

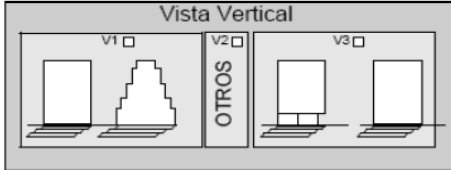



## Solicitud de Seguro Póliza de Seguro de Incendio

N° Solicitud \_\_\_\_\_  
Emisión   
Inclusión   
Inclusión

### Datos del Tomador del Seguro, del Propuesto Asegurado y del Beneficiario

|   |  |
|---|--|
| Tomador Persona Natural   | Apellidos: _____ Nombres: _____  |
|   | Cédula / Pasaporte: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N° _____ R.I.F.: _____ Nacionalidad: _____   |
|   | Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Estado Civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> |
|   | Profesión: _____ Ocupación u Oficio _____  |
|   | Actividad Económica: (si es comerciante indique el ramo): _____ Ingreso Anual: _____   |
|   | Descripción de la Actividad Económica Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Societaria <input type="checkbox"/>  |
|   | Dirección de Habitación: _____   |
|   | Urbanización / Zona / Sector: _____ Estado: _____  |
|   | Ciudad: _____ Municipio: _____ N° Teléfono: _____  |
|   | Dirección de Oficina: _____  |
|   | Urbanización / Zona / Sector: _____ Estado: _____  |
|   | Ciudad: _____ Municipio: _____ N° Teléfono: _____  |
| Correo Electrónico: _____ N° Teléfono Celular: _____  |  |
| Dirección de Cobro: _____   |  |
| Urbanización / Zona / Sector: _____ Estado: _____   |  |
| Ciudad: _____ Municipio: _____ N° Teléfono: _____   |  |
| ¿Es usted una persona expuesta políticamente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |  |
| En caso afirmativo debe completar la planilla "Persona Expuesta Políticamente"                        |  |
| Tomador Persona Jurídica  | Denominación de la Razón Social: _____   |
|   | Siglas o Nombre Comercial: _____ Tipo de Persona: Privada <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/>  |
|   | Fecha Constitución: ____ / ____ / ____ Patrimonio: _____ N° Registro: _____ Tomo: _____  |
|   | Actividad Económica: Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Especifique: _____  |
|   | Utilidad del ejercicio economico inmediato anterior: _____   |
|   | Nombres y Apellidos Representante Legal o Persona Contacto: _____  |
|   | Cédula / Pasaporte: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N° _____ R.I.F.: _____ Nacionalidad: _____   |
|   | Actividad Comercial: _____ Ingreso Promedio Anual: _____   |
|   | Dirección de Oficina: _____  |
|   | Urbanización / Zona / Sector: _____ Estado: _____  |
|   | Ciudad: _____ Municipio: _____ N° Teléfono: _____  |
|   | Correo Electrónico: _____ N° Teléfono Celular: _____   |
| Dirección de Cobro: _____   |  |
| Urbanización / Zona / Sector: _____ Estado: _____   |  |
| Ciudad: _____ Municipio: _____ N° Teléfono: _____   |  |
| ¿Es usted una persona expuesta políticamente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |  |
| En caso afirmativo debe completar la planilla "Persona Expuesta Políticamente"                        |  |
| Propuesto Asegurado Persona Natural:  | Apellidos: _____ Nombres: _____  |
|   | Cédula / Pasaporte: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N° _____ R.I.F.: _____ Nacionalidad: _____   |
|   | Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Estado Civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> |
|   | Profesión: _____ Ocupación u Oficio _____  |
|   | Actividad Económica: (si es comerciante indique el ramo): _____ Ingreso Anual: _____   |
|   | Descripción de la Actividad Económica Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Societaria <input type="checkbox"/>  |
|   | Dirección de Habitación: _____   |
|   | Urbanización / Zona / Sector: _____ Estado: _____  |
|   | Ciudad: _____ Municipio: _____ N° Teléfono: _____  |
|   | Dirección de Oficina: _____  |
|   | Urbanización / Zona / Sector: _____ Estado: _____  |
|   | Ciudad: _____ Municipio: _____ N° Teléfono: _____  |
| Correo Electrónico: _____ N° Teléfono Celular: _____  |  |
| ¿Es usted una persona expuesta políticamente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |  |
| En caso afirmativo debe completar la planilla "Persona Expuesta Políticamente"                        |  |
| Propuesto Asegurado Persona Jurídica:   | Denominación de la Razón Social: _____   |
|   | Siglas o Nombre Comercial: _____ Tipo de Persona: Privada <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/>  |
|   | Fecha Constitución: ____ / ____ / ____ Ingreso Promedio Anual: _____ N° Registro: _____ Tomo: _____  |
|   | Actividad Económica: (si es comerciante indique el ramo): _____ Ingreso Anual: _____   |
|   | Descripción de la Actividad Económica Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Societaria <input type="checkbox"/>  |
|   | Nombres y Apellidos Representante Legal o Persona Contacto: _____  |
|   | Cédula / Pasaporte: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N° _____ R.I.F.: _____ Nacionalidad: _____   |
|   | Actividad Comercial: _____   |
|   | Dirección de Oficina: _____  |
|   | Urbanización / Zona / Sector: _____ Estado: _____  |
|   | Ciudad: _____ Municipio: _____ N° Teléfono: _____  |
|   | Correo Electrónico: _____ N° Teléfono Celular: _____   |
| ¿Es usted una persona expuesta políticamente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |  |
| En caso afirmativo debe completar la planilla "Persona Expuesta Políticamente"                        |  |

| Información General de la Póliza  |  |                           |   |   |   |  |   |  |  |  |
|---|--|---------------------------|---|---|---|--|---|--|--|--|
| Vigencia: Desde: / / (a las 12 h)   |  | Fecha de Suscripción: / / |   | Frecuencia Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/>                          |   |  |   |  |  |  |
| Hasta: / / (a las 12 h)   |  | Fecha de Movimiento: / /  |   | de Pago <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> |   |  |   |  |  |  |
| Intermediario de Seguros: _____   |  |                           | Código: _____   |   | Moneda: _____   |  | Sucursal: _____   |  |  |  |
| Información General del Riesgo  |  |                           |   |   |   |  |   |  |  |  |
| General   | Índole o Actividad: _____  |                           |   | Tipo de Riesgo: _____   |   |  |   |  |  |  |
|   | Tipo: Industrial <input type="checkbox"/> No Industrial <input type="checkbox"/> Almacén/Depósito <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Otro _____ |                           |   |   |   |  |   |  |  |  |
|   | Relación del Inmueble con el Asegurado: _____  |                           |   |   |   |  |   |  |  |  |
|   | ¿Se llevan los libros de Contabilidad de acuerdo a la Ley? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha del Inventario Físico más reciente: / /       |                           |   |   |   |  |   |  |  |  |
| ¿Dónde se guardan los libros de Contabilidad? Caja Fuerte Oficina Contable _____  |  |                           |   |   |   |  |   |  |  |  |
| Fecha del último inventario: / /  |  |                           | Fecha del establecimiento de la firma: / /  |   |   |  |   |  |  |  |
| Nombre de la anterior firma, de ser el caso: _____  |  |                           |   |   |   |  |   |  |  |  |
| Ubicación del Riesgo  | País: _____  |                           | Estado: _____   |   | Ciudad: _____   |  | Municipio: _____  |  |  |  |
|   | Urbanización / Zona / Sector: _____  |                           |   |   | Avenida/Calle/Transversal: _____  |  |   |  |  |  |
|   | Centro Comercial/Edificio/Casa/Local: _____  |                           |   |   | Piso/Nivel / Oficina / N° Apto. / Casa: _____                                       |  |   |  |  |  |
|   | Linderos: Norte: _____   |                           | Sur: _____  |   | Este: _____   |  | Oeste: _____  |  |  |  |
|   | Actividades en inmuebles colindantes: _____  |                           |   |   |   |  | N° Teléfono / Fax: _____  |  |  |  |
|   | Norte: _____   |                           | a mts. _____  |   | Residencia  | Comercio   | Industria   |  |  |  |
|   | Sur: _____   |                           | a mts. _____  |   |   |  |   |  |  |  |
|   | Este: _____  |                           | a mts. _____  |   |   |  |   |  |  |  |
|   | Oeste: _____   |                           | a mts. _____  |   |   |  |   |  |  |  |
|   | Número de Locales además del descrito: _____   |                           |   |   | Indique las direcciones:  |  |   |  |  |  |
| 1) _____  |  |                           |   |   |   |  |   |  |  |  |
| 2) _____  |  |                           |   |   |   |  |   |  |  |  |
| 3) _____  |  |                           |   |   |   |  |   |  |  |  |
| 4) _____  |  |                           |   |   |   |  |   |  |  |  |
| Construcción  | Año Construcción: _____  |                           | Número Pisos: _____   |   | Número Entrepisos: _____  |  | Número Sótanos: _____   |  |  |  |
|   | Número Mezzaninas: _____   |                           | Pisos Ocupados: _____   |   | Pisos Desocupados: _____  |  | Uso del Local o Edificio: _____   |  |  |  |
|   | Altura Total en Metros: _____  |                           | Materiales Frágiles: Sí - Describa: _____   |   | No <input type="checkbox"/>   |  |   |  |  |  |
|   | Regularidad: _____   |                           |   |   |   |  |   |  |  |  |
|   |    |                           |   |   |  |  |   |  |  |  |
|   | Estructura: _____  |                           |   |   |   |  |   |  |  |  |
|   | Techos: _____  |                           |   |   |   |  |   |  |  |  |
|   | Pared: _____   |                           |   |   |   |  |   |  |  |  |
|   | Fachada: _____   |                           |   |   |   |  |   |  |  |  |
|   | Elementos Especiales de la Construcción: _____   |                           |   |   |   |  |   |  |  |  |
| Tanques subterráneos _____  |  |                           |   |   |   |  |   |  |  |  |
| Tanques metálicos, de concreto armado o de mampostería reforzada, apoyados a nivel de suelo de hasta 4 metros de altura _____ |  |                           |   |   |   |  |   |  |  |  |
| de más de 4 m. (como tanques elevados o silos) Año de construcción: _____   |  |                           |   |   |   |  |   |  |  |  |
| Chimeneas industriales Altura (en metros): _____  |  |                           |   |   |   |  |   |  |  |  |
| Puentes grúa con capacidad: Menor que 100 toneladas Mayor que 100 toneladas _____   |  |                           |   |   |   |  |   |  |  |  |
| Torres Altura (en metros): _____  |  |                           |   |   |   |  |   |  |  |  |
| Antenas Altura (en metros): _____   |  |                           |   |   |   |  |   |  |  |  |
| Existencia de sustancias inflamables: Sí - Describa: _____ No <input type="checkbox"/>  |  |                           |   |   |   |  |   |  |  |  |
| Prevención y Protección contra incendio   | Sistemas Básicos   |                           | <input type="checkbox"/> Alarma<br><input type="checkbox"/> Detección<br><input type="checkbox"/> Extinción Portátil<br><input type="checkbox"/> Externos |   | Hidrantes   |  | <input type="checkbox"/> Internos<br><input type="checkbox"/> Con Impulsión Propia<br><input type="checkbox"/> Sin Impulsión Propia   |  |  |  |
|   | Sistemas Adicionales   |                           | <input type="checkbox"/> Con reloj control<br><input type="checkbox"/> Sin reloj control  |   | Brigada contra incendio   |  | <input type="checkbox"/> Personal Profesional<br><input type="checkbox"/> Personal No Profesion   |  |  |  |
|   |  |                           | Vigilancia  |   | Sistemas Especiales de Extinción  |  | <input type="checkbox"/> Halón <input type="checkbox"/> Espuma<br><input type="checkbox"/> Agua Pulverizada<br><input type="checkbox"/> Polvo Químico Seco<br><input type="checkbox"/> Bióxido de Carbono |  |  |  |
|   |  |                           |   |   | Rociadores  |  | <input type="checkbox"/> Abiertos<br><input type="checkbox"/> Automáticos   |  |  |  |
|   |  |                           |   | Fuentes de Agua   |   | <input type="checkbox"/> Una<br><input type="checkbox"/> Dos |   |  |  |  |
| Distancia del Cuerpo de Bomberos más cercano: Kilómetros: _____   |  |                           |   | Minutos.: _____   |   |  |   |  |  |  |

| Si posee otro(s) contrato(s) de seguro que amparen los mismos bienes, responda las siguientes preguntas   |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
|---|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------|--|--|--|
| Aseguradora   | N° Contrato              | Tipo de Póliza / Ramo                 | Vigencia                    |                   |  |  |  |
|   |                          |                                       | Desde: / /                  | Hasta: / /        |  |  |  |
|   |                          |                                       | Desde: / /                  | Hasta: / /        |  |  |  |
| Si ha tenido siniestros con anterioridad a la fecha de contratación de este seguro, responda las siguientes preguntas   |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| Aseguradora   | N° Contrato              | Causa                                 | Fecha                       | Monto Indemnizado |  |  |  |
|   |                          |                                       | / /                         |                   |  |  |  |
|   |                          |                                       | / /                         |                   |  |  |  |
|   |                          |                                       | / /                         |                   |  |  |  |
| Bienes a Asegurar   |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| Descripción   | Valores Totales a Riesgo | % Primer Riesgo (Básica y Opcionales) | % Primer Riesgo (Terremoto) | Suma Asegurada    |  |  |  |
| Edificaciones   |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| Mobiliario  |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| Existencias   |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| Suministros   |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| Maquinarias Industriales  |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| Equipos Electrónicos  |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| Efectos Personales  |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| Otros   |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| En caso de maquinarias, equipos industriales y equipos electrónicos, indique  |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| Descripción   | Marca y Modelo           | Año                                   | Capacidad                   |                   |  |  |  |
|   |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
|   |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
|   |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| Coberturas a Contratar  |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| Básica  |                          | Sumas Aseguradas                      |                             |                   |  |  |  |
| Incendio o rayo.  |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| Explosión   |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| Impacto causado por aeronaves, satélites, cohetes u otros aparatos aéreos o de los objetos desprendidos de los mismos.  |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| Humo de un incendio originado en los predios ocupados por el Asegurado o en predios Agua u otros agentes de extinción utilizados para apagar un incendio, en los predios ocupados por el Asegurado o en predios adyacentes. |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| Tuberías, cables y otras instalaciones.   |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| Instalaciones sanitarias fijas.   |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| Honorarios de arquitectos, topógrafos e ingenieros.   |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| Demolición, remoción o limpieza de escombros  |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| Reconstrucción de archivos  |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| Gastos Varios.  |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| <b>Adicionales (El Asegurado podrá seleccionar libremente las coberturas de su preferencia)</b>   |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| <b>El asegurado NO está obligado a tomar todas y cada una de las coberturas aquí señaladas, pudiendo seleccionar libremente las que se ajusten a sus necesidades.</b>   |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| a. Extensión de Cobertura   |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| b. Motín, Disturbios Populares, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos   |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| c. Terremoto  |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| d. Inundación. <i>Indique monto sólo si es a Primera Pérdida</i>  |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| e. Daños causados por Agua. <i>Indique monto sólo si es a Primera Pérdida</i>   |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| f. Vidrios y Anuncios. <i>Indique monto sólo si es a Primera Pérdida</i>  |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| g. Pérdida de Renta. Número de meses:   |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| h. Pérdidas Indirectas %  |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| i. Demolición, Remoción o Limpieza de Escombros. <i>Indique monto sólo si es a Primera</i>  |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| j. Honorarios de Arquitectos, Topógrafos e Ingenieros. <i>Indique monto sólo si es a Primera</i>  |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| k. Reconstrucción de Archivos. <i>Indique monto sólo si es a Primera Pérdida</i>  |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| l. Bienes Refrigerados <i>Indique monto sólo si es a Primera Pérdida</i>  |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| Tipo de Mercancía: _____  |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| Periodo de Carencia (en meses): _____ Edad del Equipo: _____ Equipo de Reserva: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>   |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| Cláusulas de coberturas adicionales sin cobro de prima  |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| Cobertura Fuera de las Edificaciones (Dentro de los Predios <input type="checkbox"/> Cuidado, Control o Custodia de Bienes de Terceros <input type="checkbox"/>   |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| Sellos y Marcas <input type="checkbox"/> Material Fundido <input type="checkbox"/> Inventario o Avalúo <input type="checkbox"/> Cobertura Automática <input type="checkbox"/> Remoción Temporal <input type="checkbox"/>    |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| Beneficiario Preferencial <input type="checkbox"/> Indicar el nombre del Beneficiario Preferencial: _____   |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| Beneficiarios del Seguro (si son diferentes del Asegurado):   |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |
| Apellidos y Nombres: _____ Cédula / Pasaporte / R.I.F. : V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N° _____   |                          |                                       |                             |                   |  |  |  |

### Declaración de Fe

Yo, \_\_\_\_\_ el Propuesto Asegurado Titular , 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/Compañía de Seguros sobre el riesgo a

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. Declaro a mi leal saber y entender, que todas las afirmaciones hechas en esta solicitud son verdaderas, correctas, completas y no son falsas ni inexactas o parcialmente verdaderas. Es mi responsabilidad informarle a Estar Seguros, S.A. sobre cualquier cambio en las afirmaciones, incluyendo cualquier cambio en la historia médica que ocurra antes de que esta solicitud sea suscrita y antes de la fecha de aprobación de la emisión de la póliza y pago de la respectiva prima. Entiendo que la información ofrecida por mí en esta solicitud será decisiva para la aprobación de la emisión de la póliza de seguro requerida y que cualquier inexactitud, tergiversación, error u omisión será considerada una declaración falsa y puede servir de base para la posterior rescisión o terminación de la póliza, o la negativa de amparo de reclamos.

IV. Autorizo formalmente a Estar Seguros, S.A. para que me notifique vía mensajería instantánea (SMS, correo electrónico y similares), sobre el estado de mis pólizas, siniestros y demás informaciones de interés.

**Firmas**

Propuesto Asegurado

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

El Representante Legal (en caso que lo

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Huella**

Pulgar derecho o en su defecto pulgar izquierdo

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, mediante Providencia N° SAA-09-0442-2025 de fecha 27/05/2025

**Estar Seguros, S.A.** – RIF.: J 000075875 Centro Plaza, Torre D, 1ª Transversal de Los Palos Grandes - Apartado 68260, Caracas 1062-A, Venezuela  
[www.estarseguros.com](http://www.estarseguros.com) - Inscrita en la Superintendencia de La Actividad Aseguradora bajo el N° 23 - Miembro de la "Cámara de Aseguradores de