

**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.: \_\_\_\_\_ N° N.I.T.: \_\_\_\_\_  
 Nombre Comercial: \_\_\_\_\_ Razón Social: \_\_\_\_\_  
 Descripción de la Actividad Económica o Comercial: \_\_\_\_\_  
 Patrimonio (Bs.F.):  
 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 Propuesto Asegurado

Complete si el **Propuesto 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: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

## Información del Riesgo

Conductor Habitual del Vehículo:  Propietario  Cónyuge  Hijo  Chofer  Otro: \_\_\_\_\_

Complete si el **Conductor del Vehículo a Asegurar**, es diferente al Propuesto Asegurado:

Datos Personales

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_  
 Cédula de Identidad  V  E N°: \_\_\_\_\_ Pasaporte N°: \_\_\_\_\_  
 Estado Civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Concubino  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  F  M  
 Profesión u Oficio: \_\_\_\_\_ Grado Licencia: \_\_\_\_\_

Datos del Vehículo

Placa: \_\_\_\_\_ Marca: \_\_\_\_\_  
 Modelo: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_  
 Serial Carrocería: \_\_\_\_\_  
 Serial Motor: \_\_\_\_\_  
 Color: \_\_\_\_\_ N° de Pasajeros: \_\_\_\_\_  
 N° de Cilindros: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Kgs. Capacidad de Carga: \_\_\_\_\_ Tm.  
 Tipo de Carga: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Adquisición: \_\_\_\_\_ N° de Título de Propiedad: \_\_\_\_\_

Uso del Vehículo

Tipo de Uso:  Particular  Carga  Moto  Otro: \_\_\_\_\_  
 Frecuencia de Uso:  Diario  Interdiario  Eventual  Otra: \_\_\_\_\_  
 Localidad de Uso Habitual del Vehículo (Edo./Ciudad): \_\_\_\_\_  
 Dispositivos de Seguridad:  Tranca Pedales  Tranca Palanca  Alarma  
 Corta Corriente  Ninguno  Otro: \_\_\_\_\_

## Coberturas Solicitadas

Marque con (x) las **Coberturas** que requiere e indique las **Sumas Aseguradas**:

<b>Seguro de Casco</b>			Suma Asegurada
	<input type="checkbox"/>	Amplia y Motín .....	Bs.F. _____
	<input type="checkbox"/>	Pérdida Total y Motín .....	Bs.F. _____
	Para la cobertura Amplia y Motín, indique el Tipo de Deducible:		
	<input type="checkbox"/>	Monto: Bs.F. _____	<input type="checkbox"/>
	Situación Catastrófica .....		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Indemnización Diaria por Pérdida Total .....		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Requiere contratar los servicios de Asistencia Vial .....		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Adicionales</b>	Accesorios	Suma Asegurada	<input type="checkbox"/> Equalizador .....
	<input type="checkbox"/> Radio .....		<input type="checkbox"/> Radio Reproductor..
	<input type="checkbox"/> Radio – CD .....		<input type="checkbox"/> Tazas.....
	<input type="checkbox"/> Rockola, N° CD: _____		<input type="checkbox"/> Amplificador.....
	<input type="checkbox"/> Aire Acondicionado		<input type="checkbox"/> DVD.....
	<input type="checkbox"/> Rines Especiales ....		Otros Accesorios
	<input type="checkbox"/> Cornetas .....		

<b>Opcionales</b>			Suma Asegurada
	<input type="checkbox"/>	Responsabilidad Civil Básica (Daños a Cosas y Daños a Personas)	Bs.F. _____
	<input type="checkbox"/>	Responsabilidad Civil Exceso de Límite.....	Bs.F. _____
	<input type="checkbox"/>	Asistencia Legal y Defensa Penal.....	
	<input type="checkbox"/>	Accidentes Personales para Ocupantes de Vehículos	
	N° de Ocupantes	Cobertura	Suma Asegurada
	Conductor.....	<input type="checkbox"/> Muerte e Invalidez .....	Bs.F. _____ c/u
	Ayudantes.....	<input type="checkbox"/> Gastos Médicos .....	Bs.F. _____ c/u
	Pasajeros.....	<input type="checkbox"/> Gastos de Entierro .....	Bs.F. _____ c/u

Yo, el Tomador y/o Propuesto Asegurado, **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 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 formalmente a Estar Seguros, S.A., a que envíe vía mensaje de texto (SMS), información sobre el estado de mis pólizas, siniestros y demás informaciones

Yo, El Tomador doy fe que 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.

Tomador del Seguro:	Propuesto Asegurado:	Intermediario de Seguros:
Fecha: _____	Fecha: _____	Código: _____
		Fecha: _____