

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.: _____
 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 <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E N°: _____ | | Pasaporte N°: _____ | |
| Fecha de Nacimiento: _____ | | Edad: _____ | Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |
| País y Ciudad de Nacimiento: _____ | | | |
| Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Concubino | | | |
| Profesión u Oficio: _____ | | | |
| Nombre de la Empresa donde Labora: _____ | | | |
| Cargo que Desempeña: _____ | | Experiencia Laboral: _____ | |
| Ingreso Anual (Bs.F): | | | |
| <input type="checkbox"/> Hasta 10.000 | <input type="checkbox"/> Entre 10.001 y 30.000 | | |
| <input type="checkbox"/> Entre 30.001 y 60.000 | <input type="checkbox"/> Entre 60.001 y 90.000 | | |
| <input type="checkbox"/> Entre 90.001 y 150.000 | <input type="checkbox"/> Más de 150.000 | | |
| Condición de la Vivienda: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> 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

Datos de la Embarcación

| | | | |
|--|--------------------------------|-----------------------------|--------------------|
| Nombre actual: _____ | | Matrícula N°: _____ | |
| Tipo de Nave: _____ | | Marca: _____ | |
| Modelo: _____ | | Fecha de adquisición: _____ | |
| Lugar de Construcción: _____ | | Año: _____ | |
| Lugar de la última reconstrucción: _____ | | Año: _____ | |
| N° de Tripulantes: _____ | Aguas en las que navega: _____ | | |
| Bandera: _____ | Límites de Navegación: _____ | | |
| Material del Casco: _____ | | Puerto Base: _____ | |
| Dimensiones: Eslora (Largo): _____ | | Manga: _____ | Profundidad: _____ |
| Marca de los Motores: _____ | | Fuerza: _____ | |
| Combustible: _____ | Tonelaje Bruto: _____ | Tonelaje Neto: _____ | |

Datos del Capitán

| | | | |
|--------------------------------|--|------------------------------------|--|
| Apellidos: _____ | | Nombres: _____ | |
| Dirección de Habitación: _____ | | | |
| Teléfono: _____ | | Nacionalidad: _____ | |
| Licencia N°: _____ | | Lugar y Fecha de Expedición: _____ | |

Si la Embarcación tiene más de dos (2) años, indique con antelación, el tiempo estimado de varada (en dique seco): _____

Coberturas Solicitadas

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

| | | Suma Asegurada |
|--------|--------------------------------------|----------------|
| Básica | <input type="checkbox"/> Casco | _____ |

Requiere ampliar la cobertura contra accidentes que provengan de cualquiera de los siguientes riesgos y mediante el pago de una prima adicional..... Sí No

En caso afirmativo, seleccione con una equis (X) la alternativa que corresponda:

| | | Suma Asegurada |
|--|---|----------------|
| Adicionales | <input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Ante Terceros (R.C.T)..... | Bs. F _____ |
| | <input type="checkbox"/> Muerte Accidental..... | Bs. F _____ |
| | <input type="checkbox"/> Incapacidad Total y Permanente y Pérdida de Extremidades | Bs. F _____ |
| | <input type="checkbox"/> Gastos Médicos y por Fallecimiento..... | Bs. F _____ |
| | <input type="checkbox"/> Exceso de Velocidad..... | Bs. F _____ |
| | <input type="checkbox"/> Efectos Personales..... | Bs. F _____ |
| | <input type="checkbox"/> Riesgos de Competencia o Regatas..... | Bs. F _____ |
| | <input type="checkbox"/> Motín o Conmoción Civil..... | Bs. F _____ |
| | <input type="checkbox"/> Remolque..... | Bs. F _____ |
| | <input type="checkbox"/> Responsabilidad frente Esquiadores Acuáticos..... | Bs. F _____ |
| <input type="checkbox"/> Riesgo en Tránsito..... | Bs. F _____ | |

1) En caso del Capitán, complete la siguiente información adicional:

Años de experiencia del Capitán: _____

¿Existen embarcaciones de este tipo, en el área donde piensa navegar?..... Sí No

Detalle: _____

¿Ha ocurrido algún siniestro durante los últimos cinco (5) años, en otras Embarcaciones?..... Sí No

Detalle: _____

2) En caso del Propuesto Asegurado, complete la siguiente información adicional:

¿Permitirá usar la embarcación a otras personas en su ausencia?..... Sí No

Detalle: _____

Otra Compañía de Seguros, le ha rechazado lo siguiente:

Póliza Nueva Renovación de póliza Aumento de la prima Condiciones Especiales

Detalle: _____

¿Mantiene otras pólizas vigentes con esta u otra Compañía de Seguros?..... Sí No

En caso afirmativo, Indique:

Nombre de la Compañía de Seguros: _____

Fecha de Vencimiento de la Póliza: _____

En caso de modificación de la póliza vigente en esta Compañía, complete la siguiente información:

Fecha de Vigencia: Desde: _____ Hasta: _____

Número de Póliza: _____

Tipo de Moneda: Bolívares USD Dólares Otra: _____

Oficina Principal Sucursal: _____ Agencia: _____

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.

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.

Autorizo a Estar Seguros, S. A. a pedir cualquier información relacionada con mi estado de salud o del grupo solicitante que represento, a todos los médicos, hospitales, clínicas o instituciones que me o nos hayan atendido, asistido o tratado, así como a otras compañías de seguros que puedan ofrecer información sobre mi persona, relevándolos a todos ellos de guardar el secreto profesional y de toda responsabilidad que pudiera derivarse de tales informaciones. Asimismo, autorizo a los médicos o institución hospitalaria, a proporcionar a LA COMPAÑÍA cualquier información de mí estado de salud y el de mis familiares incluidos o por incluir, inclusive a efectos de evaluación del riesgo. Una copia fotostática de esta autorización será tan válida como el original.

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