



Solicitud de Seguro Póliza de Seguro Combinado Residencial

N° Solicitud _____
Emisión
Inclusión

Datos del Tomador del Seguro y del Propuesto Asegurado

Tomador Persona Natural

Apellidos: _____ Nombres: _____
 Cédula / Pasaporte: V E N° _____ R.I.F.: _____ Nacionalidad: _____
 Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: F M Estado Civil: S C D V O
 Profesión: _____ Oficio: _____
 Actividad Económica: (si es comerciante indique el ramo): _____ Ingreso Anual Bs: _____
 Descripción de la Actividad Económica: Profesional Independiente Socio Empleado
 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: _____

Tomador Persona Jurídica

Denominación de la Razón Social: _____
 Siglas o Nombre Comercial: _____ Tipo de Persona: Privada Pública
 Fecha Constitución: ____ / ____ / ____ Patrimonio: _____ N° Registro: _____ Tomo: _____
 Actividad Económica: Industrial Comercial Profesional Otra Especifique: _____
 Productos y Servicios Ofrecidos: _____
 Utilidad del ejercicio económico inmediatamente anterior, cuando aplique: _____
 Patrimonio, según último estado de resultados o estado de ganancias y pérdidas: _____
 Nombres y Apellidos Representante Legal o Persona Contacto: _____
 Cédula / Pasaporte: V E N° _____ R.I.F.: _____ Nacionalidad: _____
 Actividad Comercial: _____ Ingreso Anual Bs: _____
 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: _____

Propuesto Asegurado Persona Natural

Apellidos: _____ Nombres: _____
 Cédula / Pasaporte: V E N° _____ R.I.F.: _____ Nacionalidad: _____
 Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: F M Estado Civil: S C D V O
 Profesión: _____ Oficio: _____
 Actividad Económica: (si es comerciante indique el ramo): _____ Ingreso Anual Bs: _____
 Descripción de la Actividad Económica: Profesional Independiente Socio Empleado
 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: _____

Persona Jurídica

Denominación de la Razón Social: _____
 Siglas o Nombre Comercial: _____ Tipo de Persona: Privada Pública
 Fecha Constitución: ____ / ____ / ____ Patrimonio: _____ N° Registro: _____ Tomo: _____
 Actividad Económica: Industrial Comercial Profesional Otra Especifique: _____
 Productos y Servicios Ofrecidos: _____
 Utilidad del ejercicio económico inmediatamente anterior, cuando aplique: _____
 Patrimonio, según último estado de resultados o estado de ganancias y pérdidas: _____

Propuesto Asegurado	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 Anual Bs: _____
	Dirección de Oficina: _____		
	Urbanización / Zona / Sector: _____		Estado: _____
	Ciudad: _____	Municipio: _____	N° Teléfono: _____
	Correo Electrónico: _____		N° Teléfono Celular: _____
	Urbanización / Zona / Sector: _____		Estado: _____
Ciudad: _____		Municipio: _____	
N° Teléfono: _____			

Información General del Riesgo

General	Tipo de Riesgo: <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Apto. Vacacional <input type="checkbox"/> Casa Vacacional
	Relación del Inmueble con el Asegurado: <input type="checkbox"/> Propiedad <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Otros: _____
	Año Construcción: _____ Número Pisos: _____ Número Entrepisos: _____ Número Sótanos: _____ Número Mezzaninas: _____
Pisos Ocupados: _____ Pisos Desocupados: _____	

Ubicación del Riesgo	País: _____		Estado: _____		Ciudad: _____		Municipio: _____	
	Urbanización / Zona / Sector: _____				Avenida/Calle/Transversal: _____			
	Urbanización/Edificio/Casa: _____				Piso/Nivel: _____		N° Apto. / Casa: _____	
	N° Teléfono / Fax: _____							
	Linderos (Indique Ocupación y Tipo de Construcción)							
	Norte: _____ Sur: _____ Este: _____ Oeste: _____							

Materiales y Elementos de Construcción	Estructura:	<input type="checkbox"/> Concreto armado; hierro revestido de concreto armado <input type="checkbox"/> Madera
		<input type="checkbox"/> Metálica sin revestimiento
	Techos:	<input type="checkbox"/> Concreto armado; placas de concreto; platabanda
		<input type="checkbox"/> Láminas de zinc, aluminio, hierro o asbesto
		<input type="checkbox"/> Madera; láminas no combustibles sobre armazón de madera y / o caña; láminas tratadas con aislantes combustibles
	Pared:	<input type="checkbox"/> Ladrillo macizo; piedra; concreto armado; bloques macizos de arcilla; bloques de arcilla o de cemento huecos, frisados por ambos lados
		<input type="checkbox"/> Hierro; vidrio; asbesto; zinc; bloques de arcilla o de cemento huecos; bloques de ventilación
		<input type="checkbox"/> Madera; bahareque; caña; láminas de aluminio; cartón prensado; madera comprimida y similares
	Fachada:	<input type="checkbox"/> Obra limpia con menos del 50% de ventanería
		<input type="checkbox"/> Vidrio o ventanales completos; muro-cortina de vidrio o plástico
	<input type="checkbox"/> Cerámica; loza; mármol u otro material similar	
Elementos Especiales de la Construcción:		
<input type="checkbox"/> Tanques subterráneos		
<input type="checkbox"/> Tanques metálicos, de concreto armado o de mampostería reforzada, apoyados a nivel de suelo		

Sistema de Prevención y Protección contra	Incendio	<input type="checkbox"/> Alarma	Hidrantes	<input type="checkbox"/> Externos	Rociadores	<input type="checkbox"/> Abiertos	Fuentes de Agua	<input type="checkbox"/> Una
		<input type="checkbox"/> Detección		<input type="checkbox"/> Internos		<input type="checkbox"/> Automáticos		<input type="checkbox"/> Dos
		<input type="checkbox"/> Extinción Portátil		<input type="checkbox"/> Con Impulsión Propia				
				<input type="checkbox"/> Sin Impulsión Propia				
Si posee otros sistemas de prevención contra incendios, Especifique: _____								
Robo	<input type="checkbox"/> Alarma contra Robo	<input type="checkbox"/> Puerta tipo MultiLock	<input type="checkbox"/> Puerta con rejas normal					
	<input type="checkbox"/> Ventanas con Rejas	<input type="checkbox"/> Rejas tipo MultiLock	<input type="checkbox"/> Vigilancia, Especifique tipo: _____					
Si posee otros sistemas de prevención contra incendios, Especifique: _____								

Bienes a Asegurables

Categoria	Valores Totales a Riesgo (Bs.)	Suma Asegurada (Bs)
Partida a. Edificaciones		
Partida b. Contenido		
Partida c. Objetos de Alto Riesgo		
Objetos de Alto Riesgo Menores		
Objetos de Alto Riesgo Mayores		
Equipos Electrónicos		

Coberturas a Contratar

Básica	Sumas Aseguradas
Incendio	
Extensión de Cobertura	
Daño por Agua	
Motín, Disturbios Populares, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos	
Sustracción Ilegítima	
Hurto	
Daños Accidentales a Equipos Electronicos No Portátiles	
Coberturas Complementarias	
Deterioro de Bienes Refrigerados o Congelados	
Responsabilidad Civil Empresarial de Empleados Domésticos	

Opcionales

El Tomador NO está obligado a tomar todas y cada una de las coberturas aquí señaladas, pudiendo seleccionar libremente las que se ajusten a sus necesidades.

Pérdida de Dinero en Efectivo	<input type="checkbox"/>
Terremoto o Temblor de Tierra	<input type="checkbox"/>
Equipos Electronicos	<input type="checkbox"/>
Daños por Agua en Exceso de la Cobertura Básica	<input type="checkbox"/>
Inundación	<input type="checkbox"/>
Rotura de Vidrios, Espejos y Cristales	<input type="checkbox"/>
Pérdida de Renta	<input type="checkbox"/>
Pérdida de Remuneración	<input type="checkbox"/>
Tarjeta de Credito o Débito	<input type="checkbox"/>
Tarjetas Adicionales Cantidades:	<input type="checkbox"/>
Daños al Contenido fuera de los predios asegurados	<input type="checkbox"/>
Daños a Objetos de Alto Riesgo, Equipos Electronicos, Portatiles, Instrumentos Musicales y Articulos Deportivos	<input type="checkbox"/>
Reponsabilidad Civil Familiar	<input type="checkbox"/>
Fidelidad de Empleados Domesticos	<input type="checkbox"/>
Expropiación por Causa de Utilidad Pública o Social y Gastos de Hospedaje en Caso de Ocupación Temporal de Vivienda Recreacional por Causa Extraña No Imputable	<input type="checkbox"/>

Información Complementaria**Detalle de los Objetos Valiosos Mayores**

Descripción Detallada	Valores a Riesgo (Bs.)

Detalle de Los Equipos Electrónicos

Descripción	Marca y Modelo	Año	Capacidad	Valores a Riesgo (Bs.)

Información Complementaria (Continua...)**Detalle de otros bienes que por su tipo lo requieran (Vidrios, Espejos y Cristales)**

Descripción Detallada	Suma Asegurada (Bs.)

Detalles de los Empleados Domésticos

Nombre del Empleado	Cédula de Identidad	Labor que realiza

Tarjetas de Crédito o de Débito

Banco Emisor	Tipo de Tarjeta	N° de Tarjeta	Fecha de Vencimiento

Tarjetas Adicionales

Banco Emisor	Tipo de Tarjeta	N° de Tarjeta	Fecha de Vencimiento

Grupo a incluir en Accidentes Personales

Apellidos y Nombres	Parentesco	Cédula de Identidad	Fecha de Nacimiento

Información General del Seguro Solicitado

Vigencia: Desde: / / (a las 12 m) Fecha de Suscripción: / / Frecuencia de Pago: Anual Semestral
 ↻ Hasta: / / (a las 12 m) Fecha de Movimiento: / / Trimestral Mensual

Intermediario de Seguros: _____ Código: _____ Moneda: _____ Sucursal: _____

Beneficiarios del Seguro (si son diferentes del Asegurado)

Nombre y Apellido: _____ Cédula de Identidad / R.I.F. : _____ Preferencial
 Nombre y Apellido: _____ Cédula de Identidad / R.I.F. : _____ Preferencial

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
			/ /	
			/ /	
			/ /	

Para ser llenado o completado por el Asegurador

Tipo de Riesgo: _____
 Observaciones: _____

Declaración de Origen de Fondos

Yo, _____, titular de la cédula de identidad N° _____ en mi carácter de TOMADOR, doy fe de que el dinero utilizado para el pago de la prima, proviene de una fuente lícita y su origen no guarda relación alguna con capitales, bienes, haberes, valores, títulos u operaciones, producto de actividades ilícitas o que provenga de los delitos de Delincuencia Organizada u otras conductas tipificadas en la legislación venezolana.

Fecha: / / _____

Firma del Tomador	Pulgar derecho o en su defecto de la mano izquierda, del Tomador
	Huella Dactilar

Declaración de Fe

Yo, el 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 del Asegurador 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. para que me notifique vía mensajería instantánea (SMS, correo electrónico y similares), sobre el estado de mis pólizas, siniestros y demás informaciones de interés.

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma del Propuesto Asegurado	Pulgar derecho o en su defecto de la mano izquierda, del Propuesto Asegurado
	Huella Dactilar

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, mediante Providencia Administrativa SAA-09-0583-2025 de fecha 27/06/2025

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 - Inscrita en la Superintendencia de La Actividad Aseguradora bajo el N° 23 - Miembro de la "Cámara de Aseguradores de Venezuela".

Huella Dactilar

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, mediante Providencia Administrativa SAA-09-0583-2025 de fecha 27/06/2025

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 - Inscrita en la Superintendencia de La Actividad Aseguradora bajo el N° 23 - Miembro de la "Cámara de Aseguradores de Venezuela".