

Datos del Tomador del Seguro

Persona Natural

Apellidos: _____ Nombres: _____
 Cédula de Identidad V E N°: _____ Pasaporte N°: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: F M
 País y Ciudad de Nacimiento: _____
 Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Concubino
 Profesión u Oficio: _____
 Nombre de la Empresa donde Labora: _____
 Cargo que Desempeña: _____ Fecha de Ingreso: _____
 Ingreso Anual (Bs. F.):
 Hasta 10.000 Entre 10.001 y 30.000
 Entre 30.001 y 60.000 Entre 60.001 y 90.000
 Entre 90.001 y 150.000 Más de 150.000
 Condición de la Vivienda: Propia Alquilada Hipotecada
 Dirección de Habitación: _____
 Urbanización/Zona/Sector: _____ País: _____
 Estado: _____ Ciudad: _____ N° Teléfono: _____
 Dirección E-mail: _____ N° Celular: _____
 Dirección de Oficina: _____
 Urbanización/Zona/Sector: _____ País: _____
 Estado: _____ Ciudad: _____ N° Teléfono: _____
 Dirección E-mail: _____

Persona Jurídica

Tipo de Persona: Jurídica Gubernamental N° R.I.F.: _____
 Nombre Comercial: _____ Razón Social: _____
 Descripción de la Actividad Económica o Comercial: _____
 Patrimonio (Bs.F.):
 Hasta 50.000 Entre 50.001 y 500.000
 Entre 500.001 y 2.000.000 Entre 2.000.001 y 10.000.000
 Entre 10.000.001 y 50.000.000 Más de 50.000.000
 Dirección del Domicilio Fiscal: _____
 Urbanización/Zona/Sector: _____ País: _____
 Estado: _____ Ciudad: _____ N° Teléfono: _____
 Dirección E-mail: _____
 Nombre del Registro Mercantil: _____
 Circunscripción Judicial: _____
 Fecha: _____ Número: _____ Tomo: _____
 Apellidos, Nombres del Representante Legal: _____
 Cédula de Identidad V E N°: _____ Pasaporte N°: _____
 Cargo que Desempeña: _____ N° Teléfono: _____
 Dirección de Habitación del Representante Legal: _____
 N° Teléfono: _____
 Dirección E-mail: _____

Dirección para el Cobro de la Prima: Habitación/Domicilio Fiscal Oficina

Datos del Propuesto Asegurado

Complete si el **Propuesto Asegurado**, es diferente al Tomador del Seguro:

Datos Personales

Apellidos: _____ Nombres: _____
Cédula de Identidad V E N°: _____ Pasaporte N°: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: F M
País y Ciudad de Nacimiento: _____
Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Concubino
Profesión u Oficio: _____
Nombre de la Empresa donde Labora: _____
Cargo que Desempeña: _____ Experiencia Laboral: _____
Ingreso Anual (Bs. F.):
 Hasta 10.000 Entre 10.001 y 30.000
 Entre 30.001 y 60.000 Entre 60.001 y 90.000
 Entre 90.001 y 150.000 Más de 150.000
Condición de la Vivienda: Propia Alquilada Hipotecada
Dirección de Habitación: _____
Urbanización/Zona/Sector: _____ País: _____
Estado: _____ Ciudad: _____ N° Teléfono: _____
Dirección E-mail: _____ N° Celular: _____
Dirección de Oficina: _____
Urbanización/Zona/Sector: _____ País: _____
Estado: _____ Ciudad: _____ N° Teléfono: _____
Dirección E-mail: _____

Información del Riesgo

Indique: Peso: _____ Kgs. Estatura: _____ Mts.
¿Actualmente, usted posee buen estado de salud y no padece ninguna enfermedad?... Sí No
En caso negativo, indique ¿Por qué?: _____
¿Ha sufrido usted o sufre actualmente de la vista, el oído u otro defecto físico?..... Sí No
En caso afirmativo, dé detalles: _____
¿Practica Deportes?..... Sí No
En caso afirmativo, dé detalles: _____
Realiza usted actividades donde utilice o esté cerca de maquinarias, herramientas, andamios, materiales inflamables o explosivos, vehículos, motocicletas o motonetas, electricidad de alta tensión Sí No
En caso afirmativo, especifique: _____
¿Posee Vehículo Propio?: Sí No En caso afirmativo, indique:
Marca: _____ Modelo: _____ Año: _____
¿Posee Vehículo su Cónyuge?: Sí No En caso afirmativo, indique:
Marca: _____ Modelo: _____ Año: _____
Posee Otro Vehículo a su Nombre?: Sí No En caso afirmativo, indique:
Marca: _____ Modelo: _____ Año: _____
Nivel Educativo del Asegurado: Primaria Secundaria Universitaria Post-Grado
Nivel Educativo del Cónyuge: Primaria Secundaria Universitaria Post-Grado

¿Tiene hijos? Sí No

Número de personas que dependen económicamente de Usted: _____

Años de Trabajo/Experiencia Laboral: _____

¿Pertenece a Clubes y/o Asociaciones Sí No En caso afirmativo, indique ¿a cuáles?: _____

¿Posee Apartamento o Casa propia vacacional?: Sí No En caso afirmativo, detalle: _____

¿Tiene un esquema de vacaciones de tiempo compartido?..... Sí No

¿Posee Tarjetas de Crédito?: Sí No En caso afirmativo, indique ¿cuáles?: _____

¿Posee alguno de estos componentes?: Televisor mayor a 25" DVD Servicio de Cable

Direct TV Computadora de mesa Computadora Portátil Acceso a Banda Ancha

¿Mantiene otras pólizas vigentes con esta u otra Compañía de Seguros?..... Sí No

Compañía Aseguradora	Ramo	Nº de Póliza	Vigencia	Suma Asegurada

En caso de pólizas rechazadas, anuladas o impuesto condiciones especiales para su emisión, Indique las razones: _____

¿Ha hecho alguna reclamación contra alguna Compañía de Seguros?..... Sí No

En caso afirmativo, complete la siguiente información:

Indique Fechas	Causa	Monto	Compañía Aseguradora

Coberturas Solicitadas

	Marque con (x) las Coberturas que requiere:	Suma Asegurada
Básica	<input type="checkbox"/> Muerte Accidental.....	Bs. F. _____
	<input type="checkbox"/> Incapacidad Total y Permanente y Pérdida de Extremidades, Audición y Vista.....	Bs. F. _____
Opcionales	<input type="checkbox"/> Incapacidad Total Temporal, hasta por: _____ semanas	Bs. F. _____
	<input type="checkbox"/> Gastos Médicos y Gastos por Fallecimiento.....	Bs. F. _____
	Requiere contratar Cobertura de Incapacidad Total Temporal , indique el ingreso anual estimado Bs.F. _____	
	Requiere ampliar la cobertura contra accidentes que provengan de cualquiera de los siguientes riesgos y mediante el pago de una prima adicional..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	En caso afirmativo, seleccione con una equis (X) la alternativa que corresponda:	
	<input type="checkbox"/> Alpinismo <input type="checkbox"/> Ciclismo <input type="checkbox"/> Esquí - Acuático <input type="checkbox"/> Wind Surf	
	<input type="checkbox"/> Boxeador, luchador <input type="checkbox"/> Corredor Motocicleta <input type="checkbox"/> Espeleología <input type="checkbox"/> Veleró – Yachting	
	<input type="checkbox"/> Canoa <input type="checkbox"/> Corredor Automóvil <input type="checkbox"/> Motonáutica (Larga travesía)	
	<input type="checkbox"/> Caza <input type="checkbox"/> Equitación <input type="checkbox"/> Polo <input type="checkbox"/> Icaro	
	<input type="checkbox"/> Coleador <input type="checkbox"/> Esquí - Nieve <input type="checkbox"/> Submarinismo <input type="checkbox"/> Skydiving	
Requiere contratar la cobertura como pasajero en aviones no comerciales o helicópteros y mediante el pago de una prima adicional <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso afirmativo, especifique: _____		
Requiere contratar la cobertura de Gastos de Entierro.. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

En caso de **Muerte Accidental**, Indique los **Beneficiarios**:

Apellidos, Nombres	Parentesco	Cédula de Identidad	% Distribución

En caso de **Cobertura del Anexo de Gastos de Entierro**, indique los **Familiares** que estarán amparados bajo dicha cobertura:

Apellidos, Nombres	Fecha de Nacimiento	Cédula de Identidad	Parentesco

Yo, el Tomador y/o Propuesto Asegurado, **DECLARO** que:

- I. He leído cuidadosa y totalmente, el contenido de la solicitud; la información que proporciono es verdadera, amplia, completa y exacta y no he omitido, ocultado, ni disimulado datos que puedan modificar la opinión de la Compañía de Seguros sobre el riesgo a asegurar.
- II. Esta solicitud forma parte del contrato de seguro, y es la base para apreciar el riesgo y fijar la prima de seguro correspondiente, y en caso de declaraciones falsas, omisiones o reticencias, la póliza podría ser objeto de nulidad absoluta de acuerdo a lo establecido en las condiciones de la misma.

Yo, El Tomador doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima proviene de una fuente lícita y no tiene relación alguna con capitales, bienes, haberes 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 vigentes que rigen la materia.

Autorizo a Estar Seguros, S.A. a pedir cualquier información relacionada con mi estado de salud o del grupo solicitante que represento, a todos los médicos, hospitales, clínicas o instituciones que me o nos hayan atendido, asistido o tratado, así como a otras compañías de seguros que puedan ofrecer información sobre mí persona, relevándolos a todos ellos de guardar el secreto profesional y de toda responsabilidad que pudiera derivarse de tales informaciones. Asimismo, autorizo a los médicos o institución hospitalaria, a proporcionar a LA COMPAÑÍA cualquier información de mí estado de salud y el de mis familiares incluidos o por incluir, inclusive a efectos de evaluación del riesgo. Una copia fotostática de esta autorización será tan válida como el original.

Tomador del Seguro	Huella	Propuesto Asegurado	Huella	Intermediario de Seguros
				Código: _____
Fecha: _____		Fecha: _____		Fecha: _____