

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.):
 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 Asegurado

Complete si el **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

Datos del Grupo Familiar:

N° Aseg.	Apellidos, Nombres	Parentesco	N° C. I. o Pasaporte	Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil	Estatura	Peso
1								
2								
3								
4								
5								
6								

Declaración de Salud:

Usted y/o las personas a Asegurar:

¿Se encuentra(n) actualmente en buen estado de salud?..... Sí No

En caso negativo, Indique ¿Por qué?: _____

¿Ha(n) variado de peso en los últimos años?..... Sí No

En caso afirmativo, Explique: _____

¿Se ha(n) practicado algún chequeo o consulta médica por enfermedad o cirugía en los últimos cinco (5) años?..... Sí No

En caso afirmativo, Causas: _____

Forma 461027 (10 -2008)

¿Ha(n) tenido accidente(s), herida(s) o fractura(s)?..... Sí No

Detalle: _____

¿Ha(n) recibido transfusión(es) de sangre en los últimos cinco (5) años?..... Sí No

Detalle: _____

¿Alguna de las personas a asegurar practica algún deporte, hobby o pasatiempo?..... Sí No

En caso afirmativo, Detalle ¿Quién yCuál? _____

¿Consume(n) bebidas alcohólicas?..... Sí No

En caso afirmativo, Indique ¿Quién y Qué Cantidad Semanal? _____

¿Mantiene(n) el hábito de fumar?..... Sí No

En caso afirmativo, Indique ¿Quién, Qué Cantidad Diaria y desde que Edad? _____

¿Alguna de las mujeres a incluir está embarazada? Sí No

Detalle: _____

Indique la fecha del último parto o cesárea de las mujeres a incluir: _____

Padece(n) o ha(n) padecido alguna vez (en caso afirmativo subraye la enfermedad que corresponda) de:

1 Enfermedades de la Piel, Ojos, Nariz, Oídos y/o Garganta (enzema, dermatitis, desviación del tabique nasal, sinusitis, amigdalitis, rinitis, otitis, miopía, astigmatismo, estrabismo, cataratas, glaucoma, hipertrofia de cornetes, timpanocentesis, timpanoplastia) Sí No

2 Enfermedades Respiratorias (ronquera, tos crónica, asma, pulmonía, bronquitis, enfisema, tuberculosis, insuficiencia respiratoria, neumonía, bronconeumonía) Sí No

3 Enfermedades Cardiovasculares (tensión alta, tensión baja, infarto, angina de pecho, arritmia cardiaca, aneurisma, palpitaciones, fiebre reumática, arteriosclerosis, insuficiencia coronarias o cardíacas, tromboflebitis, varices, soplos, hemorragias cerebrales, accidente cerebro vascular)..... Sí No

4 Enfermedades del Sistema Digestivo (gastritis, úlceras, trastornos hepáticos, cálculos vesiculares, hemorroides, alteraciones pancreáticas, recto, colon, esófago, cirrosis, diarrea crónica, diarrea frecuente) Sí No

5 Enfermedades Venéreas, Contagiosas o Infecciosas (paludismo, meningitis, amibiasis, hepatitis A, hepatitis B, hepatitis C, sífilis, gonorrea, VPH) Sí No

6 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), virus de inmunodeficiencia seropositivo (HIV+), complejo relacionado con el SIDA, glándulas palpables Sí No

7 Enfermedades Renales o Urinarias (albúmina, sangre, pus o infecciones en la orina, cálculo, próstata, uretra, riñones, varicocele, incontinencia urinaria, piedras renales, enfermedad de los órganos reproductores masculinos, fibromas)..... Sí No

8 Enfermedades del Sistema Endocrino (diabetes, obesidad, bocio, hipófisis, tiroides)..... Sí No

9 Enfermedades Osteomusculares (ciática, gota, reumatismo, hernias discales desviación de la columna, artritis, artrosis o inflamación de las articulaciones, amputaciones, trastornos de los ligamentos de las rodillas y meniscos) Sí No

10 Enfermedades del Sistema Nervioso (epilepsia, apoplejía, convulsiones, parálisis, enfermedad de parkinson, enfermedad de alzaimer, retardo mental, psicosis, polineuritis, neurosis, colapsos nerviosos, dolor de cabeza persistente) Sí No

- 11 Enfermedades de la Sangre (anemia, leucemia), ganglios linfáticos inflamados, quistes, tumores benignos, adenomas benignos de mama, cáncer Sí No
- 12 Enfermedades de la Mujer (alteraciones menstruales, fibroma uterino, prolapso genital, incontinencia urinaria, afecciones en las trompas y ovarios, glándulas mamarias, osteoporosis, enfermedad inflamatoria pélvica, pólipos endometriales)... Sí No
- 13 Defectos Físicos, Congénitos o Adquiridos Sí No
- 14 Otras Enfermedades Sí No

Si alguna de las preguntas anteriores fue contestada afirmativamente, Indique: Nombre de la persona, diagnóstico, fecha de inicio, duración del tratamiento efectuado, nombre del médico tratante, clínica y estado de salud actual:

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

N° Aseg.	Compañía	Póliza N°	Suma Asegurada	Deducible	Vigente	Anulada	Causa de Anulación
1					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

¿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

<input type="checkbox"/> Plan Básico (Servi Salud)		Suma Asegurada	Deducible
<input type="checkbox"/> Plan Exceso (Servi Extra Salud)		Bs. F.	
<input type="checkbox"/> Plan Exceso (Servi Extra Salud)		Bs. F.	
Opcionales	<input type="checkbox"/> Maternidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Suma Asegurada
	<input type="checkbox"/> Gastos de Entierro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	N° Asegurado
	<input type="checkbox"/> Servicio Odontológico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Bs. F.
			Bs. F.

Antecedentes Familiares:

Vivos				Fallecidos	
Parentesco	Edad	Enfermedad	Estado de Salud Actual	Edad al Fallecer	Causa

Yo, el Tomador, **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.
- 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 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 mi 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 mi 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:	Asegurado:	Intermediario de Seguros:
Fecha: _____	Fecha: _____	Código: _____ Fecha: _____