de Nacimiento	Sexo	Ocupación

Beneficiarios:

Apellidos y Nombres	Parentesco con el Propuesto Asegurado Titular	C.I. Nro.	Fecha de Nacimiento	Sexo	% Participación	Teléfono Contacto
Total Participación:					100%	

Declaración de Salud

Declaro en calidad de Propuesto Asegurado Titular 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 cuádruplejia, 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).

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:	Nro. de C.I./R.I.F. del Tomador:	Firma Tomador:	Huella Dactilar
Apellidos y Nombres del Propuesto Asegurado Titular:	Nro. de C.I. del Propuesto Asegurado Titular:	Firma Propuesto Asegurado Titular:	Huella Dactilar

Intermediario

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