

## Solicitud de Seguro de Servicios Médicos Mercantil

			Poliza:	Indivi	dual	Colectiv	a Cotiza	cion N	10.:		
			Datos	del Solicit	tante /	Tomador					
	s de Identificación: Persona I	Vatural	124 1 11								
	./ Pasaporte:		Nacionalio	<sup>dad:</sup> Venezolan	a	☐ Extranjera			e [	] Pasap	orte
ler. Aş	pellido:		2do. Apellido:				Apellido de C	asada:			
ler. No	ombre:		1	2	2do. No	mbre:					
Sexo:	Estado Civ	dl:							Fecha de N	Jacimiento	):
	□ F □ M □	Casado(a)	Divo	rciado(a)		Soltero(a)	Otro				
	lad Económica:  Comercial Profesion:	Especifiq	ue:								
Profesi	ón:				Ocupa	ción:					
Dato:	s de Identificación: Persona J e Persona:	Jurídica	No. de RIF:				No. de NIT;				
]	☐ Jurídica ☐ Gubernan	nental	No. de Kii .				110. dc 1111,				
Denom	inación de la Razón Social:										
Siglas /	Nombre Comercial:										
Fecha o	le Constitución:		No. de Registro:				Tomo No.:				
	ad Económica:  Comercial Gubernam	nental	Especifique:						<u>.</u>		
Ingre	so y Patrimonio: Persona Na	tural y Pers	ona Jurídica								
Ingres	so Anual (en Bs.)	or a 30.000	0.000,00	lgual o	mayor	a 30.000.000	0,00				
Patrin	nonio (en Bs.)	ora 100.000	0.000,00	☐ Igual o i	mayor	a 100.000.000	),00		-		
Direc	ción de Habitación: Persona	Natural / D	irección de Er	npresa: Pe	rsona	Jurídica					
País:			Estado:				Ciudad:				
Urbaniz	zación:		L		Av./ Ca	alle /Transv.:					
CC./ Ed	lif./ Torre /Casa / Quinta /Local:		12.00				Piso No. /Niv	el:	Oi	f./Apto.	
Telf. (C	ód.) No.:	Telf. Cel. (Cód	l.) No.:		Otro Te	elf. (Cód.) No.:		Fax: (	Cód.) No.:		
E-mail:											
Direcció	in de Cobro (especifique):										
							<u>u</u>				
Datos	del Grupo Asegurador de la	Póliza		2221				r-		1	
Aseg. No.	Apellidos y N	Nombres		Parenteso	co	No. de CI o Pasaporte	Fecha de Nacimiento	Sexo	Estatura	Peso	Marque una (X) para Cobertura de Maternidad
1.				Titular							
2.											
3.											
4.											
5.									3		
6.											

M. 9002 (11-2004)

Cob	erturas y Anexos							
		Básica				Exceso		
Suma Asegurada								
Ded	ucible							
Aseg.			Otros Seguros	S				
No.	Póliza Nº	Compañía	Monto	Vigente	Anulada	Causa de Anulaci	ón	
	0.12-140							
			Declaración de Salu	ıd				
1 ¿	Gozan ustedes de	buena salud?					☐ Sí	☐ No
2 ¿	Usted u otra perse	ona a incluir en el seguro tiene planead	o tratamiento médico o	interven	ciones qui	rúrgicas? Explique:	Sí	☐ No
	-	ted u otra de las personas a incluir en e ue: Fecha, Compañía y Causa:	l seguro un reclamo ba	jo alguna	póliza de	hospitalización, cirugía y	Sí	□No
_	Alguna de las per Marihuana)?	sonas a ser incluidas consume alcohol,	tabaco o cualquier otra	a droga ac	lictiva (H	eroína, Cocaína,	☐ Sí	□No
5 ¿	Ha tenido algún c	ambio de peso, ha sido donante o ha re	cibido transfusiones sa	anguineas	en los últ	imos dos (2) años?	☐ Sí	☐ No
6 ¿Ha sido paciente en algún hospital, clínica o sanatorio?							□No	
7 ¿	Se ha practicado a	algún chequeo, consulta médica por en	fermedad o cirugía en 1	los último	s cinco (5	) años? Resultado:	☐ Sí	□No
		Iguno de sus familiares algún deporte o rreras motorizadas, alpinismo, hipismo					Sí	□No
9 Sufren o han sufrido alguna vez de (En caso afirmativo subraye la enfermedad que corresponda):								
	- Enfermedades	de la piel, ojos, oídos, nariz o garganta ertrofia de Cornetes, Timpanocentesis,	(desviación del Tabiq				☐ Sí	□No
b		respiratorias (ronquera, tos persistente, nonía, bronconeumonía)	sangre en el esputo, b	ronquitis,	asma, enf	isema, tuberculosis,	☐ Sí	□No
с.		Cardiovasculares (Hipertensión Arteria no, Fiebre Reumática, Arteriosclerosis,					☐ Sí	□No
d.		Digestivas (Gastritis, Úlcera Péptica, A ancreáticas, Recto, Enfermedad Diverti	-	Cálculos \	√esiculare	s, Hemorroides,	☐ Sí	□No
e.		genito-urinarias (Albúmina, sangre, pu a, varicocele, fimosis, parafimosis).	s, o Infecciones en la c	orina, cálc	ulos u otr	a alteración en los riñones,	☐ Sí	□No
f	Enfermedades 'Bilharzia)	Venéreas, Infecciosas o Parasitarias (P	aludismo, Disentería, (	Chagas, H	epatitis, N	Meningitis, Amibiasis,	☐ Sí	□No
g.		de la Mujer (Sangramiento Genital, Fil y Ovarios, Glándulas Mamarias, Oste	-				☐ Sí	□No
h.		Osteomusculares (Neuritis, Ciática, Gobral, Problemas en las Articulaciones,					☐ Sí	□No
i	Enfermedades of Triglicéridos)	del Sistema Endocrino (Diabetes, Obes	sidad, Bocio, Hipófisis	, Tiroides	, Alteracio	ones del Colesterol y	☐ Sí	□No

-	Enfermedades del Sistema Nervioso (Epilepsia, Cor Polineuropatías, vértigos)	nvulsiones, Parálisis, Re	etardo Mental o Trastorno Mental	, Mareos,
	Ganglios linfáticos inflamados, quistes, tumores ben ematológicas.	iignos, adenomas benig	nos de la mama, cáncer, enfermed	lades Sí No
1 D	Defecto físico, anomalía o enfermedad congénita o a	adquirida, trastomos de	l desarrollo psíquico y somático	□ Si □ N
m ¿	Ha tenido alguna alteración en la menstruación, en	algún embarazo, en los	órganos femeninos o en los seno	s? Sí N
n ¿	Alguna de las mujeres a ser incluidas en la póliza e	stá embarazada?		□ Sí □ N
diagnóstic	de estas preguntas fue contestada afirmativo, fecha, duración, nombre y dirección de los ertificaciones y documentos relacionados con el	s médicos que lo ater	ndieron. Adjunte informe méd	
;Ha padeo	cido algún familiar de tuberculosis, diabetes, cánce	r. enfermedades del co	razón o los riñones, enfermedad n	nental o suicidio?
	ntesco	Causa del Fallecimie		Edad al Fallecer
	I	Declaración del Solicit	ante	
operacione títulos, cap	que el dinero utilizado para el pago de prima de l es lícitas, realizadas con estricta observación a la Le pitales o sus excedentes, producto de las activida entes y Psicotrópicas.	egislación Nacional y p	or lo tanto, no tiene relación algu-	ina con bienes, haberes, valore
circunstanc de la mism	nos) (en nombre de mi representado) bajo jurame cia con el propósito de disminuir o aminorar la grav a, así como a suministrar información a terceros p provisional, ni implica compromiso de aceptar la co	vedad del riesgo o con para fines de evaluación	la intención de cambiar su objeto n de riesgo. Queda entendido que	. Autorizo(amos) la verificació
Lugar y Fecl	ha Declaración: ,			
Razón Soci	ial / Apellidos y Nombres:	N° de C.I./R.I.F.:	Firma Tomador:	Firma Asegurado
Intermedia	ario:	l	1	<u> </u>
Apellidos y	Nombres Intermediario:	Código:*	% Participación:	Firma
			<u> </u>	