



¿Alguno de los beneficiarios está expuesto (a) políticamente? Si No  
 En caso de ser afirmativo, indique el beneficiario y completar la planilla "Persona Expuesta Políticamente"

**Declaración de Salud**

<b>Usted y/o las personas a Asegurar:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
¿Se encuentra(n) actualmente en buen estado de salud? En caso negativo, especifique quien y detalle:		
¿Ha(n) variado de peso en los últimos 15 años? En caso afirmativo, Explique:		
Se ha(n) practicado algún chequeo preventivo o de rutina o consulta médica por enfermedad, cirugía o accidente en los últimos cinco (5) años? En caso afirmativo, Causas:		
¿Ha(n) tenido accidente(s), herida(s) o fractura(s)? (Fecha y Tratamiento) Detalle:		
¿Ha(n) recibido transfusión(es) de sangre en los últimos cinco (5) años? Detalle:		
¿Alguna de las personas a asegurar práctica algún deporte, hobbie o pasatiempo? En caso afirmativo, Detalle ¿Quién y Cuál?		
¿Consume(n) bebidas alcohólicas? En caso afirmativo, Indique ¿Quién y Qué cantidad semanal?		
¿Mantiene(n) el hábito de fumar? En caso afirmativo, Indique ¿Quién, Qué cantidad diaria y desde que edad?		
¿Se ha contagiado de SARS-19 (COVID)? ¿Estuvo hospitalizado? En caso afirmativo, Indique: Quién, fecha de contagio, lugar de hospitalización:		
¿En los próximos 10 meses piensa Ud. O alguna de las personas Asegurables viajar al exterior para recibir atención médica? En caso afirmativo, indique quién, país y tipo de atención médica:		
¿Ud. O alguna de las 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:		
<b>Alguna de la mujeres a incluir:</b>		
¿Esta embarazada? En caso afirmativo indique quien y cuantos meses de embarazo:		
¿Tiene hijos? En caso afirmativo indique quien y cuantos:		
¿Cuántos partos ha tenido? Indique quién y Fecha último parto:		
¿Le han practicado cesárea? En caso afirmativo indique quién, cuántas veces y cuándo:		
<b>Padece o ha padecido usted o alguna de las personas incluidas en esta Solicitud de Seguros de:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. Enfermedades de la piel, enzema, 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		
3. Enfermedades Cardiovasculares: Tension Alta, tension Baja, infarto, angina de pecho, arritmia cardiaca, aneurisma, palpitaciones, taquicardia, 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, diarrea aguda		
5. Enfermedades Venéreas, Contagiosas o Infecciosas: Paludismo, mononucleosis, meningitis, amibiasis, hepatitis A, hepatitis B, hepatitis C, 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, cálculo, próstata, uretra, riñones, varicocele, hidrocele, incontinencia urinaria, piedras renales y vesical (litisias), enfermedad de los órganos reproductores masculinos: Hipospadias, testículos no descendidos (criptorquidismo), torsión de un testículo, hernias inguinales, cancer		
8. Enfermedades del Sistema Endocrino: Diabetes, obesidad, bocio, hipófisis, tiroides (Hipotiroidismo o hipertiroidismo)		
9. Enfermedades Osteomusculares: Ciática (lumbalgia), lupus eritematoso sistémico (LES) gota, hernias discales desviación de la columna, reumatismo (artritis Idiopática Juvenil. Artrosis. Artritis Psoriásica), 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 alzheimer, retardo mental, psicosis, polineuritis, neurosis, crisis nerviosa, colapso mental, dolor de cabeza persistente (cefalea), migraña, hemorragias cerebrales, accidente cerebro vascular		

11. Enfermedades de la Sangre: Anemia, desórdenes eosinofílicos, hemochromatosis, hemofilia, hemorragia, incompatibilidad Rh, leucemia, ganglios linfáticos, enfermedades del Sistema linfocitario (linfoma Hodgkin y no Hodgkin)							
12. Enfermedades 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							
14. Otras Enfermedades							
Si alguna de las preguntas anteriores fue contestada afirmativamente, por favor indique: nombre de la persona, 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							
Nombre y Apellido	Diagnostico	Fecha Inicio	Duración del Tratamiento	Medico Tratante	Clinica	Estado de Salud Actual	
¿Mantiene usted o alguna de las personas que conforman el grupo por asegurar, en esta o en otra Empresa de Seguros, un seguro de Gastos Funerarios?							
Nro Aseg	Compañía	Nro. Póliza	Suma Asegurada	Deducible	Vigente	Anulada	Causa de Anulación
¿Ha hecho alguna reclamación contra alguna Compañía de Seguros? <span style="float: right;">Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></span>							
En caso afirmativo, complete la siguiente información:							
Indique Fechas	Causas	Monto	Compañía Aseguradora				
<b>Coberturas Básica</b>							
Cobertura	Sumas Aseguradas	Deducible					
Plan Básico							
<b>Coberturas Opcionales</b> ***Estas coberturas no son obligatorias***							
Cobertura	Sumas Aseguradas	Deducible					
Maternidad							
Servicios Funerarios							
Servicio Odontológico							
Servicio Oftalmológico							
Servicio Asistencia Médica Domiciliaria							
<b>Antecedentes Familiares</b>							
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

**Declaración de Origen de Fondos**

I. 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.

<b>Firmas</b>	Por el Tomador	<b>Huella</b>	Pulgar derecho o en su defecto pulgar izquierdo
	Fecha:    /    /		<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 60px;"></div>

**Declaración de Fe**

Yo, el 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.

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	<b>Huella</b>	El Representante Legal (en caso que lo amerite)
	Fecha:    /    /		Fecha:    /    /

Intermediario de Seguro: \_\_\_\_\_

Fecha:    /    /