Estar Seguros
Rif J-00007587-5

SOLICITUD DE SEGURO

PÓLIZA DE SEGURO DE EQUIPOS ELECTRÓNICOS

Sede Principal en Centro Plaza Torre "D", 1ra. Transversal, Los Palos Grandes, Caracas

Estar Seguros, S.A

Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el No. 23 R.I.F.J-00007587-5

En base a la información suministrada a continuación, LA EMPRESA DE SEGUROS debe decidir si acepta o no el riesgo, debido a esto agradecemos llenar la solicitud en todas sus partes con letra legible o de imprenta.

DATOS DEL TOMADOR

Persona Natural

Apellidos: | Nombres:

Cédula de Identidad: V ☐ E ☐ | Pasaporte No.: | Fecha Nacimiento: | Edad: | Sexo: F ☐ M ☐

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 60.0001 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: | Pais:

Estado: | Ciudad: | Nro. Teléfono:

Dirección e-mail: | Nro. Celular:

Dirección de Oficina:

Urbanización/Zona/ Sector: | Pais:

Estado: | Ciudad: | Nro. Teléfono:

Dirección e-mail:

Persona Jurídica

Tipo de Persona: Jurídica Gubernamental | R.I.F:

Nombre Comercial: | Razón Social:

Descripción de la Actividad Económica o Comercial:

Patrimonio Bs.F: Hasta 50.000 ☐ Entre 50.001 y 500.000 ☐ Entre 50.001 y 2.000.000 ☐ Entre 2.000.0001 y 10.000.000 ☐ Entre 10.000.001 y 50.000.000 ☐ Más de 50.000.000 ☐

Dirección del Domicilio Fiscal:

Urbanización/Zona/ Sector: | Pais:

Estado: | Ciudad: | Nro. Teléfono:

Dirección e-mail:

Registro Mercantil: | Circunscripción Judicial:

Fecha: | Número: | Tomo:

Apellidos, Nombres del Representante Legal:

Cédula de Identidad: V ☐ E ☐ | Pasaporte No.: | Cargo que desempeña: | Nro. Teléfono:

Dirección de Habitación:

Dirección de Oficina: | Nro. Teléfono:

Oficio u Ocupación: | Independiente ☐ Empleado ☐ Socio ☐

Descripción de la Actividad Económica, Comercial o Profesional:

Ingreso Anual Bs.F: Hasta 10.000 ☐ Entre 10.001 y 30.000 ☐ Entre 30.001 y 60.000 ☐ Entre 60.0001 y 90.000 ☐ Entre 90.001 y 150.000 ☐ Más de 150.000 ☐

DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO (De ser diferente al TOMADOR)

Apellidos: | Nombres:

Cédula de Identidad: V ☐ E ☐ | Pasaporte No.: | Fecha Nacimiento: | Edad: | Sexo: F ☐ M ☐

Persona Natural

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 60.0001 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: | Pais:

Estado: | Ciudad: | Nro. Teléfono:

Dirección e-mail: | Nro. Celular:

Dirección de Oficina:

Urbanización/Zona/ Sector: | Pais:

Estado: | Ciudad: | Nro. Teléfono:

Dirección e-mail:

Persona Jurídica

Tipo de Persona: Jurídica ☐ Gubernamental ☐ | R.I.F:

Nombre Comercial: | Razón Social:

Descripción de la Actividad Económica o Comercial:

Patrimonio Bs.F: Hasta 50.000 ☐ Entre 50.001 y 500.000 ☐ Entre 50.001 y 2.000.000 ☐
Entre 2.000.0001 y 10.000.000 ☐ Entre 10.000.001 y 50.000.000 ☐ Más de 50.000.000 ☐

Dirección del Domicilio Fiscal:

Urbanización/Zona/ Sector: | Pais:

Estado: | Ciudad: | Nro. Teléfono:

Dirección e-mail:

Registro Mercantil: | Circunscripción Judicial:

Fecha: | Número: | Tomo:

Apellidos, Nombres del Representante Legal:

Cédula de Identidad: V ☐ E ☐ | Pasaporte No.: | Cargo que desempeña: | Nro. Teléfono:

Dirección de Habitación:

Dirección de Oficina: | Nro. Teléfono:

Oficio u Ocupación: | Independiente ☐ Empleado ☐ Socio ☐

Descripción de la Actividad Económica, Comercial o Profesional:

Ingreso Anual Bs.F: Hasta 10.000 ☐ Entre 10.001 y 30.000 ☐ Entre 30.001 y 60.000 ☐
Entre 60.0001 y 90.000 ☐ Entre 90.001 y 150.000 ☐ Más de 150.000 ☐

DIRECCIÓN DE COBRO

Habitación/ Domicilio Fiscal ☐ Oficina ☐

DATOS DE LOS BIENES A ASEGURAR

Ubicación de los Bienes: | Edificio / Casa: | Apto./Oficina: | Piso:

Avenida: | Calle/Transversal/Vereda:

Urbanización: | Ciudad: | Parroquia:

Municipio: | Estado: | Cod. Postal:

Teléfono: Cod. Area ( ) | Fax: Cod. Area ( ) | E-Mail:

DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES

Tipo de Equipo	Marca /Fabricante	Modelo	Nro. Serial	Año	Valor de Reposición
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

COBERTURAS SOLICITADAS	DEDUCIBLE	SUMA ASEGURADA
Cobertura Básica		
Daños Accidentales		
Gastos de Remoción de Escombros y Limpieza		**5% de la Cobertura Básica**
Flete		**5% de la Cobertura Básica**
Coberturas Opcionales		
Hurto		
Gastos Adicionales Período de Indemnización:	(Dias)	
Portadores Externos de Datos		
Flete Expreso, Horas Extras, Trabajo Nocturno y Trabajo en Dias Festivos		

OTROS SEGUROS SOBRE LOS MISMOS RIESGOS

Pólizas Vigentes:

NRO. PÓLIZA	NOMBRE DE LA EMPRESA	FECHA DE VENCIMIENTO dd / mm / aaaa

Siniestros:

FECHA DE OCURRENCIA dd / mm / aaaa	CAUSA DEL SINIESTRO	MONTO RECLAMADO _ _

DECLARACIONES y AUTORIZACIONES

Yo TOMADOR y/o PROPUESTO ASEGURADO:

* Declaro que he leído cuidadosamente y totalmente, una a una, todas las preguntas y respuestas consignadas en 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 y Financiamiento al Terrorismo.

*Autorizo a las Empresas o Instituciones, para 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.

de Seguro.

Lugar: _____ Fecha: ____ / ____ / _____.
dd / mm / aaaa

Huella Dactilar Pulgar Derecho o

Huella Dactilar Pulgar Derecho o

Firmas: _____ _____

El TOMADOR **PROPUESTO ASEGURADO**

Yo, Intermediario del Seguro:

*Declaro que he leído todas las respuestas suministradas por EL TOMADOR y/o PROPUESTO ASEGURADO y que la información dada de su identificación es íntegra.

Intermediario(s) de Seguros:

Apellido(s) y Nombres:	Código Nº:	(%) Porc. de Participación:	Firma:

Para la suscripción de la Póliza se debe anexar a esta Solicitud de Seguro: Fotocopia de los documentos de identificación del TOMADOR, PROPUESTO ASEGURADO y Representante del TOMADOR (C.I.;R.I.F;Pasaporte) y Fotocopia de los documentos de Registro Mercantil .

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora según oficio Nº 19886 de fecha 06/03/2013