

SOLICITUD DE SEGURO SOLIDARIO DE SALUD

Emisión

Inclusión

DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR - TOMADOR

Primer apellido:		Segundo apellido o de casada:			
Primer nombre:		Segundo nombre:			
Nro. de Cédula de identidad/Pasaporte: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E		Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Estado civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Otro:	
Fecha de nacimiento:		Edad:	Lugar de nacimiento:		Nacionalidad:
Peso (kg):	Estatura (cm):	Deportes que practica:			
Población asegurable (seleccionar sólo una): <input type="checkbox"/> Jubilado(a) <input type="checkbox"/> Pensionado(a) <input type="checkbox"/> Adulto(a) mayor de 60 años <input type="checkbox"/> Discapacitado(a) <input type="checkbox"/> Con enfermedad física <input type="checkbox"/> Con enfermedad mental <input type="checkbox"/> Otro, Especifique:					
¿Sus ingresos mensuales superan el equivalente a 25 U.T.?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Indique Monto:					
Actividad económica (si es comerciante debe indicar el ramo):					
Descripción de la actividad: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Independiente					
Profesión:			Oficio u ocupación:		
Ingreso Promedio anual esperado:					
Dirección de habitación: calle/avenida:		Urbanización/sector:		Casa/Edificio:	
Piso:	Apartamento Nro.:	Ciudad:		Municipio:	
Estado:		Código postal:	Teléfono habitación: ()		Teléfono celular: ()
Dirección de correo electrónico personal:					
Dirección de trabajo:				Ciudad:	
Municipio:		Estado:	Código postal:	Teléfono oficina: ()	Fax: ()
Dirección de correo electrónico laboral:					

Si posee contrato de HCM con otra empresa, responda lo siguiente:

Empresa	Nro. contrato	Monto de la cobertura	Deducible	Tipo de póliza
				<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Solidaria
				<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Solidaria
				<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectiva <input type="checkbox"/> Solidaria

¿Ha sido rechazado o diferido de un contrato de HCM o salud en otra empresa?: Sí No
 Nombre de la empresa: _____ Fecha de rechazo: _____

Dirección de cobro:
 Habitación Oficina Otra; especifique: _____

Forma de pago:
 Anual Semestral Trimestral Mensual

Si desea que se realice el cobro por medio de domiciliación bancaria indicar Nro. de cuenta y Banco correspondiente: _____

Si desea que se realice el cobro con cargo a tarjeta de crédito indicar Nro. de tarjeta y Banco correspondiente: _____

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (EN CASO QUE LO AMERITE)

Apellidos y nombres: _____ Nro. de Cédula de identidad /Pasaporte:
 V E

Dirección de habitación/calle/avenida: _____ Urbanización/sector: _____

Casa/Edificio: _____ Piso: _____ Apartamento Nro.: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono habitación: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono oficina: _____
 () () ()

Fax: _____ Dirección de correo electrónico personal: _____
 ()

DEPENDIENTES A INCLUIR EN LA PÓLIZA

Nro. Asegurado	Parentesco	Apellidos y nombres	Nro. C.I. o Pasaporte	Sexo	Fecha de nacimiento			Edad	Estatura (cm)	Peso (Kg)	Profesión u ocupación
					Día	Mes	Años				
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

Nota: El Nro. 1 corresponde al Asegurado Titular.

DECLARACIÓN DE SALUD**INDIQUE SI USTED Y/O ALGUNA DE LAS PERSONAS A SER INCLUIDAS EN LA PÓLIZA:**

1. ¿Se le ha practicado alguna intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Se le ha prescrito algún examen, hospitalización o intervención quirúrgica, tratamiento o consulta médica que no se haya efectuado hasta la fecha?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. ¿Ha estado en algún hospital, casa de reposo, clínica, sanatorio o en consulta con médico general, internista o especialista en los últimos dos (2) años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿Le han practicado exámenes especiales de diagnóstico, radiografías, electrocardiograma de reposo o de esfuerzo o de análisis de laboratorio en los últimos dos (2) años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5. ¿Ingiera bebidas alcohólicas o fuma?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿Se ha practicado exploraciones para pesquisas, diagnósticos o ha sido tratado por cáncer, tumores o fibromas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. ¿Ha sufrido algún accidente que le haya dejado mutilaciones, deformaciones o defectos físicos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
8. ¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o alteración de la salud?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9. ¿Se encuentra en estado de gravidez? (De ser afirmativo indique cuántos meses)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si alguna de las preguntas fue contestada afirmativamente, especifique los siguientes datos:

Nro. Asegurado	Nro. Pregunta	Diagnóstico	Fecha	Duración (Meses)	Tratamiento	Nombre del médico	Nombre de la institución hospitalaria

El Solicitante y/o sus Dependientes estarán obligados a someterse a los exámenes que razonablemente le sean requeridos por el Asegurador a costa de éste.

COBERTURA BÁSICA Y ANEXOS

Suma asegurada básica (Bs.):	Suma asegurada maternidad (Bs.):
------------------------------	----------------------------------

DECLARACIONES

En mi carácter de solicitante de la póliza o en representación de éste, declaro que la información aquí suministrada es exacta, sin omisión alguna de detalle, hecho o circunstancia, con el propósito de aminorar el riesgo, en el entendido que ésta servirá de base a **MERCANTIL SEGUROS, C.A.** para la emisión de la póliza y el cobro de la prima. Los riesgos empezarán a correr por cuenta del Asegurador a partir de la fecha indicada en el Cuadro Recibo de Seguro Solidario.

Autorizo a **MERCANTIL SEGUROS, C.A.** para solicitar a las instituciones hospitalarias y a los médicos, cualquier información relacionada con mi historia clínica y las de mis Dependientes; asimismo, para verificar la documentación probatoria de mi condición de Población Asegurable.

Finalmente, como Tomador, doy fe que los recursos utilizados para el pago de la prima del presente seguro proviene de una fuente lícita y por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas.

Esta solicitud formará parte integrante de la póliza y el Asegurador estará obligado a entregar una copia al Tomador al momento del pago de la prima solidaria, conjuntamente con las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Anexo de Maternidad, si correspondiere, el Cuadro Recibo de Seguro Solidario y demás documentos que formen parte del contrato.

En _____, a los _____ del mes de _____ de _____

El Tomador debe estampar la huella dactilar del pulgar de la mano derecha o, en su defecto, de la mano izquierda.

Huella dactilar del pulgar del Tomador

El Tomador / El Solicitante	El Representante Legal (en caso que lo amerite)	El Intermediario de Seguro
Firma: _____	Firma: _____	Firma: _____
Cédula de Identidad Nro.:	Cédula de Identidad Nro.:	Código y Sello:

SÓLO PARA USO DEL ASEGURADOR

CAUSAS DE RECHAZO DE LA SOLICITUD DE EMISIÓN DE LA PÓLIZA

Firma del representante de la empresa de seguros :	Sello :	Fecha: