

Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el N° 93

RESPONSABILIDAD PATRONAL    SALUD    AP    SERVICIOS FUNERARIOS

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

### 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	
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:	Carácter con el que contrata: <input type="checkbox"/> Por Cuenta Propia <input type="checkbox"/> Por Cuenta Ajena		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		
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. Representante Legal (Llenar sólo en caso que el Tomador sea una Persona Jurídica)

Apellidos y Nombres				C.I./ R.I.F. / Pasaporte N°:	
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:	
Dirección de Habitación:				Teléfono:	
Ciudad:	Zona Postal:	Estado:	Municipio:	E-mail:	
Dirección de Oficina:				Teléfono/Fax:	
Ciudad:	Zona Postal:	Estado:	Municipio:	E-mail:	

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

	Hospitalización y Cirugía	Maternidad	Accidentes Personales	Servicios Funerarios	Vida	Otra Cobertura:
Sumas Aseguradas						
Deducible						
% de Reembolso						

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

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

**D. Observaciones del Tomador**

**E. Datos de Domiciliación**

Banco: \_\_\_\_\_

Tipo de Cuenta  Ahorro  Corriente  TDD  TDC

Número de Cuenta Bancaria: \_\_\_\_\_

Tipo de TDC  American Express  Master  Visa  Diners

Nº de Tarjeta: \_\_\_\_\_

Vencimiento TDD/TDC: \_\_\_\_\_

**F. 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.

**G. 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 / Representante Legal**

Código:

Cédula de Identidad:

Firma:

Firma:

Fecha:        /        /

Fecha:        /        /

**REQUISITOS PARA LA EMISIÓN DE LAS PÓLIZAS COLECTIVAS**

- Copia del RIF
- Copia del Registro Mercantil
- Copia de la Cédula de Identidad del (los) representante(s) legal(es) de El Tomador
- Copia de la Cotización