

SOLICITUD DE SEGURO COLECTIVO DE PERSONAS

SALUD AP VIDA 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	
Dirección de Oficina:			Teléfono:	
Estado:	Ciudad:	Municipio:	Zona Postal:	E-mail:
Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Comercial: Ramo: _____ <input type="checkbox"/> Libre Ejercicio				

B. Propuesto Asegurado Titular				
Apellidos y Nombres:			C.I./ R.I.F. / Pasaporte N°: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> J	
Fecha de 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:	Peso:	Estatura:	Zurdo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Pasatiempos: Deportes:
Tipo de Ejercicio: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Socio		Fecha de Ingreso o Afiliación con el Tomador:		Capacidad Económica o Financiera: Ingresos Mensuales:
Dirección de Habitación:			Teléfono:	
Estado:	Ciudad:	Municipio:	Zona Postal:	E-mail:

C. Datos Personales del Grupo Asegurable (Sólo para Salud y Servicios Funerarios)							
Código Asegurado	Apellidos y Nombres	Cédula de Identidad	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Edo. Civil
1							
2							
3							
4							
5							
6							

D. Datos Ocupacionales del Grupo Asegurable							
Código Asegurado	Peso	Estatura	Zurdo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	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				

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

6

Si 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).

Básico de Hospitalización y Cirugía - Códigos de Asegurados a incluir: Titular 1 2 3 4 5 6 Todos

Suma Asegurada : _____ Deducible: _____ %Reembolso : _____

Maternidad : Asegurada Titular o Cónyuge Si No Suma Asegurada : _____

Servicio Odontológico: Seleccione Códigos de Asegurados a incluir : Titular 1 2 3 4 5 6 Todos

Exceso Hospitalización y Cirugía - Códigos de Asegurados a incluir: Titular 1 2 3 4 5 6 Todos

Suma Asegurada : _____ Deducible: _____

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

Suma Asegurada:

Accidentes Personales (Sólo Propuesto Asegurado Titular)

Muerte Accidental: Suma Asegurada _____

Invalidez Permanente: Suma Asegurada _____

Incapacidad Temporal: Suma Asegurada _____

Gastos Médicos: Suma Asegurada _____

Vida (Sólo Propuesto Asegurado Titular)

Muerte: Suma Asegurada _____

Muerte Accidental o Incapacidad Total y Permanente : Suma Asegurada _____

Pago del Capital por Incapacidad Total y Permanente: Suma Asegurada _____

Pago por Fallecimiento de Familiares: Suma Asegurada _____

G. Designación de Beneficiario en caso de Fallecimiento

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(s) 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 algún(os) estudio(s) especial(es) de diagnóstico que no ha(n) sido completado(s) 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 o 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 afirmativo, 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 afirmativo, 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 amparado 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

I. Declaración

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.

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 Propuesto Asegurado Titular

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