

**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: \_\_\_\_\_  
 Profesión u Oficio: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la Empresa donde Labora: \_\_\_\_\_  
 Cargo que Desempeña: \_\_\_\_\_ Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_  
 Ingreso Anual (Bs.):  
 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.: \_\_\_\_\_  
 Razón Social: \_\_\_\_\_  
 Descripción de la Actividad Económica o Comercial: \_\_\_\_\_  
 Ingreso Promedio Anual (Bs.): \_\_\_\_\_ Patrimonio (Bs.): \_\_\_\_\_  
 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 10.001 y 50.000  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 (Conductor Habitual)

Complete si el **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: \_\_\_\_\_  
Profesión u Oficio: \_\_\_\_\_  
Nombre de la Empresa donde Labora: \_\_\_\_\_  
Cargo que Desempeña: \_\_\_\_\_ Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_  
Ingreso Anual (Bs.):  
 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

Datos del Vehículo

Placa: \_\_\_\_\_ Marca: \_\_\_\_\_  
Modelo: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Serial del Motor: \_\_\_\_\_  
Serial Carrocería: \_\_\_\_\_ Color Principal: \_\_\_\_\_  
Color Secundario: \_\_\_\_\_ No. Puestos: \_\_\_\_\_  
Ruta habitual: \_\_\_\_\_

## Coberturas Solicitadas

Marque con (x) las **Cobertura** que requiere e indique la **Suma Asegurada**:

**EL TOMADOR** tendrá la facultad de escoger libremente las coberturas que desee y únicamente es de contratación obligatoria la cobertura básica de la Póliza

### COBERTURA BÁSICA

Suma Asegurada por Puesto

Muerte Accidental: SI  NO

Bs. \_\_\_\_\_

Invalidez Permanente: SI  NO

Bs. \_\_\_\_\_

### COBERTURAS OPCIONALES

Gastos Médicos: SI  NO

Bs. \_\_\_\_\_

Gastos Funerarios: SI  NO

Bs. \_\_\_\_\_

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 EMPRESA 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.

<p>Tomador del Seguro:</p> <p>Huella Dactilar Derecho o Izquierdo</p> <p>Fecha: _____</p>	<p>Asegurado:</p> <p>Fecha: _____</p>	<p>Intermediario de Seguros:</p> <p>Código: _____</p> <p>Fecha: _____</p>
---	---------------------------------------	---