

COBERTURAS		SUMA ASEGURADA					
Básica							
CUESTIONARIO DE HÁBITOS							
¿Practica Ud. o alguna de las Personas Asegurables algún deporte? SI NO En caso afirmativo especifique quién y cuál(es) deportes:							
¿Consumen(n) bebidas alcohólicas? SI NO En caso afirmativo especifique quién y qué cantidad semanal:							
¿Mantiene Ud. o alguna de las Personas Asegurables el hábito de fumar en los 2 últimos años? SI NO En caso afirmativo especifique quién y qué cantidad diaria:							
¿Ud. o alguna de las Personas Asegurables realiza o piensa(n) realizar vuelos en avión, avioneta, helicóptero? SI NO En caso afirmativo especifique quién y detalle:							
¿Es Ud. o alguna de las Personas Asegurables? Pasajero Piloto o Tripulación Aviación: Comercial Civil Militar Especifique quién:							
¿Ud. o alguna de las Personas Asegurables ha usado o usa drogas que formen hábito? SI NO En caso afirmativo indique quién: Tipo: Cantidad: Frecuencia: Razón de su uso:							
DECLARACIÓN DE SALUD		SI NO					
A su saber y entender, considera que Ud y las Personas Asegurables gozan de buena salud?							
En caso negativo, especifique quién y detalle:							
Padece o ha padecido usted o alguna de las personas incluidas en esta Solicitud de Seguros de:							
1) TENSION ALTA, INFARTO, ANGINA DE PECHO, ARTERIOESCLEROSIS, INSUFICIENCIA CARDÍACA, TROMBOFLEBITIS, AFECCIONES VASCULARES, FIEBRE REUMÁTICA, SOPLOS, HEMORRAGIAS CEREBRALES							
2) TOS CRÓNICA, ASMA BRONQUIAL, BRONQUITIS, TUBERCULOSIS, EFISEMA, INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, NEUMONÍA							
3) GASTRITIS, ÚLCERAS, TRASTORNOS HEPÁTICOS, LITIASIS VESICULAR, HEMORROIDES, ENFERMEDADES DEL PÁNCREAS, COLON, RECTO O ESÓFAGO							
4) TRASTORNO EN LA SANGRE, TUMORES, CÁNCER							
5) DIABETES, OBESIDAD, ALTERACIONES DE LAS GLÁNDULAS HIPÓFISIS, PARATIROIDES, SUPRARRENALES							
6) CÁLCULOS RENALES, ENFERMEDAD DE LA PRÓSTATA, ALTERACIONES DE LA URETRA, RIÑONES Y VEJIGA							
7) EPILEPSIA, HEMIPLEJÍA, CONVULSIONES, PARÁLISIS, RETARDO MENTAL, PSICOSIS, MAREOS, VÉRTIGOS							
8) SÍFILIS, GONORREA, HIV, HERPES VIRUS TIPO II, INFECCIONES POR CONDILOMA							
9) DEFECTOS FÍSICOS CONGÉNITOS O ADQUIRIDOS							
10) ENFERMEDADES PROPIAS DE LA MUJER COMO ALTERACIONES MENSTRUALES, FIBROMAS, PATOLOGÍAS DE LAS GLÁNDULAS MAMARIAS, ALTERACIONES DE LAS TROMPAS, OVARIOS Y/O ÚTERO							
11) CRISIS NERVIOSA O DOLORES PERSISTENTES DE CABEZA							
12) MOLESTIAS EN LA COLUMNA VERTEBRAL O EN LA ESPALDA							
13) MAREOS, DESMAYOS, ATAQUES, CONVULSIONES, VÉRTIGOS							
14) PARÁLISIS O ENFERMEDADES DEL CEREBRO							
15) ENFERMEDAD O DEFECTO DE LOS OJOS O DE LOS OÍDOS							
16) ARTRITIS, REUMATISMO, NEURITIS, ANEMIA O ENFERMEDADES DE LA SANGRE							
17) ANORMALIDAD O DEFORMIDAD FÍSICA							
18) ANORMALIDAD O ENFERMEDADES DE TIPO CONGÉNITO							
19) INFLAMACIÓN DE LOS GANGLIOS, FIEBRES REPETIDAS							
20) SUDORACIONES NOCTURNAS PERSISTENTES							
21) INFECCIONES FRECUENTES							
22) ENFERMEDADES DE LA PIEL, ENFERMEDADES VENÉREAS							
23) AFECCIONES DE LA PRÓSTATA							
24) ¿ALGUNA ALTERACIÓN DE LA SALUD O SÍNTOMAS QUE NO SE MENCIONEN EN ALGUNA PREGUNTA DE ESTA SECCIÓN?							
25) ¿ALGUNA VEZ SE LE HAN PRACTICADO O SE LE RECOMENDÓ QUE SE LE PRACTICARA UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?							
26) DURANTE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS ¿HAN CONSULTADO O HAN SIDO EXAMINADOS POR UN MÉDICO, O HAN RECIBIDO ATENCIÓN MÉDICA?							
27) ¿HAN ESTADO EN UN HOSPITAL, CLÍNICA, SANATORIO O CASA DE REPOSO, PARA: DESCANSO, TRATAMIENTO, OBSERVACIÓN O DIAGNÓSTICO?							
28) DURANTE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS ¿SE LE HAN PRACTICADO EXÁMENES ESPECIALES DE DIAGNÓSTICOS, O BIEN RADIOGRAFÍAS, ELECTROCARDIOGRAMAS O EXÁMENES DE LABORATORIO?							
29) DURANTE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS, ¿HAN RECIBIDO TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS?							
30) DURANTE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS, ¿HAN TENIDO ACCIDENTES, HERIDAS O FRACTURAS?							
Detalles completos sobre las anteriores preguntas cuya respuesta haya sido afirmativa							
Nro.Preg.	Causa o Diagnóstico	F/Comienzo	Duración Meses	Exámenes o Tratamiento	Resultado	Nombre Médico	Hospital o Clínica
¿ En los próximos 10 meses piensa Ud. o alguno de las personas asegurables viajar al exterior para recibir una atención médica? Sí NO En caso afirmativo, indique quién, país y tipo de atención médica:							
¿ Ud. o alguno de las personas asegurables tiene prevista alguna intervención quirúrgica o tratamiento médico en los próximos 6 meses? Sí NO En caso afirmativo, indique quién. País y tipo de atención médica:							
¿Le han rechazado a Ud. o alguna de las Personas Asegurables, alguna vez como donante de sangre? SI NO En caso afirmativo Indique quién y por qué:							
Alguna de las Mujeres a incluir	¿Está embarazada? SI NO		En caso afirmativo indique quién y cuantos meses de embarazo: _____				
	¿Tiene Hijos? SI NO		En caso afirmativo indique quién y cuantos: _____				
	¿Cuantos partos ha tenido?		Indique quién y Fecha último parto: _____				
	¿Le han practicado cesárea? SI NO		En caso afirmativo indique quién, cuántas veces y cuándo: _____				

ANTECEDENTES FAMILIARES						
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						
Padre del Cónyuge (*)						
Madre del Cónyuge (*)						
Hermano(a) del Cónyuge (*)						
Hermano(a) del Cónyuge (*)						
(*) En caso de incluir al Cónyuge						
BENEFICIARIO(S) EN CASO DE MUERTE DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR						
1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre	Fecha de Nacimiento	C.I	Parentesco
En caso de muerte de algún FAMILIAR inscrito en este seguro el BENEFICIARIO será el ASEGURADO TITULAR						
OTROS SEGUROS SOBRE LOS MISMOS RIESGOS						
Pólizas Vigentes:						
NRO. PÓLIZA		NOMBRE DE LA EMPRESA			FECHA DE VENCIMIENTO	
DECLARACIONES y AUTORIZACIONES						
Yo TOMADOR y/o PROPUESTO ASEGURADO TITULAR:						
* Declaro que he leído cuidadosamente y totalmente, una a una, todas las preguntas y respuestas de esta solicitud de seguro y que ellas son verdaderas, amplias, completas y exactas.						
* Declaro que no he omitido ni disimulado ningún hecho ni circunstancias que puedan modificar la opinión de LA EMPRESA DE SEGUROS sobre el riesgo a correr por el Seguro solicitado.						
* Yo, EL TOMADOR doy fe que el dinero utilizado para el pago de la Prima de la Póliza a suscribir proviene de una fuente lícita y por lo tanto no guarda o tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos, productos de las actividades ilícitas o de los delitos de Legitimación de Capitales previstos en la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada.						
* Autorizo a las Empresas e Instituciones a suministrar a LA EMPRESA DE SEGUROS, todos los datos que posean antes o después del siniestro. Asimismo autorizo a LA EMPRESA DE SEGUROS, a recabar cualquier información relacionada con los riesgos y a verificar los datos de esta Solicitud de Seguro.						
Lugar: _____ Fecha: ____ / ____ / ____.						
Por el Tomador		Huella Pulgar del Tomador		Del Propuesto Asegurado Titular		Huella Pulgar del Propuesto Asegurado Titular
Firma: _____				Firma: _____		
TOMADOR				ASEGURADO TITULAR		
Yo, Intermediario del Seguro:						
Declaro que he leído todas las respuestas suministradas por EL TOMADOR y/o PROPUESTO ASEGURADO TITULAR y que la información dada de su identificación es íntegra.						
Intermediario (s):						
Apellido(s) y Nombres:		Código N°:		(%) Porc. de Participación:		Firma:
Estar Seguros, S.A. - RIF.: J 000075875 Centro Plaza, Torre D, 1ª Transversal de Los Palos Grandes - Apartado 68260, Caracas 1062-A, Venezuela www.estarseguros.com. - Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el N° 23 - Miembro de la "Cámara de Aseguradores de Venezuela".						
Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora según oficio N° 10344 de fecha 01/10/2012						