



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	<input type="checkbox"/>	Renta Diaria	<input type="checkbox"/>	Estar a Tu Lado	<input type="checkbox"/>	Seguros Funerarios	<input type="checkbox"/>
Accidentes Personales	<input type="checkbox"/>	Accidentes Personales para Escolares	<input type="checkbox"/>	Vida	<input type="checkbox"/>		

Datos del Tomador del Seguro y del Propuesto Asegurado

Tomador

Persona Natural

Apellidos:				Nombres:			
Cédula / Pasaporte:	N° V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		R.I.F.:		Nacionalidad:		
Fecha de Nacimiento:	/ /	Sexo:	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Estado Civil:	S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>		
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 <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/>						

Persona Jurídica

Denominación o Razón Social:				R.I.F.:		
Siglas o Nombre Comercial:				Tipo de Persona:	Privada <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/>	
Fecha Constitución:	/ /	Registro de Comercio:		N° de Asiento:		Tomo: <input type="checkbox"/> Patrimonio: <input type="checkbox"/>
Actividad Económica:	Industrial Comercial <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Especifique:					

Representante Legal

Nombres:				Apellidos:			
Cédula / Pasaporte:	N° V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		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 <input type="checkbox"/> Zona <input type="checkbox"/> Sector <input type="checkbox"/>			Calle <input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/>			Vereda <input type="checkbox"/> Carretera <input type="checkbox"/>	
Estado:			Ciudad:			Municipio:	
Apto <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/>			Casa <input type="checkbox"/> Edificio <input type="checkbox"/> Torre <input type="checkbox"/>			Piso <input type="checkbox"/> Nivel: <input type="checkbox"/>	
N° Teléfono:			N° Teléfono Celular:				

Correo Electrónico:

Dirección de Oficina:

Urbanización <input type="checkbox"/> Zona <input type="checkbox"/> Sector <input type="checkbox"/>			Calle <input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/>			Vereda <input type="checkbox"/> Carretera <input type="checkbox"/>	
Estado:			Ciudad:			Municipio:	
Apto <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/>			Casa <input type="checkbox"/> Edificio <input type="checkbox"/> Torre <input type="checkbox"/>			Piso <input type="checkbox"/> Nivel: <input type="checkbox"/>	
N° Teléfono:			N° Teléfono Celular:				

Correo Electrónico:

Dirección de Cobro:

Habitación <input type="checkbox"/> Oficina: <input type="checkbox"/>							
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 <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		R.I.F.:		Nacionalidad:		
Fecha de Nacimiento:	/ /	Sexo:	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Estado Civil:	S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>		
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 <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/>						

Dirección de Habitación:

Urbanización <input type="checkbox"/> Zona <input type="checkbox"/> Sector <input type="checkbox"/>			Calle <input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/>			Vereda <input type="checkbox"/> Carretera <input type="checkbox"/>	
Estado:			Ciudad:			Municipio:	
Apto <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/>			Casa <input type="checkbox"/> Edificio <input type="checkbox"/> Torre <input type="checkbox"/>			Piso <input type="checkbox"/> Nivel: <input type="checkbox"/>	
N° Teléfono:			N° Teléfono Celular:				

Correo Electrónico:

Dirección de Oficina:

Urbanización <input type="checkbox"/> Zona <input type="checkbox"/> Sector <input type="checkbox"/>			Calle <input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/>			Vereda <input type="checkbox"/> Carretera <input type="checkbox"/>	
Estado:			Ciudad:			Municipio:	
Apto <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/>			Casa <input type="checkbox"/> Edificio <input type="checkbox"/> Torre <input type="checkbox"/>			Piso <input type="checkbox"/> Nivel: <input type="checkbox"/>	
N° Teléfono:			N° Teléfono Celular:				

Correo Electrónico:

Dirección de Cobro:

Habitación <input type="checkbox"/> Oficina: <input type="checkbox"/>						
---	--	--	--	--	--	--

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 <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>	
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? <div><div>Si</div><div>No</div></div>												
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 qué 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? <div><div>Si</div><div>No</div></div> 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, vitíligo, 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 cardíaca, aneurisma, palpitaciones, taquicardia, bradicardia, fiebre reumática, arteriosclerosis, insuficiencia coronarias o cardíacas, 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 no 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, hipofísitis, 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, apoplejía, 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>												
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												
Coberturas Opcionales		Sumas Aseguradas										
(No son de obligatoria suscripción)												
Gastos Médicos por Accidente												
Gastos Médicos por Enfermedad (Solo Accidentes Personales para Escolares)												
Responsabilidad Civil (Solo Accidentes Personales para Escolares)												
Fisiatría y Bienestar Mental												
Gastos Odontológicos (Solo Accidentes Personales para Escolares)												
Gastos Oftalmológicos (Solo Accidentes Personales para Escolares)												
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		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, 1º 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".