

SOLICITUD DE SEGUROS DE SERVICIOS MÉDICOS MERCANTIL

			Pól	iza: 🗌 Ind	lividual	Cole	ectiva (Cotizac	ión Nro	.:		
			Datos	del Solicitan	te / Toma	ador						
	de Identificación: Persona Natu	ıral	Nacionalia	dad:								
No. Cl./ Pasaporte:			Nacionalic	acionalidad: Venezolana Extranjera			a	No Re	esidente		Pasaporte	
1er. Ap	ellido:	2do. <i>F</i>	Apellido:	-			Apellido de	Casada:			<u> </u>	
1az Na				240	Namahaa							
1er. No	nbre.			200	. Nombre:							
Sexo:	Estado Civil:								Fecha de Na	acimiento:		
A -45-3-1-		sado(a)	Divorc	iado(a)	Solt	ero(a)	Otro					
	d Económica: Comercial Profesional	Especifique:										
Profesi	ón:	l	Ocupació	n:				En caso o	de Póliza Co	olectiva (F	echa de Ingreso a	
	1 11 46 17 5							la Empres	a):			
	de Identificación: Persona Jurío Persona:		de RIF:				Nro. de NIT:					
	Jurídica Gubernamenta											
Denom	nación de la Razón Social:	<u> </u>										
Siglas /	Nombre Comercial:											
9												
Fecha	le Constitución:	Nro. c	de Registro:				Tomo Nro.:					
Activida	d Económica:	Espec	cifique:									
	Comercial Gubernamenta	al										
Ingre	so y Patrimonio: Persona Natura	l y Persona J	urídica									
Ingre	so Anual (en Bs.)	ra 30.000,00	0		gual o ma	ayora 30	0.000,00					
Patrir	nonio (en Bs.)	ra 100.000,00	0		gual o ma	ayora 10	0.000,00					
Direc	ción de Habitación: Persona Nati	ural / Direccio	ón de Em	presa: Perso	na Juríd	ica						
País:		Estad	0:				Ciudad:					
Urbaniz	ación:			Av.	/ Calle /Tran:	SV.:						
ordanizacion.												
CC./ Edif./ Torre /Casa / Quinta /Local:							Piso Nro. /Nivel:			Of./Apto.		
Telf. (Cód.) Nro.: Telf. Cel. (Cód.)		. Cel. (Cód.) Nro.:	.) Nro.:		tro Telf. (Cód.) Nro.:		Fax: (C		cód.) Nro.:			
,	,				`			`				
E-mail:		·		·					·			
Direccio	on de Cobro (especifique):											
Datos	s del Grupo Asegurador de la Pól	liza										
Aseg. Nro.				Parentesco		le CI o	Fecha de	Sexo	Estatura	Peso	Marque una (X) para Cobertura	
Nro.	Apellidos y Nom	iibies		Paremesco	Pasa	porte	Nacimiento) Sexo	Estatura	reso	de Maternidad	
1.				Titular								
2.												
3.												
\rightarrow												
4.												
5.												
6.												

Mercantil Seguros, C.A. – Capital suscrito y pagado Bs. 17.033.082,00 – RIF: J-000901805 – NIT: 00000-185-6-2. Inserta en el Registro Mercantil Primero de la Circunscripción Judicial del Distrito Federal y Estado Miranda, el 20-02-1974, bajo el No. 66 Tomo 7 – A, e inscrita en la Superintendencia de Seguros del Ministerio de Finanzas bajo el N° 74. Miembro de la Cámara de Aseguradores de Venezuela N° 74. Dirección: Av. Libertador con calle Isaías "Látigo" Chávez, Chacao, Z.P. 1060, Caracas – Venezuela. Telf. (0212) 276.2000. Fax: (0212) 276.2001. Apartado 61.618 (del Este) Z.P. 1060, Dirección Cable "Censeca", Télex 24119. Dirección Internet: www.segurosmercantil.com

-												
Cobertura y Anexos Básica					Exceso							
s	uma Asegurada											
D	educible											
Ase	g.		Otros Seguros									
Nro	Póliza Nro.	Compañía	Monto	Vigente	Anulada	Causa de la An	ulación					
			Declaración de Saluc	1								
1	¿Gozan ustedes de	buena salud?					Sí	☐ No				
2	¿Usted u otra persona a incluir en el seguro tiene planeado tratamiento médico o intervenciones quirúrgicas? Explique: ¿Ha presentado usted u otra de las personas a incluir en el seguro un reclamo bajo alguna póliza de hospitalización, cirugía											
3	¿Ha presentado ust	esentado usted u otra de las personas a incluir en el seguro un reclamo bajo alguna póliza de hospitalización, cirugía										
y maternidad?, indique: Fecha, Compañía y Causa:								∐ No				
4 ¿Alguna de las personas a ser incluidas consume alcohol, tabaco o cualquier otra droga adictiva (Heroína, Cocaína, Marihuana)?								No				
5 ¿Ha tenido algún cambio de peso, ha sido donante o ha recibido transfusiones sanguíneas en los últimos dos (2) años?								No				
6 ¿Ha sido paciente en algún hospital, clínica o sanatorio?								☐ No				
	7 ¿Se ha practicado algún chequeo, consulta médica por enfermedad o cirugía en los últimos cinco (5) años? Resultado:											
8	¿Práctica usted o alguno de sus familiares algún deporte o actividad peligrosa que atente contra su integridad física ? (Submarinismo, carreras motorizadas, alpinismo, hipismo, paracaidismo, vuelo en ícaro, espeleología)							☐ No				
9	Sufren o han sufrido alguna vez de (En caso afirmativo subraye la enfermedad que corresponda):											
		de la piel, ojos, oídos, nariz o garganta rtrofia de Cornetes, Timpanocentesis,		e Nasal,	Sinusitis	, Amigdalitis, Rinitis, Otitis,	Sí	☐ No				
	b Enfermedades respiratorias (ronquera, tos persistente, sangre en el esputo, bronquitis, asma, enfisema, tuberculosis, pleuresía, neumonía, bronconeumonía)											
	c Enfermedades Cardiovasculares (Hipertensión Arterial, infarto al Miocardio, Arritmia Cardiaca, Aneurisma, Palpitaciones,											
Angina de Pecho, Fiebre Reumática, Arteriosclerosis, Trastornos Valvulares, Tromboflebitis, Varices)						arices)	Sí	☐ No				
		Digestivas (Gastritis, Úlcera Péptica, Afe Recto, Enfermedad Diverticular de Colo		culos Ves	iculares,	Hemorroides, Alteraciones	Sí	☐ No				
		genito-urinarias (Albúmina, sangre, pus a, varicocele, fimosis, parafimosis).	s, o Infecciones en la ori	na, cálcu	los u otr	a alteración en los riñones,	Sí	☐ No				
	f Enfermedades Venéreas, Infecciosas o Parasitarias (Paludismo, Disentería, Chagas, Hepatitis, Meningitis, Amibiasis, Bilharzia)							☐ No				
	g Enfermedades de la Mujer (Sangramiento Genital, Fibroma Uterino, Prolapso Genital, Incontinencia Urinaria, Afecciones en las Trompas y Ovarios, Glándulas Mamarias, Osteoporosis, Enfermedad Inflamatoria Pélvica, Pólipos Endometriales)							☐ No				
	h Enfermedades Osteomusculares (Neuritis, Ciática, Gota, Reumatismo, Hernias Discales, Artritis, Desviación de la Columna Vertebral, Problemas en las Articulaciones, Trastornos de los Ligamentos de las Rodillas y Meniscos)						Sí	☐ No				
	i Enfermedades Triglicéridos)	del Sistema Endocrino (Diabetes, Obe	esidad, Bocio, Hipófisis,	Tiroides,	Alteraci	ones del Colesterol y	Sí	☐ No				

M. 9002 (01-2008) 2 de 3

	des del Sistema Nervioso (Epilepsia, C atías, vértigos)	convulsiones, Parálisis,	Retardo Mental o Trastorno Ment	al, Mareos,	Sí	☐ No	
k Ganglios linfáticos inflamados, quistes, tumores benignos, adenomas benignos de la mama, cáncer, enfermedades hematológicas							
I Defecto físico, anomalía o enfermedad congénita o adquirida, trastornos del desarrollo psíquico y somático							
m ¿Ha tenido	alguna alteración en la menstruación,	en algún embarazo, e	n los órganos femeninos o en los	senos?	Sí	☐ No	
n ¿Alguna de	e las mujeres a ser incluidas en la póliz	a está embarazada?			Sí	No	
diagnóstico, fecha	ns preguntas fue contestada afirma n, duración, nombre y dirección de los documentos relacionados con el pac	s médicos que lo aten	dieron. Adjunte informe médico				
¿Ha padecido algú Parentesco	n familiar de tuberculosis, diabetes, cál	ncer, enfermedades de Causa del Falleci		ad mental o suid		Fallecer	
		Declaración del So	licitante				
	o utilizado para el pago de prima provi e relación alguna con bienes, haberes o			_			
	n nombre de mi representado) bajo jura en el propósito de disminuir o a			_			
	verificación de la misma, así como a su icitud no otorga cobertura prov			_			
Lugar y Fecha Dec	laración:		1				
Razón Social / Apellidos y	/ Nombres:	Nro. de C.I./R.I.F.:	Firma Tomador:	Firma Asegurado:			
Intermediario:							
Apellidos y Nombres Inte	rmediario:	Código:	% Participación:	Firma:			
	America de manda Oura estado ademais de O		200 de ferebe O de catalana de 0004				

M. 9002 (01-2008) 3 de 3