Mercantil Seguros

SOLICITUD DE SEGURO DE PÓLIZA MERCANTIL DE VIDA

Cotización Nro.: _____ **Fecha:** ____ / ____ / _____

Datos del Solicitante / Tomador

Datos de Identificación: Persona Natural

No. CI./ Pasaporte:

Nacionalidad: ☐ Pasaporte ☐ Venezolana ☐ Extranjera País de origen: Residente: ☐ Sí ☐ No

1er. Apellido: | 2do. Apellido: | Apellido de Casada:

1er. Nombre: | 2do. Nombre:

Sexo: ☐ F ☐ M | Estado Civil: ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Otro | Fecha de Nacimiento:

Actividad Económica: ☐ Comercial ☐ Profesional | Especifique:

Profesión: | Ocupación:

Datos de Identificación: Persona Jurídica

Tipo de Persona: ☐ Jurídica ☐ Gubernamental | Nro. de RIF: | Nro. de NIT:

Denominación de la Razón Social:

Siglas / Nombre Comercial:

Fecha de Constitución: | Nro. de Registro: | Tomo No.:

Actividad Económica: ☐ Comercial ☐ Gubernamental | Especifique:

Ingreso y Patrimonio: Persona Natural y Persona Jurídica

Ingreso Anual (en Bs.) ☐ Menor a 30.000,00 ☐ Igual o mayor a 30.000,00

Patrimonio (en Bs.) ☐ Menor a 100.000,00 ☐ Igual o mayor a 100.000,00

Dirección de Habitación: Persona Natural / Dirección de Empresa: Persona Jurídica

País: | Estado: | Ciudad:

Urbanización: | Av./ Calle /Transv.:

CC./ Edif./ Torre /Casa / Quinta /Local: | Piso Nro. /Nivel: | Of./Apto.:

Telf. (Cód.) Nro.: | Telf. Cel. (Cód.) Nro.: | Otro Telf. (Cód.) Nro.: | Fax: (Cód.) Nro.:

E-mail:

Dirección de Cobro (especifique):

Beneficiarios

Aseg. Nro.	Apellidos y Nombres	Parentesco	Nro. de CI o Nro. de Pasaporte	Fecha de Nacimiento	Sexo	% Participación
1.					F	
2.					F	
3.					F	
4.					F	
5.					F	

Mercantil Seguros, C.A. - RIF: J-000901805 - NIT: 00000-185-6-2. Inscrita en el Registro Mercantil Primero de la Circunscripción Judicial del Distrito Federal y Estado Miranda, el 20-02-1974, bajo el Nro. 66, Tomo 7-A, autorizada por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora del Ministerio del Poder Popular de Economía y Finanzas, bajo el Nro. 74. Dirección Sede Principal: Av. Libertador C/A Isaías "Látigo" Chávez, Edif. Seguros Mercantil, piso 6, Urb. Chacao, Z.P. 1060, Caracas - República Bolivariana de Venezuela. Telf. (0212) 276.2000. Apartado 61.618 (del Este) Z.P. 1060, Direc. Cable "Censeca". Télex 24119. Dirección Internet **www.mercantilseguros.com**

M.9287 (07-2015)

Plan:
☐ Vida Entera ☐ Temporal ☐ Dotal ☐ Vida Entera-Crecimiento Temporal ☐ Temporal Creciente

Coberturas Solicitadas

Coberturas	Suma Asegurada	
☐ **Básica (Muerte)**		Duración del Seguro _____ años
☐ **Muerte Accidental**		Período de Pago de Primas_____ años
☐ **Incapacidad Total y Permanente**		**Sólo para planes Vida Entera-Crecimiento Temporal y Temporal Creciente:** Porcentaje de Incremento Anual de la Suma Asegurada
☐ **Supervivencia (sólo Plan Dotal)**	Igual a la básica	Básica _____ %

Forma de Pago de Primas:
☐ **Temporal** ☐ **Vitalicio**

Frecuencia de Pago de Primas:
☐ **Anual** ☐ **Semestral** ☐ **Trimestral**

Otros Seguros

Póliza Nro.	Compañía	Plan	Antigüedad	Monto	Vigente	Anulada	Causa de Anulación
					☐	☐	
					☐	☐	
					☐	☐	
					☐	☐	

Declaración de Salud

1.- ¿Gozan ustedes de buena salud? Estatura: _____ Mts.: _____ Cms Peso: _____ Kgs.	☐ Sí	☐ No
2.- ¿ Tiene planeado tratamiento médico o intervenciones quirúrgicas? Explique:	☐ Sí	☐ No
3.- ¿ Ha presentado un reclamo bajo alguna póliza de hospitalización, cirugía y maternidad?, indique: Fecha, Compañía y Causa:	☐ Sí	☐ No
4.- ¿Consume alcohol, tabaco o cualquier otra droga adictiva (Heroína, Cocaína, Marihuana)?	☐ Sí	☐ No
5.- ¿Ha tenido algún cambio de peso, ha sido donante o ha recibido transfusiones sanguíneas en los últimos dos (2) años?	☐ Sí	☐ No
6.- ¿Ha sido paciente en algún hospital, clínica o sanatorio?	☐ Sí	☐ No
7.- ¿Se ha practicado algún chequeo, consulta médica por enfermedad o cirugía en los últimos cinco (5) años? Resultado:	☐ Sí	☐ No
8.- ¿Práctica usted o alguno de sus familiares algún deporte o actividad peligrosa que atente contra su integridad física ? (Submarinismo, carreras motorizadas, alpinismo, hipismo, paracaidismo, vuelo en ícaro, espeleología)	☐ Sí	☐ No
9.- Sufre o ha sufrido alguna vez de (En caso afirmativo subraye la enfermedad que corresponda):		
a.- Enfermedades de la piel, ojos, oídos, nariz o garganta (desviación del Tabique Nasal, Sinusitis, Amigdalitis, Rinitis, Otitis, Cataratas, Hipertrofia de Cornetes, Timpanocentesis, Timpanoplastia)	☐ *Sí*	☐ *No*
b.- Enfermedades respiratorias (ronquera, tos persistente, sangre en el esputo, bronquitis, asma, enfisema, tuberculosis, pleuresía, neumonía, bronconeumonía)	☐ *Sí*	☐ *No*
c.- Enfermedades Cardiovasculares (Hipertensión Arterial, infarto al Miocardio, Arritmia Cardiaca, soplo en el corazón, Aneurisma, Palpitaciones, Angina de Pecho, Fiebre Reumática, Arteriosclerosis, Trastornos Valvulares, Tromboflebitis, Varices)	☐ *Sí*	☐ *No*
d.- Enfermedades Digestivas (Gastritis, Úlcera Péptica, Afecciones Hepáticas, Cálculos Vesiculares, Hemorroides, Alteraciones Pancreáticas, Recto, Enfermedad Diverticular de Colon, Ictericia, Sangramiento Intestinal, Úlcera Estomacal, Indigestión Recurrente)	☐ *Sí*	☐ *No*
e.- Enfermedades genito-urinarias (Albúmina, sangre, pus, o Infecciones en la orina, cálculos u otra alteración en los riñones, vejiga o próstata, varicocele, fimosis, parafimosis, nefritis).	☐ *Sí*	☐ *No*
f.- Enfermedades Venéreas, Infecciosas o Parasitarias (Paludismo, Disentería, Chagas, Hepatitis, Meningitis, Amibiasis, Bilharzia)	☐ *Sí*	☐ *No*
g.- Enfermedades de la Mujer (Sangramiento Genital, Fibroma Uterino, Prolapso Genital, Incontinencia Urinaria, Afecciones en las Trompas y Ovarios, Glándulas Mamarias, Osteoporosis, Enfermedad Inflamatoria Pélvica, Pólipos Endometriales)	☐ *Sí*	☐ *No*
h.- Enfermedades Osteomusculares (Neuritis, Ciática, Gota, Reumatismo, Hernias Discales, Artritis, Desviación de la Columna Vertebral, Problemas en las Articulaciones, Trastornos de los Ligamentos de las Rodillas y Meniscos)	☐ *Sí*	☐ *No*

i.- Enfermedades del Sistema Endocrino (Diabetes, Obesidad, Bocio, Hipófisis, Tiroides, Alteraciones del Colesterol y Triglicéridos)	☐ *Sí* ☐ *No*
j.- Enfermedades del Sistema Nervioso (Epilepsia, Convulsiones, Parálisis, Retardo Mental o Trastorno Mental, Mareos, Polineuropatías, vértigos, desmayos, dolores de cabeza, defectos del habla, embolia.)	☐ *Sí* ☐ *No*
k.- Ganglios linfáticos inflamados, quistes, tumores benignos, adenomas benignos de la mama, cáncer, enfermedades hematológicas.	☐ *Sí* ☐ *No*
l.- Defecto físico, anomalía o enfermedad congénita o adquirida, trastornos del desarrollo psíquico y somático	☐ *Sí* ☐ *No*
m.- ¿Ha tenido alguna alteración en la menstruación, en algún embarazo, en los órganos femeninos o en los senos?	☐ *Sí* ☐ *No*
n.- ¿Está usted embarazada?	☐ *Sí* ☐ *No*

Si alguna de estas preguntas fue contestada afirmativamente identifique al Asegurado y detalle. En caso de enfermedades describa diagnóstico, fecha, duración, nombre y dirección de los médicos que lo atendieron. Adjunte informe médico o cualquier otro reporte, biopsia, certificaciones y documentos relacionados con el padecimiento declarado.

¿Ha padecido algún familiar de tuberculosis, diabetes, cáncer, enfermedades del corazón o los riñones, enfermedad mental o suicidio?

Parentesco	Causa del Fallecimiento	Edad al Fallecer

Declaración del Solicitante

Doy fe que el dinero utilizado para el pago de prima proviene de operaciones lícitas, realizadas con estricta observación a la Legislación Nacional y por lo tanto, no tiene relación alguna con bienes, haberes o capitales, producto de las actividades a que se refiere la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada.

Declaro(amos) (en nombre de mi representado) 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(amos) 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 la Compañía.

Lugar y Fecha Declaración: _____ , _____ / ____ / _____

Razón Social / Apellidos y Nombres:	Nro. de C.I./R.I.F.:	Firma Tomador:	Firma Asegurado

Intermediario:

Apellidos y Nombres Intermediario:	Código:	% Participación:	Firma

Aprobado por la Superintendencia de Seguros mediante Oficio Nro. 10859 de fecha 26/12/2005