

Datos del Tomador (En caso de ser persona natural)

Nro. Cédula / Pasaporte:	Apellidos:	Nombres:
Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Venezolana <input type="checkbox"/> Extranjera País de origen: _____ Residente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> Otra. Especifique: _____		
Si la Actividad es Comercial, especifique ramo donde se desenvuelve:		Oficio u Ocupación:
Dirección de Habitación:		
Teléfono Habitación:	Teléfono Celular:	Correo Electrónico:
Dirección trabajo:		
Teléfono trabajo:		Ingreso Anual (Bs.):

Datos del Tomador (En caso de ser persona jurídica)

Tipo de Persona: <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> Gubernamental	R.I.F. Nro.:	N.I.T. Nro.:
Denominación de la Razón Social:		Siglas/Nombre Comercial:
Fecha de Constitución:	Nro. de Registro:	Tomo Nro.:
Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> Otra. Especifique: _____		Si la Actividad es Comercial, especifique ramo donde se desenvuelve:
Dirección:		
Teléfono:		Ingreso Anual (Bs.):

Datos del Propuesto Asegurado

Nro. Cédula / Pasaporte:	Apellidos:	Nombres:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nacimiento:
Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Venezolana <input type="checkbox"/> Extranjera País de origen: _____ Residente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Tipo de Actividad: <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Otra. Especifique: _____			Si la Actividad es Comercial, especifique ramo donde se desenvuelve:	
Estado Civil:	Estatura: mts.	Peso: Kg.	Oficio u Ocupación:	
Dirección de Habitación:				
Teléfono Habitación:	Teléfono Celular:	Correo Electrónico:		
Lugar de trabajo:				
Teléfono trabajo:			Ingreso Anual (Bs.):	
Dirección de cobro:				

Declaración de Salud

Goza de buen estado de salud: Sí No Presenta, padece o ha presentado o padecido alguna condición de salud, patología, enfermedad o tratamiento médico o ha estado hospitalizado como paciente o tiene planificado practicarse una cirugía o tratamiento. Si la respuesta es Sí, indique la información que corresponda. Sí No

Suma Asegurada

USD: _____

Bs.: _____

Datos del Instrumento Financiero (En caso de domiciliación para el pago de la prima)

Nro. de Tarjeta de Crédito o Cuenta Bancaria:	Nombre del Banco:	Fecha de Vencimiento (Tarjeta de Crédito):
---	-------------------	--

Tipo de Tarjeta de Crédito o Cuenta Bancaria:

 Visa MasterCard Diners Cta. Corriente Cta. Ahorro Otra. Especifique:
Forma de Pago de la Prima:
 Anual Semestral Trimestral Mensual
Beneficiarios

Apellidos y Nombres	Parentesco con el Propuesto Asegurado	C.I. Nro.	Fecha de Nacimiento	Sexo	% Particip.	Teléfono Contacto
Total participación					100%	

Se deja claro que esta Póliza no se extiende a cubrir el fallecimiento del Asegurado si éste ocurre siendo piloto aviador en actividad, militar activo en el cumplimiento de funciones en el servicio militar, o como consecuencia de su participación activa en actos delictivos.

Declaraciones del Tomador

Yo, El Tomador de la presente Póliza de Seguro de Vida Individual, doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima del presente seguro proviene de una fuente lícita y, por tanto no tiene relación alguna con bienes, valores, títulos, haberes o capitales, producto de las actividades o acciones derivadas 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.

Asimismo, declaro 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 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 Mercantil Seguros, C.A.

Lugar y Fecha de Declaración: _____, _____

La Firma de la solicitud implica el conocimiento y la aceptación de la totalidad de su contenido

Razón Social / Apellidos y Nombres del Tomador:	C.I./R.I.F. Nro. del Tomador:	Firma Tomador:	Huella dactilar:
Apellidos y Nombres del Propuesto Asegurado:	C.I./R.I.F. Nro. del Propuesto Asegurado:	Firma Propuesto Asegurado:	Huella dactilar:

Intermediario:

Apellidos y Nombres:	Código:	Firma:

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N° SAA-1-1-000025 de fecha 06/05/2021