

SOLICITUD PARA SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL

ESTA SOLICITUD ES UN DOCUMENTO LEGAL QUE DEBE SER LEÍDO, COMPLETADO EN SU TOTALIDAD Y FIRMADO POR EL SOLICITANTE PRINCIPAL Y EL AGENTE.

EL SOLICITANTE PRINCIPAL Y SU(S) DEPENDIENTE(S) DEBEN ADJUNTAR A ESTA SOLICITUD UNA COPIA DE SU PASAPORTE O DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL (CÉDULA O EQUIVALENTE). SI CUALQUIERA DE LOS SOLICITANTES TIENE ALGUNA CONDICIÓN MÉDICA, DEBE DECLARARLA EN DETALLE EN LAS PÁGINAS 2, SECCIÓN 4.

LOS SOLICITANTES QUE TENGAN SESENTA Y CINCO (65) AÑOS DE EDAD CUMPLIDOS O MÁS, DEBERÁN PROPORCIONAR LA DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE DEBIDAMENTE COMPLETADA Y FIRMADA POR SU MÉDICO. SI LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ESTUVIERA INCOMPLETA O SIN FIRMAR, ESTO PROVOCARÁ DEMORAS EN EL PROCESO DE EVALUACIÓN Y EMISIÓN DE LA PÓLIZA. ASIMISMO, MERCANTIL SEGUROS ® SE RESERVARÁ EL DERECHO DE CONTACTAR AL SOLICITANTE Y/O A SU MÉDICO.

PÓLIZA NUEVA	REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA	ADICIÓN DE DEPENDIENTES	CAMBIO DE PLAN/OPCIÓN
--------------	-----------------------------	-------------------------	-----------------------

SECCIÓN I INFORMACIÓN DEL APLICANTE PRINCIPAL

APELLIDO(S): Castr		NOMBRE(S): Cristian	
NUMERO DE PASAPORTE O IDENTIFICACIÓN: 26516116	DIRECCIÓN: asdasd - Chimpire, Estado Trujillo, Venezuela		
CIUDAD: Chimpire	PROVINCIA O ESTADO: Estado Trujillo	ZONA POSTAL: 214514	PAÍS: Venezuela
Ocupación: asdadad	CORREO ELECTRÓNICO: rolandogallardo70@gmail.com	TELÉFONO (OFICINA O MOVIL): 5352	FAX:
SEXO: Femenino	FECHA DE NACIMIENTO: 09/30/1997	ESTADO CIVIL: Casado	
ESTATURA: 1.7	PESO: 80	NACIONALIDAD: Austria	¿ALGUNO DE LOS SOLICITANTES DEPENDIENTES VIVE ACTUALMENTE FUERA DEL PAÍS DE RESIDENCIA DEL SOLICITANTE PRINCIPAL? <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Si
NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (PARA RECIBIR PAGOS EN NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR): asdadda			

SECTION.II INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES

(En caso de tener más dependientes que incluir, solicite a su agente el Anexo de Información de Dependientes y adjúntelo a esta solicitud.)

CÓNYUGE, HIJOS NATURALES, HIJASTROS O NIÑOS LEGALMENTE ADOPTADOS POR EL SOLICITANTE PRINCIPAL O LOS NIÑOS DE QUIENES EL SOLICITANTE PRINCIPAL HA SIDO LEGALMENTE NOMBRADO GUARDIÁN; LOS HIJOS DEBEN SER SOLTEROS).

SI UN DEPENDIENTE ES MAYOR DE 18 AÑOS DE EDAD Y ESTUDIANTE A TIEMPO COMPLETO (MÍNIMO DE DOCE (12) CRÉDITOS POR SEMESTRE) DEBERÁ ADJUNTAR UNA COPIA DEL CERTIFICADO O COMPROBANTE DEL CENTRO DE ESTUDIOS COMO EVIDENCIA

SOLICITUD PARA SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL

SECCIÓN III COBERTURA

Mercantil SegurosEST <input type="radio"/>	Mercantil SegurosYWHERE <input type="radio"/>	Mercantil SegurosMORE <input type="radio"/>	Mercantil SegurosAGE <input checked="" type="radio"/>
OPCIÓN DE DEDUCIBLE: DENTRO DE EEUU: 1000 FUERA DE EEUU: 250	COBERTURA ADICIONAL: TRANSPLANTE DE ÓRGANOS <input type="radio"/>		

SECCIÓN IV INFORMACIÓN DE COBERTURA PREVIA

¿TIENE USTED UN SEGURO DE SALUD O PLAN DE COBERTURA MÉDICA CON ALGUNA OTRA COMPAÑÍA?	<input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Si
¿TIENE INTENCIÓN DE MANTENER LA COBERTURA MÉDICA CON LA OTRA COMPAÑÍA?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si
¿HA TENIDO COBERTURA MÉDICA CON EVER® O CUALQUIERA DE SUS AFILIADAS?	<input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Si
POR FAVOR, INDIQUE SU NÚMERO DE PÓLIZA	

SI DESEA QUE SE ELIMINE EL PERÍODO DE ESPERA, POR FAVOR INCLUYA UNA COPIA DEL CERTIFICADO DE COBERTURA Y RECIBO DE PAGO DE LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE LA COBERTURA PREVIA

¿ALGUNA SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD HA SIDO RECHAZADA O ACEPTADA SUJETA A RESTRICCIONES O A UNA PRIMA MAYOR QUE LAS TARIFAS ESTÁNDARES DE LA ASEGURADORA PARA ALGUNO DE LOS SOLICITANTES?	<input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Si
POR FAVOR, PROPORCIONE DETALLES:	

SECCIÓN V INFORMACIÓN MÉDICA

PARTE A EXÁMENES MÉDICOS

¿SE HA REALIZADO ALGUNO DE LOS SOLICITANTES ALGÚN EXAMEN QUE NO SEA RUTINARIO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS?	
<input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	
NOMBRE Y APELLIDO DEL SOLICITANTE:	QUÉ TIPO DE EXAMEN?:
¿CUÁL FUE LA RAZÓN DEL EXAMEN?:	RESULTADOS DEL EXAMEN:
¿ACTUALMENTE SE ESTÁ REALIZANDO OTROS EXÁMENES PARA COMPROBAR EL RESULTADO DE UN DIAGNÓSTICO?	
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	
¿HA TENIDO ALGUNO DE LOS SOLICITANTES CONSULTAS MÉDICAS EN LOS ÚLTIMOS 9 MESES?	
<input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	
NOMBRE Y APELLIDO DEL SOLICITANTE	¿QUÉ TIPO DE CONSULTA?
¿SE REALIZARON EXÁMENES COMO CONSECUENCIA DE ESTA CONSULTA?	
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si	
RESULTADOS DE LOS EXÁMENES	

SECCIÓN V INFORMACIÓN MÉDICA (CONTINUACIÓN)

¿HA SUFRIDO ALGUNO DE LOS SOLICITANTES ALGÚN ACCIDENTE?		<input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
NOMBRE Y APELLIDO DEL SOLICITANTE	¿QUE TIPO DE ACCIDENTE?		
¿EXISTEN SECUELAS CONOCIDAS EN LA SALUD DEL SOLICITANTE A CAUSA DE ESTE ACCIDENTE?		<input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
POR FAVOR, DETALLE:			
¿USA ALGÚN APARATO ORTOPÉDICO?		<input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
¿HA TENIDO ALGUNO DE LOS SOLICITANTES UN EXAMEN PEDIÁTRICO, GINECOLÓGICO O DE RUTINA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS?		<input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si

PARTE B: MEDICAMENTOS

A ALGUNO DE LOS SOLICITANTES SE LE HA INDICADO O SE ENCUENTRAN BAJO TRATAMIENTO CON ALGÚN MEDICAMENTO?	<input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
--------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------

SECCIÓN V INFORMACIÓN MÉDICA (CONTINUACIÓN)

PARTE C: CONDICIONES MEDICAS

DE ACUERDO A SU MEJOR CONOCIMIENTO Y ENTENDIMIENTO, ¿ALGUNO DE LOS APLICANTES HA RECIBIDO TRATAMIENTO MÉDICO, O SE HA REALIZADO PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y/O HA PADECIDO ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES?

1	ENFERMEDADES DEL OÍDO, NASALES, DE LA GARGANTA O DE LA VISIÓN	<input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
2	ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS, INCLUYENDO CONVULSIONES, MIGRAÑAS, PARÁLISIS, ETC.	<input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
3	ENFERMEDADES DEL CORAZÓN, SISTEMA CIRCULATORIO, HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y ELEVACIÓN DEL COLESTEROL O TRIGLICÉRIDOS	<input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
4	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO, NEUMONÍA, BRONQUITIS, ALERGIA, ASMA U OTROS TRASTORNOS QUE AFECTAN LOS PULMONES	<input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
5	DESÓRDENES DEL ESÓFAGO, ESTÓMAGO, INTESTINOS, PÁNCREAS, VESÍCULA BILIAR, HEPATITIS U OTRAS ENFERMEDADES DEL HÍGADO, ASÍ COMO OTRO DESORDEN DEL APARATO DIGESTIVO	<input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
6	ENFERMEDADES DE LOS RIÑONES O DE LAS VÍAS URINARIAS	<input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
7	DESÓRDENES O LESIONES DE LA COLUMNA VERTEBRAL, REUMATISMO, ARTRITIS, GOTA U OTRO DESORDEN MUSCULAR, ARTICULAR O DE LOS HUESOS	<input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
8	CÁNCER O TUMORES BENIGNOS	<input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
9	ANEMIA, LEUCEMIA, LINFOMA, TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN U OTRO DESORDEN DE LA SANGRE	<input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
10	DIABETES, ENFERMEDADES DE LA GLÁNDULA TIROIDES ASÍ COMO DESÓRDENES ENDOCRINOS/HORMONALES	<input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
11	ENFERMEDADES DE LA PIEL	<input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
12	ENFERMEDADES CONGÉNITAS Y/O HEREDITARIAS	<input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
13	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, DE LOS ÓRGANOS SEXUALES Y OTROS DESÓRDENES DEL SISTEMA REPRODUCTIVO	<input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
14	ENFERMEDADES DE LA PRÓSTATA	<input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
15	ENFERMEDADES DEL ÚTERO, LOS OVARIOS, LAS MAMAS U OTROS DESÓRDENES GINECOLÓGICOS	<input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
16	¿ESTÁ EMBARAZADA?	FECHA: -	<input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Si
17	¿EL SOLICITANTE PRINCIPAL O ALGUNA DE LAS DEPENDIENTES HA ESTADO EMBARAZADA ANTERIORMENTE?		
	17A. NÚMERO DE EMBARAZOS:	17B. PARTOS:	17C. CESÁREAS: 17D. ABORTOS:
18	COMPLICACIÓN DEL EMBARAZO O DEL PARTO, EMBARAZO MÚLTIPLE, O UN HIJO(A) CON ALGÚN DEFECTO DE NACIMIENTO. EN CASO AFIRMATIVO, DETALLE EL CASO EN LA PARTE D)	<input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si
19	CUALQUIER ENFERMEDAD, PADECIMIENTO, LESIÓN, ACCIDENTE, CIRUGÍA, CONSULTA MÉDICA, DIAGNÓSTICO, PÉRDIDA INVOLUNTARIA DE PESO U HOSPITALIZACIÓN QUE NO HAYA SIDO MENCIONADA	<input checked="" type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si

SECCIÓN V INFORMACIÓN MÉDICA (CONTINUACIÓN)

PARTE D: EXPLICACIÓN DE CONDICIONES MÉDICAS (INDICADAS EN LA PARTE C DE ESTA SOLICITUD)

PARTE E: HÁBITOS

¿ALGUNO DE LOS SOLICITANTES USA O HA USADO PRODUCTOS CON NICOTINA, BEBIDAS ALCOHÓLICAS O DROGAS ILEGALES? No Si

CUALQUIER EXAMEN, TRATAMIENTO Y/O CONSULTAS QUE SE REALICE EL SOLICITANTE PRINCIPAL O CUALQUIERA DE SUS DEPENDIENTES ANTES DE SOMETER LA SOLICITUD O DURANTE EL PROCESO DE EVALUACIÓN DE RIESGOS (SI APLICA) O DE APROBACIÓN, HASTA LA FECHA DE EFECTIVIDAD, DEBEN SER INFORMADOS A Mercantil Seguros @ INSURANCE PARA AÑADIR ESTA INFORMACIÓN A LA SOLICITUD. ASIMISMO, CUALQUIER ACCIDENTE Y/O SÍNTOMA QUE HAYA SURGIDO DURANTE ESTE PERÍODO, DEBE SER INFORMADO A LA COMPAÑÍA PARA TOMAR EN CUENTA ESTA NUEVA INFORMACIÓN PARA LA APROBACIÓN DE LA COBERTURA Y LA EMISIÓN DE LOS DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES.

LA FALTA DE NOTIFICACIÓN DE ESTA INFORMACIÓN SERÁ CONSIDERADA COMO MUESTRA DE MALA FE AL ACEPTAR LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES DE LA PÓLIZA, POR LO QUE Mercantil Seguros @ INSURANCE QUEDA EN CAPACIDAD DE INICIAR LAS ACCIONES PERTINENTES.

SECCIÓN VI

HISTORIA FAMILIAR

¿ALGUNO DE LOS SOLICITANTES TIENE HISTORIA FAMILIAR DE DIABETES, HIPERTENSIÓN, DESÓRDENES DEL CORAZÓN, CÁNCER O ENFERMEDAD CONGÉNITA O SI NO HEREDITARIA? No Si

SI ALGUNO DE LOS DEPENDIENTES ES ADOPTADO, ¿CONOCE SU HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR? No Si

SECCIÓN VII

MÉTODO DE REEMBOLSO DE RECLAMOS

POR FAVOR, INDIQUE EL MÉTODO A TRAVÉS DEL CUAL DESEA RECIBIR EL PAGO DE LOS REEMBOLSO DE RECLAMOS. LE RECORDAMOS QUE LAS TRANSFERENCIAS BANCARIAS SON EL MÉTODO MÁS RÁPIDO Y SEGURO PARA ESTE FIN:

Transferencia Bancaria

¿DESEA QUE LOS PAGOS DE RECLAMOS SEAN TRANSFERIDOS A LA CUENTA BANCARIA DESCRITA EN LA SECCIÓN X?, SI RESPONDIÓ "NO", POR FAVOR DETALLAR LA INFORMACIÓN CORRESPONDIENTE: No Si

PARA TRANSFERENCIA BANCARIA

NOMBRE DEL TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA:				PAÍS:
NOMBRE DEL BANCO:	IBAN O NÚMERO DE CUENTA:	CODIGO SWIFT:	ACH/RT (SOLO PARA BOFA):	ABA:

SECCIÓN VIII

RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIONES

Declaro que he leído y comprendo a cabalidad la presente solicitud, por lo que de manera libre y voluntaria acepto todo su contenido. Asimismo, declaro bajo juramento que la información personal y médica, que he incluido en la presente solicitud es verdadera, completa y precisa, por lo que certifico que no he realizado omisión, ocultamiento, modificación o alteración alguna de esta información. Estoy plenamente consciente y acepto que en caso de que se haya realizado cualquier omisión, ocultamiento, modificación o alteración a la información declarada en la presente solicitud, o información que no haya sido declarada posteriormente hasta antes de la firma del contrato, será considerado como un acto de mala fe al momento de adquirir mis obligaciones contractuales y puede ocasionar que las reclamaciones sean negadas y/o que la póliza sea modificada, rescindida o cancelada, para lo cual bastará una simple comunicación de **Mercantil Seguros** ® Insurance, quien se reserva el derecho de tomar medidas legales y administrativas en caso de que se haya producido cualquier perjuicio en su contra. Si cualquiera de los afiliados requiere cuidado o tratamiento médico después de la suscripción de la presente solicitud, pero antes de la fecha de efectividad del contrato, estoy en

la obligación de proporcionar detalles completos a la compañía para que sean evaluados y se tome la decisión final. Entiendo que la Compañía se reserva el derecho de rechazar esta solicitud basada en la información que presenté sobre la residencia o el estado de salud de cualquiera de los solicitantes, o por cualquier otra razón que la Compañía considere relevante. Esta solicitud es válida por sesenta (60) días a partir de su suscripción. En caso de desear desistir de la solicitud del proceso de suscripción, tendré que realizar una notificación por escrito a Mercantil Seguros ® Insurance o sus representantes autorizados dentro de los quince (15) días posteriores a la suscripción de la presente solicitud. Entiendo que estoy solicitando cobertura de seguro médico internacional que puede no proveer los beneficios obligatorios requeridos por las regulaciones de mi país de residencia o cualquier otra jurisdicción. Tendré quince (15) días para revisar la cobertura ofrecida por la Compañía y si no estoy satisfecho, podré devolver la póliza a la Compañía y recibir un reembolso de la prima neta pagada.

SECCIÓN VIII RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIONES (CONTINUACIÓN)

AUTORIZACIÓN PARA RECAUDAR Y REVELAR INFORMACIÓN SOBRE MI SALUD

Por este medio autorizo a **Mercantil Seguros** ® Insurance, a sus subsidiarias y filiales a solicitar en cualquier momento de la vigencia de la póliza, mis registros médicos y/o los de mis dependientes, así como también cualquier historial de medicamentos recetados y cualquier otra información médica o farmacéutica para ser considerada en el proceso de evaluación de riesgos con respecto a la solicitud de seguro de salud para mí y mis dependientes, así como en los procesos de reembolsos, emisiones de cartas de garantía y eventuales renovaciones, los cuales incluyen, sin limitarse a:

A. Cualquier historial clínico, diagnóstico, informes médicos, imágenes de laboratorio, historial de medicamentos recetados y cualquier otra información médica o farmacéutica para ser considerada en el proceso de evaluación de riesgos con respecto a la Solicitud de Seguro para Salud Individual para mí y mis dependientes. Autorizo e instruyo a cualquier médico, hospital, clínica, laboratorio, farmacia o cualquier otro proveedor médico, compañía de medicina prepagada, si tuviere un seguro previo o cuenta con algún otro plan de seguro médico, agencia gubernamental, empleado, administrador de beneficios, o cualquier otra organización a la cual represento y tengo autorización legal, o persona, incluyendo cualquier familiar que tenga registros médicos o conocimiento sobre mí o mi salud, a revelar dicha información a **Mercantil Seguros** ® Insurance o sus representantes designados.

B. Asimismo, autorizo a **Mercantil Seguros** ® Insurance, sus subsidiarias, filiales y representantes designados a revelar a mi agente/agencia de seguros, afiliados, sucesores, las condiciones de mi póliza, y entidades gubernamentales, las condiciones de mi contrato, mi certificado de cobertura y otros documentos de seguro, información de pagos, reclamaciones, solicitudes de reembolso y registros médicos que puedan contener información de salud protegida que les permitirá

atender a mis preguntas y facilitar la interacción relacionada con mi cobertura de seguro, pagos y reclamaciones. Entiendo que existe la posibilidad de que cualquier información pueda volverse pública o puede ser ordenada su revelación por cualquier autoridad competente, y por lo tanto, dejar de estar protegida bajo las normas de privacidad y confidencialidad. La existencia de cualquier información y documentación descrita anteriormente deberá ser revelada junto con esta solicitud.

Entiendo que **Mercantil Seguros** ® Insurance se basará en dicha información para

1. Evaluar el riesgo de solicitud de cobertura y tomar decisiones sobre la elegibilidad, clasificación de riesgo, emisión de la póliza e inscripción de todos los solicitantes.
2. Administrar reclamaciones y determinar o cumplir con la responsabilidad de cobertura y suministro de beneficios.
3. Administrar la cobertura.
4. Llevar a cabo otras operaciones de cobertura conforme a la ley pertinente.

Una copia de esta autorización se considerará tan válida como la original.

Entiendo que la capacidad de **Mercantil Seguros** ® para evaluar la cobertura depende de recibir toda la información de salud necesaria

POLICY.UNDERWRITING.PRIVACY

Toda la información personal médica será tratada como información confidencial por **Mercantil Seguros** ® Insurance, sus compañías afiliadas o representantes designados. La Compañía cumple con la legislación de Protección de Datos y los reglamentos y regulaciones de confidencialidad de la información médica. La Compañía no compartirá ninguna información médica, a menos que exista una autorización para hacerlo, ya sea de parte del paciente, su(s) representante(s) legal(es) o la ley.

NOMBRE Y APELLIDO DEL SOLICITANTE PRINCIPAL:

Cristian Castr

FIRMA DEL SOLICITANTE PRINCIPAL:

Cristian Castr

FECHA:

09/29/2022

PARA SER COMPLETADO POR EL AGENTE

Como agente, acepto completa responsabilidad por el envío de esta solicitud, todas las primas cobradas y por la entrega de la póliza cuando sea emitida. Desconozco la existencia de cualquier condición que no haya sido revelada en esta solicitud que pudiera afectar la asegurabilidad de los propuestos asegurados.

NOMBRE Y APELLIDO /CÓDIGO DEL AGENTE:

Jose Agencia Master

FIRMA DEL AGENTE:

Jose Agencia Master

FECHA:

09/29/2022

SOLICITUD PARA SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL

SECCIÓN IX COBERTURA DE EMERGENCIA PARA ACCIDENTES

Este beneficio está disponible para todos los solicitantes desde el momento en que se recibe la solicitud* hasta que la póliza sea aprobada

REQUISITOS

Solicitud completa y firmada (con toda la información necesaria para ser aprobada de acuerdo a las guías de evaluación de riesgo de la Compañía) y el pago total de la prima, de acuerdo al modo de pago.

BENEFICIOS

Cobertura temporal de accidentes mientras se procesa la solicitud \$30000

TERMINO

Máximo de sesenta (60) días o hasta la fecha la fecha de efectividad de la póliza, lo que ocurra primero.

Este beneficio cubre los gastos por lesiones causadas por accidentes que ocurran durante el proceso de evaluación de riesgo y está sujeto a los términos y condiciones de la póliza y a la aplicación del deducible del plan/opción seleccionado. La eliminación del deducible en caso de accidente serio no aplica para este beneficio temporal.

SECCIÓN X INFORMACIÓN DE PAGO

(El pago debe ser enviado con la solicitud)

NOMBRE Y APELLIDO DEL SOLICITANTE PRINCIPAL: Cristian Castr				NUMERO DE LA POLIZA: #0000097
MODALIDAD DE PAGO: Anual	MODALIDAD DE PAGO	COBERTURA OPCIONAL	TASA ADMINISTRATIVA ANUAL	TOTAL
	US\$1,699.00	US\$0.00	US\$75.00	US\$1,774.00

METODO DE PAGO OPCIÓN 1:

Cheque	Transferencia bancaria
--------	------------------------

NO ENVIAR EFECTIVO
EL PAGO DEBE SER EMITIDO A NOMBRE DE MERCANTIL SEGUROS ® INSURANCE

PARA PAGOS REALIZADOS POR TRANSFERENCIA BANCARIA, USE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

BENEFICIARIO: asdada

POLICIES.FORM.BANK:

DIRECCIÓN:

NÚMERO DE CUENTA:

ABA:

CÓDIGO SWIFT:

METODO DE PAGO OPCIÓN 2:

Por favor proporcione la siguiente información:

Yo autorizo a **Mercantil Seguros ® Insurance** a cargar a mi:

TARJETA DE CRÉDITO				CUENTA BANCARIA (SÓLO BANCOS U.S.)	
				NOMBRE Y APELLIDO DEL TITULAR DE LA CUENTA:	
NÚMERO DE TARJETA DE CRÉDITO:				NÚMERO DE CUENTA:	
FECHA DE EXPIRACIÓN:	CVC:	CANTIDAD A CARGAR:		ABA:	CANTIDAD A CARGAR:
TELÉFONO DEL TARJETAHABIENTE:				TELÉFONO DEL TITULAR DE LA CUENTA:	
DIRECCIÓN DEL TARJETAHABIENTE (DONDE RECIBE EL ESTADO DE CUENTA):				DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA CUENTA (DONDE RECIBE EL ESTADO DE CUENTA):	

SECCIÓN X INFORMACIÓN DE PAGO (CONTINUACIÓN)

DÉBITO AUTOMÁTICO PARA PAGOS RECURRENTE

Con mi firma en este documento autorizo a **Mercantil Seguros**® Insurance a debitar automáticamente de la tarjeta de crédito y/o cuenta bancaria indicada anteriormente, el pago de las primas de mi póliza de seguro de salud y de vida **Mercantil Seguros**®.

Entiendo que si hay cualquier cambio en mis pólizas de seguro **Mercantil Seguros**® o en las primas anuales, el monto de la prima a pagar también puede cambiar.

Al firmar este documento, solicito e instruyo a la institución correspondiente que permita a **Mercantil Seguros**® Insurance debitar de mi cuenta directamente y pagar las primas del seguro, a menos que yo indique lo contrario por escrito. En el caso que este débito sea rechazado o denegado por cualquier razón, acepto que tengo la responsabilidad personal de pagar inmediatamente las primas de mi póliza de seguro para evitar que las pólizas sean canceladas.

También entiendo que una copia fiel de este documento será enviada a mi institución bancaria o compañía de tarjeta de crédito para procesar estos pagos.

Al firmar a continuación, autorizo las deducciones automáticas para futuros pagos de renovación.

FIRMA DEL TARJETAHABIENTE/TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA:

