



Solicitud de Seguros de Personas

N° Solicitud	
Emisión	<input type="checkbox"/>
Inclusión	<input type="checkbox"/>
Colectivo	<input type="checkbox"/>
Individual	<input type="checkbox"/>

Hospitalización Cirugía y Maternidad
Accidentes Personales

Renta Diaria Estar a Tu Lado
Accidentes Personales para Escolares

Seguros Funerarios
Vida

Datos del Tomador del Seguro y del Propuesto Asegurado

Tomador

Persona Natural
Apellidos: _____ Nombres: _____
Cédula / Pasaporte: N° V E _____ R.I.F.: _____ Nacionalidad: _____
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: F M Estado Civil: S C D V O
Peso: _____ Estatura: _____
Profesión: _____ Ocupación u Oficio: _____
Actividad comercial: (si es comerciante indique el ramo): _____ Ingreso Promedio Anual: _____
La actividad comercial la realiza como: Profesional Independiente Socio Empleado

Persona Jurídica
Denominación o Razón Social: _____ R.I.F.: _____
Siglas o Nombre Comercial: _____ Tipo de Persona: Privada Pública
Fecha Constitución: ____ / ____ / ____ Registro de Comercio: _____ N° de Asiento: _____ Tomo: _____ Patrimonio: _____
Actividad Económica: Industrial Comercial Gubernamental Otra Especifique: _____

Representante Legal
Nombres: _____ Apellidos: _____
Cédula / Pasaporte: N° V E _____ R.I.F.: _____ Nacionalidad: _____
Actividad Comercial: _____
N° Teléfono: _____ N° Teléfono Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Dirección de Habitación: (solo en caso que el Tomador sea una Persona Natural)
Urbanización Zona Sector _____ Calle Av. _____ Vereda Carretera _____
Estado: _____ Ciudad: _____ Municipio: _____
Apto Local Oficina _____ Casa Edificio Torre _____ Piso Nivel: _____
N° Teléfono: _____ N° Teléfono Celular: _____
Correo Electrónico: _____

Dirección de Oficina:
Urbanización Zona Sector _____ Calle Av. _____ Vereda Carretera _____
Estado: _____ Ciudad: _____ Municipio: _____
Apto Local Oficina _____ Casa Edificio Torre _____ Piso Nivel: _____
N° Teléfono: _____ N° Teléfono Celular: _____
Correo Electrónico: _____

Dirección de Cobro: Habitación Oficina: _____
Urbanización / Zona / Sector: _____ Estado: _____
Ciudad: Municipio: _____ N° Teléfono: _____

Propuesto Asegurado:
(Llenar solo en caso de no ser el tomador)

Apellidos: _____ Nombres: _____
Cédula / Pasaporte: N° V E _____ R.I.F.: _____ Nacionalidad: _____
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: F M Estado Civil: S C D V O
Peso: _____ Estatura: _____
Profesión: _____ Ocupación u Oficio: _____
Actividad comercial: (si es comerciante indique el ramo): _____ Ingreso Promedio Anual: _____
La actividad comercial la realiza como: Profesional Independiente Socio Empleado

Dirección de Habitación:
Urbanización Zona Sector _____ Calle Av. _____ Vereda Carretera
Estado: _____ Ciudad: _____ Municipio: _____
Apto Local Oficina _____ Casa Edificio Torre _____ Piso Nivel:
N° Teléfono: _____ N° Teléfono Celular: _____
Correo Electrónico: _____

Dirección de Oficina:
Urbanización Zona Sector _____ Calle Av. _____ Vereda Carretera
Estado: _____ Ciudad: _____ Municipio: _____
Apto Local Oficina _____ Casa Edificio Torre _____ Piso Nivel:
N° Teléfono: _____ N° Teléfono Celular: _____
Correo Electrónico: _____

Dirección de Cobro: Habitación Oficina: _____

Información General de la Póliza:

N° Póliza:
Hospitalización Cirugía y Maternidad _____ Estar a Tu Lado _____ Accidentes Personales _____
Renta Diaria _____ Servicios Funerarios _____ Vida _____

Fecha de Inclusión: ____ / ____ / ____ Frecuencia de Pago ↻ Anual Semestral Trimestral _____ Mensual

Vigencia: Desde: ____ / ____ / ____ (a las 12 m) Hasta: ____ / ____ / ____ (a las 12 m) Sucursal: _____ Moneda de Pago: _____

Personas Asegurables

Cód. Solicitante	Apellidos y Nombres	Parentesco	Cédula de Identidad	Fecha de Nacimiento	Sexo	Ocupación	Peso	Estatura
1		TITULAR						
2								
3								
4								
5								
6								

¿Alguno de los beneficiarios está expuesto políticamente? Sí No

En caso de ser afirmativo, indique la relación: _____

Declaración de antecedentes médicos y hábitos

Usted y/o las personas a asegurar:	Respuesta: Afirmativa (S) o Negativa (N)					
	Cód. Solicitante					
	1	2	3	4	5	6
¿Se encuentra(n) actualmente en buen estado de salud? En caso negativo, especifique quién y detalle: _____						
¿Se ha(n) practicado algún chequeo preventivo o de rutina, consulta médica por enfermedad, transfusiones de sangre, cirugía en los últimos cinco (5) años? En caso afirmativo, especifique quién, causas y detalle: _____						
¿Ha(n) tenido accidente(s), herida(s), fractura(s) o cirugía(s)? En caso afirmativo, detalle: _____						
¿Practica algún deporte, hobbies, pasatiempo o actividades de alto riesgo? En caso afirmativo, detalle quién y cuál: _____						
¿Consume(n) bebidas alcohólicas? En caso afirmativo, indique quién y qué cantidad semanal: _____						
¿Ha(n) tenido o mantiene(n) el hábito de fumar? En caso afirmativo, indique quién, qué cantidad diaria y desde que edad: _____						
¿Usted o alguna de las personas asegurable ha usado o usa alguna droga? En caso afirmativo, indique quien, tipo, cantidad, frecuencia y razón de uso: _____						
¿Se ha contagiado de SARS-19 (COVID)? ¿Estuvo hospitalizado? En caso afirmativo, indique: quién, fecha de contagio, lugar de hospitalización: _____						
¿Tiene prevista alguna intervención quirúrgica o tratamiento médico en los próximos 6 meses? En caso afirmativo, indique quién y tipo de atención médica: _____						
Algunas de las mujeres a incluir:						
¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, cuántos meses de embarazo: _____						
¿Cuántos embarazos, abortos, partos o cesáreas ha tenido?						

Padece o ha padecido usted o alguna de las personas incluidas en esta Solicitud de Seguros de:

1. Enfermedades de la piel, ojos, nariz, oídos y/o, garganta: Eczema, psoriasis, dermatitis, vitiligo, cáncer de piel, Ojos, miopía, astigmatismo, estrabismo, cataratas, glaucoma, desprendimiento de retina. Nariz, oídos y/o garganta: desviación del tabique nasal, sinusitis, amigdalitis, rinitis, otitis, hipertrofia de cornetes, timpanocentesis, timpanoplastia.						
2. Enfermedades Respiratorias: Ronquera, tos crónica, asma, bronquitis, EBPOC, enfisema, tuberculosis, insuficiencia respiratoria, neumonía, bronconeumonía, fibrosis quística.						
3. Enfermedades Cardiovasculares: Tensión Alta, tensión Baja, infarto, angina de pecho, arritmia cardiaca, aneurisma, palpitaciones, taquicardia, bradicardia, fiebre reumática, arteriosclerosis, insuficiencia coronarias o cardiacas, tromboflebitis, varices, soplos.						
4. Enfermedades del Sistema Digestivo: Gastritis, úlceras, trastornos hepáticos, cálculos vesiculares, hemorroides, prolapso rectal, alteraciones pancreáticas y/o hepáticas, recto, colon, esófago, cirrosis hepática, diarrea crónica, constipación o estreñimiento crónico, diverticulitis y diverticulosis.						
5. Enfermedades Venéreas, Contagiosas o Infecciosas: Paludismo, mononucleosis, meningitis, amibiasis, hepatitis A, hepatitis B, hepatitis C, Hepatitis A-no B, Hepatitis autoinmune, sífilis y/o gonorrea, clamidia, VPH.						
6. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), virus de inmunodeficiencia seropositivo (HIV+), complejo relacionado con el SIDA						
7. Enfermedades Renales o Urinarias: Albúmina, sangre, pus o infecciones en la orina, arenillas, cálculo (piedras) renales y vesical (litiasis), uretra, riñones, varicocele, hidrocele, incontinencia urinaria, enfermedad de los órganos reproductores masculinos: Hipospadias, testículos no descendidos (criptorquidismo), torsión de un testículo, hernias inguinales, cáncer, hernia crural, próstata.						
8. Enfermedades del Sistema Endocrino: Diabetes, obesidad, bocio, hipofisis, tiroides (hipotiroidismo o hipertiroidismo), trastornos metabólicos (de la glucosa, colesterol, triglicéridos) suprarrenales						
9. Enfermedades Osteomusculares: Ciática (lumbalgia), gota, hernias discales desviación de la columna, artrosis o inflamación de las articulaciones, amputaciones, trastornos de los ligamentos de las rodillas, meniscos, tobillos, codo y hombro						
10. Enfermedades del Sistema Nervioso: Epilepsia, apoplejia, convulsiones, parálisis, enfermedad de parkinson, enfermedad de alzhéimer, retardo mental, psicosis, polineuritis, neurosis, crisis nerviosa, colapso mental, dolor de cabeza persistente (cefalea), migraña, hemorragias cerebrales, accidente cerebro vascular, esclerosis múltiple, accidente cerebro vascular transitorio.						
11. Enfermedades de la Sangre: Anemia, desórdenes eosinofílicos, hemocromatosis, hemofilia, hemorragia, incompatibilidad Rh, leucemia, ganglios linfáticos, enfermedades del Sistema linfocitario (linfoma Hodgkin y no Hodgkin), mieloma múltiple, porfiria, hemosiderosis						
12. Enfermedades propias de la Mujer: Trastornos menstruales, fibroma uterino, prolapso genital, incontinencia urinaria, herpes genital, vaginitis o vulvovaginitis afecciones en las trompas y ovarios, glándulas mamarias, fibroadenomas de mama, osteoporosis, enfermedad inflamatoria pélvica, pólipos endometriales, cervicitis crónica, cáncer						
13. Defectos Físicos, Congénitos o Adquiridos, Cirugías y Amputaciones						

14. Cáncer, especifique:

Tipo de Cáncer, fecha diagnostico, estado actual:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

15. Enfermedades del sistema inmunológico: Lupus, LES, Artritis Reumatoide, Artritis reumatoide juvenil, Psoriasis, Artritis Psoriásica, Enfermedades mixtas del colágeno, Síndrome anti fosfolipídico, Enfermedad de Raynaud, Purpura, Púrpura trombocitopénica, Sjögren

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

16. ¿Ha presentado algún siniestro/reclamación en otra aseguradora? Si No

En caso afirmativo, indique:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

17. Otras Enfermedades, tratamiento médico o cirugías no mencionadas en las preguntas anteriores?:

Si alguna de las preguntas anteriores fue contestada afirmativamente, por favor indique: diagnóstico, fecha de inicio, duración del tratamiento, médico tratante, clínica y estado de salud actual. De ser el caso, anexar informes que corroboren cirugías practicadas y resultados de biopsias que tenga disponibles

Cód. Familiar	Diagnóstico	Fecha Inicio	Duración del Tratamiento	Medico Tratante	Clínica	Estado de Salud Actual
1						
2						
3						
4						
5						
6						

¿Mantiene usted o alguna de las personas que conforman el grupo por asegurar, en esta o en otra Empresa de Seguros, un seguro de personas?

Cód. Familiar	Aseguradora	Nro. Póliza	Suma Asegurada	Deducible	Vigente	Anulada
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Coberturas de Hospitalización Cirugía y Maternidad

Cobertura Básica	Sumas Aseguradas	Deducible
------------------	------------------	-----------

Plan Básico

Coberturas

(No son de obligatoria suscripción)

Plan Exceso		
Maternidad		
Servicios Funerarios		
Suministro de Medicamentos		

Servicios Opcionales

(No son de obligatoria suscripción)

Servicio Odontológico <input type="checkbox"/>	Servicio Oftalmológico <input type="checkbox"/>	Atención Primaria de Salud <input type="checkbox"/>
Servicio Asistencia Médica Domiciliaria <input type="checkbox"/>		Asistencia en Viajes <input type="checkbox"/>

Coberturas de Renta Diaria

Cobertura Básica	Suma Asegurada
------------------	----------------

Beneficio Diario por Hospitalización

Doble Beneficio Diario por Hospitalización

Cuidados al Convaleciente

Cobertura de Estar a tu Lado

Cobertura Básica	Suma Asegurada
------------------	----------------

Estar a tu Lado

Cobertura de Seguros Funerarios

Cobertura Básica	Suma Asegurada
------------------	----------------

Funerario

Coberturas de Accidentes Personales

Cobertura Básica	Suma Asegurada
------------------	----------------

Muerte Accidental

Invalidez Total y Permanente

Cobertura de Vida

Plan a contratar	Periodo Pago Primas (años)	Suma Asegurada
------------------	----------------------------	----------------

Vida Entera (Vitalicio)

Vida Entera (Pago Limitado)

Temporal

Dotal

Antecedentes Familiares (Primer grado de consanguinidad del Titular o su Cónyuge)

Familiar - Parentesco	Vivos		Fallecidos	
	Edad	Estado de Salud	Edad al Fallecer	Causa
Padre del Propuesto Asegurado				
Madre del Propuesto Asegurado				
Hermano(a) del Propuesto Asegurado				
Hermano(a) del Propuesto Asegurado				

Beneficiario(s) en Caso de Muerte del Titular**Beneficiario Preferencial**

Nombre	R.I.F.
---------------	---------------

OTRO(S) BENEFICIARIO(S)

1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	Fecha de Nacimiento	C.I.	Parentesco	%Suma Asegurada

Declaración de Fe

Yo, el Tomador y/o Propuesto Asegurado Titular, 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 Empresa/Compañía de Seguros sobre el riesgo a asegurar. Adicionalmente es mi responsabilidad informarle a Estar Seguros, S.A. sobre cualquier cambio en las afirmaciones, incluyendo cualquier cambio en la historia médica que ocurra antes de que esta solicitud sea suscrita y antes de la fecha de aprobación de la emisión de la póliza y pago de la respectiva prima.
- 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.
- III. 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 Financiamiento al Terrorismo y demás leyes vigentes que rigen la materia.
- IV. Autorizo a Estar Seguros, S.A. para que en mi nombre y en el de las personas nombradas en esta solicitud de seguro, requiera de cualquier médico con licencia, médico practicante, hospital, clínica u otro establecimiento médico o relacionado con la salud, compañía de seguros domiciliada o con operaciones en cualquier territorio, organismo gubernamental de cualquier territorio, u otra organización, institución o persona, los registros que tengan de mí, de mi salud y de la de mis dependientes nombrados en esta solicitud, pudiendo requerir copias de los registros relativos a cualquier intervención, tratamiento, consulta o cuidado proporcionado a mí o a mis dependientes sin limitación alguna, lo que incluye asuntos relacionados con enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol, relevando a dichas personas o entes de guardar el secreto profesional. Por tanto, los médicos y centros de salud quedan autorizados para suministrar a Estar Seguros, S.A. cualquier información de mi estado de salud y del de mis familiares, inclusive a efectos de evaluación del riesgo. Una copia fotostática de esta autorización será tan válida como el original.
- V. Declaro a mi leal saber y entender, que todas las afirmaciones hechas en esta solicitud son verdaderas, correctas, completas y no son falsas ni inexactas o parcialmente verdaderas. Es mi responsabilidad informarle a Estar Seguros, S.A. sobre cualquier cambio en las afirmaciones, incluyendo cualquier cambio en la historia médica que ocurra antes de que esta solicitud sea suscrita y antes de la fecha de aprobación de la emisión de la póliza y pago de la respectiva prima. Entiendo que la información ofrecida por mí en esta solicitud será decisiva para la aprobación de la emisión de la póliza de seguro requerida y que cualquier inexactitud, tergiversación, error u omisión será considerada una declaración falsa y puede servir de base para la posterior rescisión o terminación de la póliza, o la negativa de amparo de reclamos.
- V. Autorizo formalmente a Estar Seguros, S.A. para que me notifique vía mensajería instantánea (SMS, correo electrónico y similares), sobre el estado de mis pólizas, siniestros y demás informaciones de interés.

Por el Tomador

Por el Asegurado

El Representante Legal (Solo persona jurídica)

Firma	Huella	Firma	Huella	Firma	Huella
Fecha: / /		Fecha: / /		Fecha: / /	

Intermediario de Seguro: _____

Código: _____

Fecha: / /

Estar Seguros, S.A. - RIF.: J 000075875 Centro Plaza, Torre D, 1ª Transversal de Los Palos Grandes-Caracas 1062, Venezuela
www.estarseguros.com - inscrita en la Superintendencia de La Actividad Aseguradora bajo el N° 23 - Miembro de la "Cámara de Aseguradores de Venezuela".