



SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL DE PERSONAS

SALUD AP SERVICIOS FUNERARIOS

Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 93

<input type="checkbox"/> Póliza Nueva	<input type="checkbox"/> Modificación	Sucursal:
Vigencia desde:		Hasta:

(Este formulario debe estar completado en todas sus partes, en letra de molde)

A. Tomador

Apellidos y Nombres o Razón Social:	C.I./ R.I.F. / Pasaporte N°: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> J
-------------------------------------	--

En caso de ser Persona Jurídica, indicar Apellidos y Nombres, C.I., del Representante Legal:

Lugar de Nacimiento:	Fecha Nacimiento:	Edad	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Otro:
----------------------	-------------------	------	--	---

Profesión:	Oficio u Ocupación:	Capacidad Económica o Financiera: Ingresos Mensuales:
------------	---------------------	--

Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Comercial: Ramo: _____ <input type="checkbox"/> Libre Ejercicio	Tipo de Ejercicio: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Socio	Carácter con el que contrata: <input type="checkbox"/> Por Cuenta Propia <input type="checkbox"/> Por Cuenta Ajena
---	--	--

Dirección de Habitación:	Teléfono:
--------------------------	-----------

Ciudad:	Zona Postal:	Estado:	Municipio:	E-mail:
---------	--------------	---------	------------	---------

Dirección de Oficina:	Teléfono/Fax:
-----------------------	---------------

Ciudad:	Zona Postal:	Estado:	Municipio:	E-mail:
---------	--------------	---------	------------	---------

Dirección de Cobro:	Teléfono/Fax:
---------------------	---------------

Ciudad:	Zona Postal:	Estado:	Municipio:	E-mail:
---------	--------------	---------	------------	---------

B. Propuesto Asegurado Titular (Llenar sólo en caso de ser diferente al Tomador)

Apellidos y Nombres:	C.I./ R.I.F. / Pasaporte N°:
----------------------	------------------------------

Vinculo con el Tomador:	Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Comercial: Ramo: _____ <input type="checkbox"/> Libre Ejercicio
-------------------------	--

Tipo de Ejercicio: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Socio	Capacidad Económica o Financiera: Ingresos Mensuales:
---	--

Dirección de Habitación:	Teléfono:
--------------------------	-----------

Ciudad:	Zona Postal:	Estado:	Municipio:	E-mail:
---------	--------------	---------	------------	---------

Dirección de Oficina:	Teléfono/Fax:
-----------------------	---------------

Ciudad:	Zona Postal:	Estado:	Municipio:	E-mail:
---------	--------------	---------	------------	---------

(Este formulario debe estar completado en todas sus partes, en letra de molde)

C. Datos Personales del Grupo Asegurable

Código Asegurado	Apellidos y Nombres	Cédula de Identidad	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Edo. Civil
1	Propuesto Asegurado Titular		Titular				
2							
3							
4							
5							
6							
7							

D. Datos Ocupacionales del Grupo Asegurable

Código Asegurado	Peso	Estatura	Zurdo	Profesión	Ocupación Actual	Pasatiempos	Deportes
1			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
2			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
3			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
4			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
5			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
6			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
7			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				

E. Información Adicional Suministrada por el Propuesto Asegurado Titular

¿Alguna de las personas del Grupo Asegurable posee contratada o en emisión alguna póliza de Vida, Accidentes Personales u Hospitalización? Si No En caso afirmativo detalle:

Ramo	Compañía Aseguradora	Código Asegurado	Suma Asegurada

F. Coberturas Solicitadas (Según el tipo de póliza, favor indique las coberturas, sumas aseguradas y deducibles a contratar).

Póliza Combinada de Salud Seleccione - Códigos de Asegurados a incluir: 1 2 3 4 5 6 7 Todos

	Hospitalización y Cirugía	Enfermedades Críticas (menores de 64 años)	Maternidad	Otra Cobertura: _____
Sumas Aseguradas				
Deducible				
% de Reembolso				

Póliza de Accidentes Personales Seleccione - Códigos de Asegurados a incluir: 1 2 3 4 5 6 7 Todos

Coberturas	Sumas Aseguradas		
	Propuesto Asegurado Titular	Cónyuge	Hijos
<input type="checkbox"/> Muerte Accidental			
<input type="checkbox"/> Invalidez Permanente			
<input type="checkbox"/> Incapacidad Temporal			
<input type="checkbox"/> Gastos Médicos			
<input type="checkbox"/> Gastos Funerarios			
<input type="checkbox"/> Otra Cobertura:			

Póliza de Servicios Funerarios - Códigos de Asegurados a incluir: 1 2 3 4 5 6 7 Todos

Suma Asegurada: Individual _____ Grupo Familiar _____

G. Designación de Beneficiario en caso de Fallecimiento del Propuesto Asegurado

Nombre y Apellidos	Cédula de Identidad	Parentesco	% de Distribución

En caso de fallecimiento de cualquier otro asegurado, el beneficiario será el Propuesto Asegurado Titular

H. Declaración de Salud

El Propuesto Asegurado Titular debe llenar esta declaración basándose en el desempeño de ocupaciones y estado de salud, tanto de él como del Grupo. Cualquier declaración falsa anula automáticamente esta póliza, según el Art. 23 Ley del Contrato de Seguro.

USTED O ALGUNOS DE LOS FAMILIARES A INCLUIR EN LA PÓLIZA:

1	¿Ha(n) sufrido accidentes y/o ha(n) sido hospitalizado y/o se ha(n) sometido a intervención quirúrgica y/o ha(n) consultado un médico en los últimos tres años o se ha(n) realizado algunos estudios especiales de diagnóstico que no han sido completados o está(n) a la espera del resultado de los mismos? En caso afirmativo, especifique qué y quién(es), nombre y número de teléfono del médico tratante: _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2	¿Está(n) sufriendo o ha(n) sufrido trastornos neuropsiquiátricos, defectos físicos, congénitos o adquiridos (epilepsia, apoplejía, hemiplejía, convulsiones, parálisis, retardo mental, psicosis, polineuritis, síndrome de down, alcoholismo, dificultades motrices)? En caso afirmativo, especifique qué y quién(es), nombre y número de teléfono del médico tratante: _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3	¿Está(n) sufriendo o ha(n) sufrido enfermedades del sistema digestivo u urinario (gastritis, úlceras trastornos hepáticos, vesícula biliar, litiasis, hemorroides, páncreas, colon, recto, esófago, cálculos, próstata, uretra, riñones, vejiga, varicoceles, incontinencia urinaria, enfermedades en los órganos reproductores)? En caso afirmativo, especifique qué y quién(es), nombre y número de teléfono del médico tratante: _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4	¿Está(n) sufriendo o ha(n) sufrido de enfermedades cardiovasculares, afecciones coronarias, hipertensión o hipotensión arterial, accidentes cerebro vasculares ACV, varices, úlceras varicosas? En caso afirmativo, especifique qué y quién(es), nombre y número de teléfono del médico tratante: _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5	¿Está(n) sufriendo o ha(n) sufrido de tumores, cáncer, trastornos endocrinos o de la sangre (diabetes, obesidad, hipofísis, paratiroides, suprarrenales, lupus, leucemia)? En caso afirmativo, especifique qué y quién(es), nombre y número de teléfono del médico tratante: _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
6	¿Está(n) sufriendo o ha(n) sufrido de enfermedades respiratorias, de la piel, ojos, nariz, oídos, garganta (tos crónica, asma bronquial, bronquitis, tuberculosis, enfisema, insuficiencia respiratoria, neumonía, desviación del tabique nasal, sinusitis, amigdalitis, rinitis)? En caso afirmativo, especifique qué y quién(es), nombre y número de teléfono del médico tratante: _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
7	¿Está(n) sufriendo o ha(n) sufrido de enfermedades tales como: enfermedades osteomusculares, desviación de la columna, artritis, reumatismo, hernias de cualquier tipo, enfermedades venéreas, contagiosas o infecciosas? En caso afirmativo, especifique qué y quién(es), nombre y número de teléfono del médico tratante: _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
8	¿Ha(n) aumentado o disminuido de peso aproximadamente en un 15%, en los últimos dos años? En caso afirmativo, especifique quién(es) y en cuánto: _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
9	¿Ha(n) recibido transfusiones de sangre en los últimos 5 años? En caso afirmativo, especifique quién(es) y cuándo: _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
10	¿Ha(n) padecido de irregularidades en los valores de triglicéridos y/o colesterol? En caso afirmativo, indique quién(es): _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
11	¿Utiliza(n) medicamentos con frecuencia? En caso afirmativo, indique quién(es), que medicamentos y por que: _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
12	¿Tiene usted o alguno de sus familiares por incluir el hábito de fumar? En caso afirmativo, indique quién(es), desde cuándo y cuántos cigarrillos o tabacos al día fuma(n): _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
13	¿Está(n) sufriendo o ha(n) sufrido alguna enfermedad o padecimiento no mencionado en las preguntas anteriores? En caso afirmativo, especifique qué y quién(es), nombre y número de teléfono del médico tratante: _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

14	¿Tiene(n) prevista alguna intervención quirúrgica, tratamiento médico en los próximos seis (6) meses? En caso afirmativa, indique quien(es), que tipo, cuando y donde:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
15	¿Se encuentra alguna de las personas a asegurar embarazada, ha tenido cesáreas o abortos? En caso afirmativo, especifique qué y quién(es), nombre y número de teléfono del médico tratante:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
16	¿Utiliza(n) vehículos de tracción de dos ruedas o embarcaciones? En caso afirmativa, indique quien(es), que tipo, con que fin y frecuencia de uso:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
17	¿Realiza(n) viajes en aviones, avionetas, helicópteros o cualquier otro tipo de aeronave no comercial? En caso afirmativo, indique quien(es), que tipo, con que fin, frecuencia de uso y si desea estar ampararlo bajo esta eventualidad:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
18	¿Utiliza(n) maquinaria, manipula(n) explosivos o preparados químicos? En caso afirmativo, indique quien(es), detalle que tipo, con que fin y frecuencia de uso:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Yo _____ C.I. _____ como Propuesto Asegurado Titular autorizo a "LA EMPRESA DE SEGURO" a solicitar cualquier información relacionada a mi estado e historial de salud y la de mis familiares a incluir en la Póliza de la cual esta Solicitud formará parte integrante, del mismo modo, autorizo a los médicos o instituciones hospitalarias que nos hayan atendido por enfermedad o accidente en el pasado, en el presente y durante la vigencia de la póliza a entregar la información requerida por LA EMPRESA DE SEGURO, liberándolos de la obligación del secreto profesional.

De igual forma como Asegurado Propuesto declaro que las personas que solicitamos amparo por la presente Póliza, no padecemos enfermedades o secuelas de accidentes ocurridos hasta la presente fecha, salvo lo indicado en la declaración precedente.

Firma del Propuesto Asegurado Titular: _____

J. Datos de Domiciliación

Banco: _____ Tipo de Cuenta Ahorro Corriente TDD TDC
 Numero de Cuenta Bancaria: _____ Tipo de TDC American Express Master Visa Diners
 N° de Tarjeta: _____ Vencimiento TDD/TDC: _____

K. Autorización

En caso de otorgamiento del Contrato de Seguros, autorizo a debitar de la cuenta arriba indicada, el monto correspondiente a la prima de este seguro y me comprometo a mantener en cuenta dicho monto en la fecha de la exigibilidad de la prima.

L. Declaración

Yo _____ el Tomador, portador (a) de la C.I. R.I.F. Pasaporte Nro: (V)- (E)- _____, doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima de la póliza cuya suscripción solicito en este acto, proviene de una fuente lícita y, por lo tanto, no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores, títulos o beneficios derivados de las actividades ilícitas o de los delitos de Legitimación de Capitales previstos en la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada y demás leyes de la República.

Juro (amos) la veracidad de los datos aportados en la presente solicitud y autorizo (amos) a Zuma Seguros C.A., a la verificación de los mismos.

Firma del Tomador

Productor de Seguros	Tomador	Propuesto Asegurado Titular
Código:	Cédula de Identidad:	Cédula de Identidad:
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha: / /	Fecha: / /	Fecha: / /