

## SOLICITUD DE SEGURO SOLIDARIO ACCIDENTES PERSONALES

### 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):	¿Zurdo?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Deportes que practica:		
Población asegurable (seleccionar sólo una): <input type="checkbox"/> Discapacitado(a) <input type="checkbox"/> Con enfermedad física		<input type="checkbox"/> Jubilado(a)	<input type="checkbox"/> Pensionado(a)	<input type="checkbox"/> Adulto(a) mayor de 60 años	
<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:		
¿Realiza trabajos manuales?:		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Especifique:	
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: ( )	
¿Realiza o piensa realizar algún deporte o actividad de alto riesgo?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifique:					
Dirección de correo electrónico personal:					
Dirección de trabajo:				Ciudad:	
Municipio:	Estado:	Código postal:	Teléfono oficina: ( )	Fax: ( )	
Dirección de correo electrónico laboral:					

### Si posee un contrato de Accidentes Personales 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:
----------------	----------------------------------

**COBERTURAS**

COBERTURAS SOLICITADAS	SUMA ASEGURADA
Muerte Accidental	
Invalidez Permanente	
Gastos Médicos	

**BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR**

Nro.	Apellidos y Nombres	Nro. C.I. o Pasaporte	Parentesco	Fecha de nacimiento			% Participación
				Día	Mes	Año	
1							
2							
3							
4							
5							
6							

<b>Total Porcentaje Participación:</b>	<b>100% (*)</b>
----------------------------------------	-----------------

(\*): la sumatoria de los porcentajes de participación debe ser igual al 100%.

**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; 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 la 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.

<b>Huella dactilar del pulgar del Tomador</b>

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: