

SOLICITUD DE SEGURO SOLIDARIO FUNERARIO

DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR - TOMADOR

Primer apellido: _____ Segundo apellido o de casada: _____

Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____

Nro. de Cédula de identidad/Pasaporte: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____
 V E Femenino Masculino S C D V Otro:

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Lugar de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

Peso (kg): _____ Estatura (cm): _____ Deportes que practica: _____

Población asegurable (seleccionar sólo una): Jubilado(a) Pensionado(a) Adulto(a) mayor de 60 años
 Discapacitado(a) Con enfermedad física Con enfermedad mental Otro, Especifique: _____

¿Sus ingresos mensuales superan el equivalente a 25 U.T.?: Sí No Indique Monto: _____

Actividad económica (si es comerciante debe indicar el ramo): _____

Descripción de la actividad: Empleado Socio Independiente

Profesión: _____ Oficio u ocupación: _____

¿Realiza trabajos manuales?: Sí 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: _____
 () ()

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 seguros funerarios 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: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> 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:					

DEPENDIENTES A INCLUIR EN LA PÓLIZA

Nro.	Apellidos y nombres	Sexo	Nro. C.I. o Pasaporte	Parentesco	Fecha de nacimiento			Edad	Estatura (cm)	Peso (Kg)	Profesión u ocupación
					Día	Mes	Año				
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

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: