



RIF: J-00007587-5

Solicitud de Seguro Combinado Residencial Persona Natural

Tomador del Seguro

a) Datos de Identificación del Tomador del Seguro

Apellidos: _____ Nombres: _____

Cédula de Identidad: Venezolano Extranjero N°: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ años Sexo: Femenino Masculino

País y Ciudad de Nacimiento: _____

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Concubino

b) Información sobre su Habitación

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Zona Postal: _____ Teléfono: _____

Teléfono Celular: _____

Correo Electrónico: _____

c) Información Laboral

Nombre de la Empresa donde trabaja: _____

Actividad Económica: _____ Fecha de Ingreso: _____

Profesión u Oficio: _____ Ocupación: _____

Cargo que desempeña: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Zona Postal: _____ Teléfono: _____

d) Información de Ingresos y Egresos

Ingreso Familiar Mensual Bs. : _____

Número de personas que dependen económicamente de Usted: _____

Posee Vehículo Propio: Sí No

Posee Vivienda Propia: Sí No

e) Información para el cobro de la prima

Dirección de Cobro: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Zona Postal: _____ Teléfono: _____

Información del Riesgo

Referente a la **Vivienda a Asegurar**, por favor responda las siguientes preguntas:

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Teléfono: _____

Indique los Linderos de la Vivienda:

Norte: _____

Sur: _____

Este: _____

Oeste: _____

Referente a la **Características de la Vivienda**, conteste las siguientes preguntas y por favor marque con equis (X) en el recuadro que corresponda:

Tipo de Construcción

- a) ¿La estructura de su vivienda está construida con ladrillo, piedra o concreto? Sí No
En caso negativo, describa los materiales: _____
- b) ¿El techo de su vivienda es de platabanda, losa de cemento o teja?..... Sí No
En caso negativo, describa los materiales: _____
- c) ¿Las paredes de su vivienda están construidas con ladrillo, piedra o cemento? Sí No
En caso negativo, describa los materiales: _____

Sistemas de Protección

- d) ¿Está protegida su vivienda con alarma contra robo? Sí No
- e) ¿Cuenta su vivienda con vigilancia privada? Sí No
- f) ¿Las puertas son de seguridad? Sí No
- g) ¿Están protegidas sus puertas con rejas de seguridad? Sí No
- h) ¿Están protegidas sus ventanas con rejas fijas? Sí No

Información Complementaria

- i) ¿La vivienda es de uso vacacional? Sí No
- j) ¿Está habitada la vivienda sólo por usted y su familia? Sí No
En caso negativo, dé detalles: _____

- k) ¿Existe alguna persona alquilada en su hogar? Sí No
 En caso afirmativo, especifique: _____
- l) ¿Deja la vivienda deshabitada durante algún período en el año? Sí No
 En caso afirmativo, especifique: _____
- m) ¿La vivienda es utilizada para alguna actividad comercial? Sí No
 En caso afirmativo, especifique: _____
- n) ¿La vivienda está en buenas condiciones de habitabilidad? Sí No
 En caso negativo, especifique: _____

Referente al **Seguro a Contratar** por favor marque con equis (X) su respuesta a las siguientes preguntas:

- a) Indique sí para el Seguro de Cobertura Múltiple Personal, alguna Compañía de Seguros ha:
- Rechazado cualquier propuesta suya Cancelado
 Denegado la continuación de cualquier Seguro Impuesto condiciones especiales para emitir la póliza
- En caso afirmativo, dé detalles: _____

- b) ¿Mantiene algún otro Seguro de Cobertura Múltiple Personal vigente con ésta u otra Compañía de Seguros? Sí No
- En caso afirmativo, complete la siguiente información:

Compañía Aseguradora	Número de Póliza	Vigencia	Sumas Aseguradas

- c) Usted o alguna persona que resida con usted, ¿Ha tenido alguna pérdida en los últimos tres (3) años, por alguno de los riesgos que desea asegurar? Sí No
- En caso afirmativo, dé detalles: _____

- d) ¿Ha hecho alguna reclamación contra alguna Compañía de Seguros? Sí No
- En caso afirmativo, complete la siguiente información:

Indique fechas	Causa	Monto	Compañía Aseguradora

- e) Período del Seguro, desde: _____ a las 12 m. hasta: _____ a las 12 m.

Forma 461032 (12-2008)

Coberturas Solicitadas

Referente a las **Sumas Aseguradas** de las coberturas que usted solicite, por favor marque con equis (X) el tipo de moneda en que será solicitado el seguro: Bolívares Dólares

Secciones Edificaciones y Contenido

a) En las coberturas que usted solicite, por favor indique las **Sumas Aseguradas** en el espacio que corresponda:

Coberturas Básicas	Edificaciones	Contenido
Edificaciones.....		
Valores a Riesgo.....		
Contenido.....		
Coberturas Opcionales	Edificaciones	Contenido
Inundación.....		
Terremoto o Temblor de tierra...		
Valores a Riesgo.....		
Daños causados por agua.....		
Vidrios.....		
Pérdida de Renta.....		

b) Para las **Coberturas de Edificaciones o Contenido**, por favor indique el **Límite de Responsabilidad** en:

Pérdida de remuneración, hasta un máximo de cincuenta (50)
 Unidades Tributarias..... _____

Otros gastos adicionales, hasta un máximo de veinticinco (25)
 Unidades Tributarias..... _____

c) En caso de solicitar la **Cobertura de Contenido**, por favor describa los **objetos de alto riesgo en predios**, que estarán amparados bajo dicha cobertura, cuyo valor sea mayor a doscientas cincuenta (250) Unidades Tributarias, detallados en el grupo A y B de las siguientes definiciones:

Objetos de Alto Riesgo en Predios: Son aquellos bienes que tienen cobertura mientras se encuentran dentro de la vivienda y sus predios, se clasifican en:

Grupo A: Equipos electrónicos no portátiles (televisores, equipos de video, equipos de sonido, computadoras) y aire acondicionado.

Grupo B: Artículos valiosos obras de arte de cualquier tipo, alfombras, tapetes, cristalería, vajillas, objetos coleccionables no corrientes con un valor excepcional por su antigüedad o procedencia.

Objetos de arte confeccionados con metales preciosos (oro, plata, platino y similares) destinados a uso doméstico (cubiertos, juegos de té, vajillas y adornos).

Nº	Objeto	Marca	Modelo	Serial Nº	Suma Asegurada
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Sección Robo al Contenido

Marque con equis (X) en las coberturas solicitadas: Básica Robo o Hurto Opcional Asalto o Atraco

Sección Todo Riesgo Mundial

a) En caso de solicitar la **Cobertura de Efectos Personales**, por favor indique la **Suma Asegurada** en el siguiente espacio _____ y describa los **objetos de alto riesgo en tránsito**, que estarán amparados bajo dicha cobertura, declare los objetos del grupo C cuyo valor sean mayor a doscientas cincuenta (250) Unidades Tributarias y los del grupo D independientemente de su valor, según las siguientes definiciones:

Objetos de Alto Riesgo en Tránsito: Son aquellos bienes que están amparados mientras se encuentran dentro y fuera de la vivienda y sus predios, cuando se contrate la cobertura de la Sección Todo Riesgo Mundial de ésta póliza, se clasifican en:

Grupo C: Equipos electrónicos portátiles (computadoras, cámaras fotográficas, filmadoras), instrumentos musicales, binoculares, telescopios, microscopios y artículos deportivos.

Grupo D: Joyas y pieles.

Nº	Objeto	Marca	Modelo	Serial Nº	Suma Asegurada
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

b) Por favor complete los siguientes datos, en caso que usted solicite asegurar las **tarjetas de crédito** de su pertenencia, recuerde que el Límite de Responsabilidad por tarjeta será hasta un máximo de trescientos cincuenta (350) Unidades Tributarias y combinado será hasta un máximo de un mil quinientas (1.500) Unidades Tributarias:

Nº	Tarjeta de Crédito Nº	Límite otorgado por la Entidad Bancaria Emisora
1		
2		
3		

Sección Bienes Refrigerados

Para está cobertura por favor indique la Suma Asegurada

Sección Accidentes Personales

a) Por favor, indique el **Límite de Responsabilidad** por cada persona a asegurar en cada una de las coberturas solicitadas:

Cobertura Básica

Muerte Accidental, Incapacidad Total y Permanente y Pérdida de Extremidades, Audición y Vista.....

Coberturas Opcionales

Incapacidad Total Temporal (por semana)
 Gastos Médicos y Gastos por Fallecimiento, hasta un máximo del 20% del límite de responsabilidad de la cobertura básica

b) Por favor indique los **Beneficiarios del Titular** en caso de muerte accidental:

Nº	Apellidos, Nombres	Cédula de Identidad Nº	Parentesco	Porcentaje de Distribución del Límite
1				%
2				%
3				%
4				%

c) Si algún integrante de su grupo familiar que reside permanentemente en la vivienda a asegurar o el personal doméstico, desea gozar de la **Cobertura de Accidentes Personales**, le agradecemos completar los siguientes datos:

Solicitante Adicional Nº 1	Apellidos: _____	
	Nombres: _____	
	C.I. : <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E Nº: _____ Fecha de Nacimiento: _____	
	Parentesco con el Titular: _____	
	Cobertura solicitada durante: <input type="checkbox"/> Horas Laborables <input type="checkbox"/> 24 Horas	
		Firma

Beneficiarios del Solicitante Adicional N° 1	N°	Apellidos, Nombres	Cédula de Identidad N°	Parentesco	Porcentaje de Distribución del Límite
	1				%
	2				%
	3				%
	4				%

Solicitante Adicional N° 2	Apellidos: _____
	Nombres: _____
	C.I. : <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E N°: _____ Fecha de Nacimiento: _____
	Parentesco con el Titular: _____
	Cobertura solicitada durante: <input type="checkbox"/> Horas Laborables <input type="checkbox"/> 24 Horas
	Firma

Beneficiarios del Solicitante Adicional N° 2	N°	Apellidos, Nombres	Cédula de Identidad N°	Parentesco	Porcentaje de Distribución del Límite
	1				%
	2				%
	3				%
	4				%

Solicitante Adicional N° 3	Apellidos: _____
	Nombres: _____
	C.I. : <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E N°: _____ Fecha de Nacimiento: _____
	Parentesco con el Titular: _____
	Cobertura solicitada durante: <input type="checkbox"/> Horas Laborables <input type="checkbox"/> 24 Horas
	Firma

Beneficiarios del Solicitante Adicional N° 3	N°	Apellidos, Nombres	Cédula de Identidad N°	Parentesco	Porcentaje de Distribución del Límite
	1				%
	2				%
	3				%
	4				%

Solicitante Adicional N° 4	Apellidos: _____
	Nombres: _____
	C.I. : <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E N°: _____ Fecha de Nacimiento: _____
	Parentesco con el Titular: _____
	Cobertura solicitada durante: <input type="checkbox"/> Horas Laborables <input type="checkbox"/> 24 Horas
	Firma

Beneficiarios del Solicitante Adicional N° 4	N°	Apellidos, Nombres	Cédula de Identidad N°	Parentesco	Porcentaje de Distribución del Límite
	1				%
	2				%
	3				%
	4				%

Sección Responsabilidad Civil

Para esta cobertura por favor indique el **Límite de Responsabilidad**, hasta un máximo del 20% de la suma asegurada de las Secciones de Edificación y Contenido, la que sea mayor: _____

Asistencia en el Hogar

¿Desea usted contratar los servicios de urgencia tales como: plomería, electricidad, cerrajería, vidrios y seguridad? Sí No

Yo, el Tomador, **DECLARO**:

- I. Que he leído cuidadosa y totalmente, una a una todas las preguntas consignadas en esta solicitud y que ellas son verdaderas, amplias, completas y exactas.
- II. Que no he omitido, ocultado, ni disimulado, ningún hecho ni circunstancia en dichas contestaciones que puedan modificar la opinión de La Empresa de Seguros sobre el riesgo a correr por el seguro solicitado.
- III. Que esta Solicitud de Seguro es la base para apreciar el riesgo y fijar la prima del seguro correspondiente, formando parte integrante del contrato y que cesa la responsabilidad de La Empresa de Seguros siendo nulo dicho contrato en caso de fraude o declaración falsa o reticencia por mi parte.

DOY FE que toda la información que suministro a la empresa **Estar Seguros, S.A.**, es verdadera, autorizando a esta empresa o a quién competa, realizar las operaciones que sean necesarias a fin de constatar el origen del dinero utilizado para el pago de las primas. De acuerdo con lo previsto en la Ley Orgánica sobre Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (LOSEP) y a fin de dar cumplimiento a lo establecido en la Providencia N° 946 de la Superintendencia de Seguros publicada en Gaceta Oficial N° 5.683 del 22 de diciembre de 2003, contenida en las normas que exigen el cumplimiento de un conjunto de obligaciones de parte de las personas naturales y jurídicas para prevenir la legitimación de capitales en el mercado asegurador venezolano.

Firmado en: _____

a los _____ del mes de _____ de 20_____

Firma del Tomador del Seguro

Intermediario de Seguro: _____

Código N°: _____

Nombre y Apellido del Representante: _____

Firmado en: _____

a los _____ del mes de _____ de 20_____

Firma del Intermediario de Seguros