

DATOS DEL TOMADOR (Sólo Persona Natural)

C.I./Pasaporte Nro.: V E Apellidos y Nombres:

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

DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR (Sólo Persona Natural)

C.I./Pasaporte Nro.: V E Primer Apellido: Segundo Apellido:

Primer Nombre: Segundo Nombre: Apellido de Casada:

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

Estado Civil: Soltero (a) Divorciado (a) Casado (a) Viudo (a) Concubino (a) Sexo: Femenino Masculino Fecha de Nac.:

Dirección de Habitación:

Dirección de Trabajo:

Ingreso Mensual Bs.: Entre 800 y 2.000 Más de 2.000 Actividad Económica: Comercial. Especifique: Profesional. Especifique: Oficio u Ocupación:

Correo Electrónico: Teléfono Habitación: / Teléfono Trabajo: / Teléfono Celular: /

DECLARACIÓN DE SALUD DEL PROPUESTO ASEGURADO

Indique usted, en calidad de Propuesto Asegurado Titular, si ha sido tratado, diagnosticado, hospitalizado u operado de: Ganglios linfáticos inflamados, quistes, tumores benignos, adenomas de la mama, cáncer, enfermedades hematológicas. En caso afirmativo especifique la fecha y los datos de contacto de los médicos que lo atendieron: Sí No

COBERTURAS Y FORMAS DE PAGO SOLICITADAS

Cobertura de Pago Único por Patología de Cáncer por la Suma Asegurada de Bs:
 130.000 225.000 300.000

Forma de Pago de la Prima: Anual Semestral Trimestral Mensual

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIONES DEL TOMADOR

Por medio de la presente autorizo de manera expresa a Mercantil Seguros, C.A. a cargar en la Cuenta Bancaria o la Tarjeta de la INSTITUCION FINANCIERA, indicada en esta solicitud de la cual soy titular, el monto correspondiente a la prima de emisión, devoluciones y sus sucesivas renovaciones, así como abonos en cuenta por concepto de pago único por indemnización:

Institución Financiera	Tipo de Cuenta	Código Cuenta cliente (20 dígitos)
	<input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> TDC: <input type="checkbox"/> De Ahorros	

¿Desea que la Póliza y demás documentos le sean enviados al correo electrónico anteriormente indicado?: Sí No

Yo, El Tomador, "Doy fe que el dinero utilizado para el pago de prima proviene de una fuente lícita y por lo tanto, no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, valores o títulos productos de las actividades o acciones derivados de operaciones ilícitas previstas en las Normas Sobre Prevención, Control y Fiscalización de los Delitos de legitimación de Capitales y el Financiamiento al terrorismo, en la Actividad Aseguradora".

FIRMA DEL TOMADOR	PROPUESTO ASEGURADO TITULAR		CIUDAD/FECHA	SUCURSAL/ OFICINA	CÓD. Y NOMBRE EJECUTIVO	FIRMA Y CÓD. INTERMEDIARIO
	FIRMA	HUELLA DIGITAL				

"Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante oficio N° 00018393 del 7 de mayo 2013"