



**Solicitud de Póliza de Seguro de Salud  
Asistencia Médica Primaria de Salud Es Mi Consulta**

N° Solicitud \_\_\_\_\_  
Emisión   
Inclusión   
Exclusión

**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   
Profesión: \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Actividad Económica: (si es comerciante indique el ramo): \_\_\_\_\_ Ingreso Anual: \_\_\_\_\_  
Descripción de la Actividad Económica Independiente  Dependiente  Societaria   
Dirección de Habitación: \_\_\_\_\_  
Urbanización / Zona / Sector: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ N° Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección de Oficina: \_\_\_\_\_  
Urbanización / Zona / Sector: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ N° Teléfono: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ N° Teléfono Celular: \_\_\_\_\_  
Dirección de Cobro: \_\_\_\_\_  
Urbanización / Zona / Sector: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ N° Teléfono: \_\_\_\_\_  
¿Es usted una persona expuesta políticamente? Si  No   
En caso afirmativo debe completar la planilla "Persona Expuesta Políticamente"

**Tomador Persona Jurídica**

Denominación de la Razón Social: \_\_\_\_\_ R.I.F.: \_\_\_\_\_  
Siglas o Nombre Comercial: \_\_\_\_\_ Tipo de Persona: Privada  Pública   
Fecha Constitución: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Patrimonio: \_\_\_\_\_ N° Registro: \_\_\_\_\_ Tomo: \_\_\_\_\_  
Actividad Económica: Industrial  Comercial  Profesional  Otra  Especifique: \_\_\_\_\_  
Nombres y Apellidos Representante Legal o Persona Contacto: \_\_\_\_\_  
Cédula / Pasaporte: N°  V  E  R.I.F.: \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_  
Actividad Comercial: \_\_\_\_\_  
Dirección de Oficina: \_\_\_\_\_  
Urbanización / Zona / Sector: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ N° Teléfono: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ N° Teléfono Celular: \_\_\_\_\_  
Dirección de Cobro: \_\_\_\_\_  
Urbanización / Zona / Sector: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ N° Teléfono: \_\_\_\_\_  
¿Es usted una persona expuesta políticamente? Si  No   
Utilidad del Ejercicio Económico inmediatamente anterior:  
Patrimonio, según último estado de Ganancias y Pérdidas o Estado de Resultados  
En caso afirmativo debe completar la planilla "Persona Expuesta Políticamente"

**Propuesto Asegurado:**

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_  
Cédula / Pasaporte: N°  V  E  R.I.F.: \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo: F  M  Estado Civil: S  C  D  V  O   
Profesión: \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Actividad Económica: (si es comerciante indique el ramo): \_\_\_\_\_ Ingreso Anual: \_\_\_\_\_  
Descripción de la Actividad Económica Independiente  Dependiente  Societaria   
Dirección de Habitación: \_\_\_\_\_  
Urbanización / Zona / Sector: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ N° Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección de Oficina: \_\_\_\_\_  
Urbanización / Zona / Sector: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ N° Teléfono: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ N° Teléfono Celular: \_\_\_\_\_  
¿Es usted una persona expuesta políticamente? Si  No   
En caso afirmativo debe completar la planilla "Persona Expuesta Políticamente"

**Información General de la Póliza**

Vigencia: Desde: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (a las 12 h) Fecha de Suscripción: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Frecuencia de Pago: Anual  Semestral   
↻ Hasta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (a las 12 h) Fecha de Movimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Trimestral  Mensual   
Intermediario de La Actividad Aseguradora: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ Moneda: \_\_\_\_\_ Sucursal: \_\_\_\_\_

**Personas Asegurables ( Adicionales al Propuesto Asegurado Titular)**

Cod. Familiar	Apellidos y Nombre	Parentesco	Cédula de Identidad	Fecha de Nacimiento	Sexo	Ocupación	Peso	Estatura

**Coberturas**

BÁSICA:

Plan I  Plan II  Plan III

**Cuestionario de Hábitos**

¿Practica Ud. O alguno de las Personas Asegurables algún deporte? Si  No  En caso Afirmativo especifique quien y cual deporte:

¿Consumen(n) bebidas alcohólicas? Si  No  En caso Afirmativo especifique quien y que 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 quien y que 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 quien y detalle:

¿Es Ud. O alguna de las Personas Asegurables? Pasajero  Piloto o Tripulación  Aviación: Comercial  Civil  Militar

¿Ud. O alguna de las Personas Asegurables ha usado o usa drogas que formen hábitos? Si  No

En caso afirmativo indique quién: Tipo: Cantidad: Frecuencia: Razón de su uso:

**Declaración de Salud**

	SI	NO
<b>A su saber y entender, considera que Ud. y las Personas Asegurables gozan de buena salud?</b>		
En caso negativo, especifique quien y detalle:		
<b>Padece o ha padecido usted o alguna de las personas incluidas en esta Solicitud de Seguros de:</b>		
1) Tensión 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,		
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 cuyas repuestas haya sido afirmativa**

Nº Preg.	Causa o Diagnóstico	Fecha Comienzo	Duración	Exámenes o Tratamiento	Resultado	Nombre del Medico	Hospital o Clínica

¿En los próximos 10 meses piensa Ud. O alguna de la personas Asegurables viajar al exterior para recibir atención médica? Si  No

En caso afirmativo, indique quién, país y tipo de atención médica:

¿Ud. O alguna de la personas asegurables tiene prevista alguna intervención quirúrgica o tratamiento médico en los próximos 6 meses? En caso afirmativo, indique quién y tipo de atención médica: Si  No

¿Le han rechazado a Ud. O alguna de la personas asegurables, alguna vez como donante de sangre? Si  No

En caso afirmativo, indique quién y por qué:

**Alguna de la mujeres a incluir:**

¿Esta embarazada? Si  No  En caso afirmativo indique quien y cuantos meses de embarazo:

¿Tiene hijos? Si  No  En caso afirmativo indique quien y cuantos:

¿Cuántos partos ha tenido? Si  No  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				

**Beneficiarios en caso de Muerte del Asegurado**

Apellidos y Nombre	Parentesco con la Asegurada	Cédula de Identidad	Fecha de Nacimiento	Sexo	% Participac.	Teléfono Contacto

**Si posee otro(s) contrato(s) con cobertura similares a las otorgada por este seguro, responda las siguientes preguntas**

Aseguradora	Nº Contrato	Tipo de Póliza / Ramo	Vigencia	
			Desde: / /	Hasta: / /
			Desde: / /	Hasta: / /

**Declaración de Origen de Fondos**

I. Yo, \_\_\_\_\_, portador de la cédula de identidad N° \_\_\_\_\_ en mi carácter de TOMADOR, doy fe de que el dinero utilizado para el pago de la prima, proviene de una fuente lícita y su origen no guarda relación alguna con capitales, bienes, haberes, valores, títulos u operaciones, producto de actividades ilícitas o que provenga de los delitos de Delincuencia Organizada u otras conductas tipificadas en la legislación venezolana.

<b>Firmas</b>	Por el Tomador	<b>Huella</b>	Pulgar derecho o en su defecto pulgar izquierdo
	Fecha: ____ / ____ / ____		_____

**Declaración de Fe**

Yo, el Propuesto Asegurado Titular, portador de la cédula de identidad N° \_\_\_\_\_, 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. 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 antes 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.

IV. 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.

<b>Firmas</b>	Propuesto Asegurado / Solicitante	<b>Huella</b>	Pulgar del Propuesto Asegurado / Solicitante
	Fecha: ____ / ____ / ____		Fecha: ____ / ____ / ____
Intermediario de la Actividad Aseguradora:			
Fecha: ____ / ____ / ____			
<small>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 mediante Providencia Nro. SAA-09-0152-2025 de fecha 27/02/2025</small>			