

Inclusión del Titular Modificación

Datos del Contratante/Tomador:

C.I. /R.I.F. Nro.: _____ Nacionalidad: Venezolana Extranjera
País de origen: _____ Residente: Sí No

1er. Apellido o Razón Social: _____

2do. Apellido: _____ Apellido de Casada: _____

1er. Nombre: _____ 2do. Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Datos del Asegurado Titular:

C.I. /R.I.F. Nro.: _____ Nacionalidad: Venezolana Extranjera
País de origen: _____ Residente: Sí No

1er. Apellido o Razón Social: _____

2do. Apellido: _____ Apellido de Casada: _____

1er. Nombre: _____ 2do. Nombre: _____

Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil: S C D V Sueldo Mensual: _____ Ocupación: _____

Detalles de su Ocupación: _____

Dirección de Habitación: _____

Teléfono: _____ Fecha de Ingreso a la Empresa: _____ Fecha de Ingreso a la Póliza: _____ Peso: _____ Estatura: _____ Edad: _____

Detalles del Seguro:

¿Se le ha rechazado, cancelado, diferido o modificado alguna vez un Seguro de Vida, Accidentes Personales o HCM, en lo que respecta a clase, cantidad, tarifa o negada renovación?:

Sí No En caso afirmativo, indique fecha, tipo de seguro y nombre de la empresa: _____

¿Realiza o piensa practicar algún deporte o actividad peligrosa (aviación u otro pasatiempo) que afecte su aptitud para el seguro? Sí No

En caso afirmativo detalle: _____

¿En los últimos cinco (5) años ha residido en un país diferente al que reside actualmente?. Indique: _____

Otros Seguros Vigentes				Coberturas Solicitadas			
Ramo	Empresa	Suma Asegurada	Vigencia	Ramo	Suma Asegurada o Plan	Nro. Póliza	Uso Interno (Extraprima)
Vida				Vida			
Accidentes Personales				Accidentes Personales			
Gastos Funerarios				Protección Familiar			
H.C.M. Básico				H.C.M. Básico			
H.C.M. Exceso				G.M.S. Colectivo			

Beneficiarios

Apellidos y Nombres	Fecha de Ingreso	Parentesco	Sexo	Fecha de Nacimiento	C.I. Nro.
1.-					
2.-					
3.-					
4.-					
5.-					
6.-					

De los beneficiarios a incluir indique lo siguiente:

Beneficiario	Inclusión H.C.M.	Inclusión Protección Familiar (**)	% Beneficiario		(*) La suma del porcentaje (%) del beneficio debe ser cien por ciento (100%), de no cumplirse esto, se repartirá proporcionalmente; en caso que el objeto de la solicitud seguros sea efectuar una modificación, debe estipular cada uno de los beneficiarios con el porcentaje (%) respectivo. (**) El orden establecido en el cuadro de Protección Familiar, determinará la aplicación de la cláusula número seis (6) de las condiciones generales de la póliza en cuanto a los beneficios en caso de muerte de cada miembro asegurado. Nota: la solicitud debe ser llenada en su totalidad, de no ser así, será devuelta y se considerará como fecha de ingreso a la póliza el día que llegue la solicitud completa. El asegurado no está obligado a contratar todas las coberturas contenidas en el Cuadro de Coberturas Solicitadas.
			Vida	Accidentes Personales	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
			100 %	100 %	

Declaración de Salud	Sí	No
----------------------	----	----

Solicitante:

¿Es usted diestro?

¿Usted o alguno de beneficiarios sufren o han sufrido alguna vez de?: (en caso afirmativo subraye la enfermedad o dolencia correspondiente)

- a.- Enfermedades de la piel, ojos, nariz o garganta (desviación del Tabique Nasal, Sinusitis, Amigdalitis, Rinitis, Otitis)
- b.- Enfermedades Neuro-Psiquiátricas (Vértigos, Mareos, Convulsiones, Dolores de Cabeza, Hemiplegia, Hemorragia Cerebral, Epilepsia, Retardo Mental, suicidio o intento)
- c.- Enfermedades Respiratorias (Ronquera, Tos Persistente, Asma Bronquial, Bronquitis, Enfisema, Neumonía, Tuberculosis, Pleuresía, Sangre en el Espujo)
- d.- Enfermedades Cardiovasculares (Angina de Pecho, Tensión Arterial Anormal, Insuficiencia Cardíaca/Coronaria, Infarto al Miocardio, Soplo, Fiebre Reumática).....
- e.- Enfermedades del Sistema Digestivo (Ictericia, Úlcera Gastro-Duodenal, Ingestión Recurrente, Hepatitis (A-B-C-, No B, No A) Cirrosis Hepática, Hemorroides, Cálculos Vesiculares, Diarrea Crónica, Alteraciones en el Páncreas, Colon).....
- f.- Enfermedades del Sistema Urinario (Infección Urinaria, Albúmina, Sangre en la Orina, Cálculos, Tumor en Próstata, Vejiga)
- g.- Enfermedades Endocrinas (Diabetes, Obesidad, Tiroides, Colesterol y Triglicéridos Altos).....
- h.- Enfermedades Osteomusculares (Artritis, Hernia Discal, u Otro Desorden de la Columna Vertebral)
- i.- Enfermedades de la Sangre (Anemia, Leucemia, Hemofilia)
- j.- Enfermedades de Transmisión Sexual (Sífilis, Gonorrea, VPH).....
- k.- Ganglios Inflamados, Quistes, Cáncer
- l.- Enfermedades Parasitarias, Micóticas, o Infecciosas (Paludismo, Bilharzia, Candidiasis)
- m.- Enfermedades de la Mujer (Sangramiento, Fibromas, Alteraciones en las Mamas, Trompas u Ovarios).....
- n.- Enfermedades Congénitas, Defectos Físicos, amputación de algún miembro

Usted o alguno de los Beneficiarios:

- o.- Ha sufrido algún accidente, heridas o fracturas
- p.- Consume: Alcohol, tabaco, cigarrillo o cualquier otra droga adictiva (marihuana, cocaína, heroína)
- q.- Ha tenido algún cambio en el Peso, Fiebre Inexplicable, Transfusiones Sanguíneas en los últimos años
- r.- Se ha practicado alguna vez la prueba del Sida
- s.- Está bajo algún Tratamiento Médico
- t.- Ha estado alguna vez hospitalizado en alguna Clínica, Hospital o Sanatorio
- u.- Se ha practicado algún Chequeo, Estudio Radiológico, Consulta Médica por Enfermedad o Cirugía en los últimos cinco (5) años
- v.- Tiene pendiente alguna intervención u hospitalización

Las personas de sexo Femenino deben indicar:

w.- Si están actualmente Embarazadas, indique nombre y tiempo

Si alguna de estas preguntas fue contestada afirmativamente, detalle: Diagnóstico, Fecha, Duración, Nombre y Dirección de los Médicos que lo atendieron o atenderán, e indique el Número del Asegurado: _____

Declaro que todos los datos escritos en la presente Solicitud y todas las respuestas contenidas en este cuestionario, son ciertas en su totalidad, realizadas de máxima buena fe y libres de toda omisión o falsa declaración intencional y autorizo especialmente a cualquier médico que me haya examinado o cualquiera de las personas a ser incluidas en este Seguro, o que nos trate en el futuro, para que proporciones al médico de **Mercantil Seguros, C.A.**, toda la información que éste pueda requerir sobre tales exámenes o tratamientos. De igual forma autorizo a **Mercantil Seguros, C.A.**, a pedir información a cualquier Compañía de Seguros a la que presentado una solicitud en Ramos de Vida, H.C.M. o Accidentes Personales, de alguna de las personas a ser incluidas en el seguro.

Así mismo convengo que por cuanto los datos de esta Solicitud serán considerados la base para la emisión de la Póliza; en caso de que las declaraciones no sean verídicas o se omita alguna que altere el riesgo, la Compañía queda liberada de toda responsabilidad con respecto a las obligaciones de la Póliza.

Declaración de Fe 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.

Apellidos y Nombres:	Firma:	C.I. / R.I.F. Nro.:	Fecha:

Firmas:

Intermediario:	Solicitante / Tomador:

Lugar y Fecha de la Solicitud:

En la ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ de _____

Aprobado por la Superintendencia de Seguros según Oficio N° 003496 de fecha 26 de Junio de 1996.