

Código de la Agencia:

Solicitud Nro.:

Póliza Nro.:

Datos Personales

Apellidos y Nombres:

C.I. Nro.:

Nacionalidad: Venezolana Extranjera

Peso:

Estatura:

Lugar y Fecha de Nacimiento:

País de origen:

Residente: Sí No

Dirección de Habitación:

Teléfono:

Sexo:

M F

Estado Civil:

S C V D

Profesión:

Datos del Seguro

Dirección Del Riesgo:

Fecha de Inicio del Seguro:

Duración del Seguro:

Monto del Préstamo:

Tasa:

%

Beneficiario:

Para Uso del Departamento de Suscripción de Vida

Tipo de Plan:

Condicionado:

Tipo de Riesgo:

Tipo de Examen Requerido:

Normal:

Sin Examen Médico:

Agravado por Salud:

Con Examen Físico:

Agravado por Profesión:

Con Examen Orina:

Agravado por Salud y Profesión:

Con Examen de Rayos "X":

Con Electro:

Cálculo de la Prima

Cálculo de la Comisión

Riesgo	%	Prima Anual	Prima	Año	%	Monto
				1er. Año		
Recargos				2do. Año		
				2do. y Sig.		
				Intermediario Nro.:		
Total Prima						

Observaciones:

Declaraciones que el infrasquito solicitante hace en lugar del examen médico, y que constituyen una continuación y forman parte de las socitud presentas a **MERCANTIL SEGUROS, C.A.**

1. Nombre y dirección de su médico particular: _____
 (Si no tiene ninguno sírvase indicarlo): _____

Declaración de Salud		
2. Estatura: _____ M Cms. _____ ¿Ha perdido o aumentado peso Ud. en el último año?: Ha perdido _____ Kilos Ha aumentado: _____ Kilos.	Sí o No	Si algunas de estas preguntas han sido contestadas "sí", sírvase dar detalles con respecto a fechas, diagnósticos, gravedad, nombres de los Médicos, síntomas y resultados.
3. ¿Tiene Ud. algún menoscabo de la vista u oído?		
4. Según su leal saber y entender. ¿Ha tenido alguna vez o se le ha informado haber tenido: (Subraye la frase pertinente):		
A. Presión arterial elevada, soplos, enfermedad del corazón, palpitaciones o cualquier trastorno cardiaco?		
B. Cáncer, tumor, quiste o crecimiento de CUALQUIER clase?		
C. Pleuresía, tuberculosis, esputos sanguíneos, asma, fiebre de heno o CUALQUIER trastorno de los pulmones, pecho o vías respiratorias?		
D. Ataque cerebrovascular, parálisis, epilepsia, convulsiones, desmayos, mareos, tensión o postración nerviosa o CUALQUIER trastorno mental o nervioso?		
E. Fiebre reumática, reumatismo, artritis, gota, neuritis, ciáticas o CUALQUIER trastorno de la espalda, espina dorsal, huesos, articulaciones o músculos?		
F. Diabetes o azúcar en la orina, bocio o disturbio del tiroides o CUALQUIER trastorno del metabolismo?		
G. Molestia estomacal, trastorno Intestinal, Indigestión úlceras, hemia, trastornos de la vesicula o el hígado, hemorroides o CUALQUIER molestia del recto?		
H. Nefritis o albúmina en la orina, cálculos de los riñones, vejiga o vías urinarias, o CUALQUIER trastorno de los riñones, próstata o conductos genitourinarlos?		
I. Electrocardiogramas, examen de rayos X, tratamientos de rayos X o de radio? ¿Por qué?		
5. ¿Ha recibido Ud. Exámenes físicos o chequeos periódicos, o ha estado bajo observación en alguna clínica. o ha recibido o le ha sido aconsejado tratamiento médico o quirúrgico o ha estado recluso en algún hospi tal durante los últimos 5 años fuera de lo arriba declarado?		
6. Según su leal saber y entender. ¿Padece Ud. ahora de algún menoscabo físico, deformidad o ausencia de buena salud?		
7. Para mujeres: Según su leal saber y entender: a. ¿Está usted embarazada? En caso afirmativo, ¿cuándo dará a luz?		
b. Según su leal saber y entender, ha tenido Ud. o le han informado tener algún tumor, trastorno de los pechos, trompas, ovarios o del útero o CUALQUIER trastorno de los órgano femeninos?		

Antecedentes Familiares	Vivos		Fallecidos	
	Edad	Estado de Salud	Edad al Fallecimiento	Causa de muerte y ¿cuándo ocurrió?
Padre				
Madre				
Cónyuge				
Hijos				
Hermanos				

Declaro en mi nombre y en el de cualquier persona que tenga o reclame interés en este Seguro que solicito, que las contestaciones dadas por mi en esta solicitud, son exactas, sinceras y completas, las cuales formarán la base del Contrato de Seguro y serán parte integrante del mismo. Asimismo declaro tener completo conocimiento de las características del Plan de Seguro escogido como así de las condiciones generales usadas por la Compañía y de aceptarlas todas singularmente y en su conjunto.

Autorizo expresamente a todos los médicos que he consultado o consulte en el futuro, a proporcionar en todo momento cualquier información que **MERCANTIL SEGUROS, CA.**, pudiere solicitar con respecto a mi salud.

Es entendido y convenido que no habrá Contrato hasta que no haya sido emitida y entregada la Póliza de acuerdo con la presente solicitud y pagada la respectiva prima mediante recibo oficial de la Compañía.

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:	Nro. de C.I./R.I.F.:	Fecha:
----------------------	--------	----------------------	--------

Firmas:

Intermediario:	Solicitante/Tomador:
----------------	----------------------

Lugar y Fecha de la Solicitud:

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

Aprobado por la Superintendencia de Seguros según oficio N° 008383 de fecha 31 de julio de 2000