



## Solicitud de Seguro

### Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil General

N° Solicitud	
Emisión	<input type="checkbox"/>
Inclusión	<input type="checkbox"/>

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

**Tomador Persona Natural**

Apellidos: _____		Nombres: _____	
Cédula / Pasaporte: N° <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		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 _____	
Actividad Económica: (si es comerciante indique el ramo): _____		Ingreso Anual Moneda( ): _____	
Descripción de la Actividad Económica <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Societaria <input type="checkbox"/>			
Dirección de Habitación: _____		Casa: _____ Edificio: _____ Apto.: _____	
Piso: _____ Avenida: _____		Calle / Transversal / Vereda: _____	
Urbanización / Zona / Sector: _____		Estado: _____	
Ciudad: _____ Municipio: _____		N° Teléfono: _____	
Dirección de Oficina: _____		Casa: _____ Edificio: _____ Apto.: _____	
Piso: _____ Avenida: _____		Calle / Transversal / Vereda: _____	
Urbanización / Zona / Sector: _____		Estado: _____	
Ciudad: _____ Municipio: _____		N° Teléfono: _____	
Correo Electrónico: _____		N° Teléfono Celular: _____	
Dirección de Cobro: _____		Casa: _____ Edificio: _____ Apto.: _____	
Piso: _____ Avenida: _____		Calle / Transversal / Vereda: _____	
Urbanización / Zona / Sector: _____		Estado: _____	
Ciudad: _____ Municipio: _____		N° Teléfono: _____	
¿Tiene o tuvo relación laboral y/o comercial de importancia con un Ente del Estado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
En caso afirmativo, debe completar la planilla "Persona Expuesta Politicamente" _____			

**Tomador Persona Jurídica**

Denominación de la Razón Social: _____		R.I.F.: _____	
Siglas o Nombre Comercial: _____		Tipo de Persona: Privada <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/>	
Fecha Constitución: ____ / ____ / ____		Patrimonio: _____ N° Registro: _____ Tomo: _____	
Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Especifique: _____			
Productos y Servicios Ofrecidos: _____			
Utilidad del ejercicio económico inmediatamente anterior, cuando aplique: _____		Moneda( ).	
Patrimonio, según último estado de resultados o estado de ganancias y pérdidas: _____		Moneda( ).	
Nombres y Apellidos Representante Legal o Persona Contacto: _____			
Cédula / Pasaporte: N° <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		R.I.F.: _____ Nacionalidad _____	
Actividad Comercial: _____			
Dirección de Oficina: _____		Casa: _____ Edificio: _____ Apto.: _____	
Piso: _____ Avenida: _____		Calle / Transversal / Vereda: _____	
Urbanización / Zona / Sector: _____		Estado: _____	
Ciudad: _____ Municipio: _____		N° Teléfono: _____	
Correo Electrónico: _____		N° Teléfono Celular: _____	
Dirección de Cobro: _____		Casa: _____ Edificio: _____ Apto.: _____	
Piso: _____ Avenida: _____		Calle / Transversal / Vereda: _____	
Urbanización / Zona / Sector: _____		Estado: _____	
Ciudad: _____ Municipio: _____		N° Teléfono: _____	
¿Tiene o tuvo relación laboral y/o comercial de importancia con un Ente del Estado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
En caso afirmativo, debe completar la planilla "Persona Expuesta Politicamente" _____			

**Propuesto Asegurado:**

Apellidos: _____		Nombres: _____	
Cédula / Pasaporte: N° <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		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 _____	
Actividad Económica: (si es comerciante indique el ramo): _____		Ingreso Anual Moneda( ): _____	
Descripción de la Actividad Económica <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Societaria <input type="checkbox"/>			
Dirección de Habitación: _____		Casa: _____ Edificio: _____ Apto.: _____	
Piso: _____ Avenida: _____		Calle / Transversal / Vereda: _____	
Urbanización / Zona / Sector: _____		Estado: _____	

Propue	Ciudad: _____ Municipio: _____ N° Teléfono: _____
	Dirección de Oficina: _____ Casa: _____ Edificio: _____ Apto.: _____
	Piso: _____ Avenida: _____ Calle / Transversal / Vereda: _____
	Urbanización / Zona / Sector: _____ Estado: _____
	Ciudad: _____ Municipio: _____ N° Teléfono: _____
	Correo Electrónico: _____ N° Teléfono Celular: _____
¿Tiene o tuvo relación laboral y/o comercial de importancia con un Ente del Estado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, debe completar la planilla "Persona Expuesta Politicamente" _____	

### Información General de la Póliza

Vigencia:	Desde: ____ / ____ / ____ (a las 12 m)	Fecha de Suscripción: ____ / ____ / ____	Frecuencia de Pago ↻	Anual	Semestral
	Hasta: ____ / ____ / ____ (a las 12 m)	Fecha de Movimiento: ____ / ____ / ____		Cuatrimestral	Trimestral
Intermediario de la Actividad Aseguradora: _____		Código: _____	Moneda: _____	Sucursal: _____	
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° _____		

### Información General del Riesgo

General	Índole o Actividad: _____	Tipo de Riesgo: _____	
	Tipo: <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha del Inventario Físico más reciente: ____ / ____ / ____	
	¿Dónde se guardan los libros de Contabilidad? <input type="checkbox"/> Caja Fuerte <input type="checkbox"/> Oficina Contable _____		
	Fecha del último inventario: ____ / ____ / ____	Fecha del establecimiento de la firma: ____ / ____ / ____	
Nombre de la anterior firma, de ser el caso: _____			

Ubicación del Riesgo	Pais: _____	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: _____

¿Se realizan actividades fuera de los locales? En caso afirmativo, detalle su respuesta: \_\_\_\_\_

¿Existen locales contiguos o conexos? En caso afirmativo, detalle su respuesta: \_\_\_\_\_

¿Es usted Fabricante, Mayorista o Minorista? Detalle su respuesta: \_\_\_\_\_

¿Posee animales dentro de los predios a asegurar? En caso afirmativo, detalle su respuesta: \_\_\_\_\_

¿Posee montacargas, grúas o elevadores? En caso afirmativo, detalle su respuesta: \_\_\_\_\_

En su negocio se opera, produce, almacena o distribuye sustancias radioactivas, cualquier otro material de naturaleza nociva, explosiva o inflamable? En caso afirmativo, detalle su respuesta: \_\_\_\_\_

¿Posee servicio de vigilancias con o sin armas? En caso afirmativo, detalle su respuesta: \_\_\_\_\_

¿Existen comedores o se prestan servicios de suministros de alimentos dentro de los predios a asegurar? En caso afirmativo, detalle su respuesta: \_\_\_\_\_

¿Se realizan operaciones de carga y descarga dentro de los predios a asegurar? En caso afirmativo, detalle su respuesta: \_\_\_\_\_

¿Posee servicio de valet parking? En caso afirmativo, detalle su respuesta: \_\_\_\_\_

¿Posee avisos luminosos, vallas o avisos comerciales? En caso afirmativo, detalle su respuesta: \_\_\_\_\_

Si tiene Actividad de Taller, indique: Latonería y Pintura  Mecánico  Mixtos  Autolavados  Otra: \_\_\_\_\_

Otras Actividades: Estacionamiento Público  Estacionamiento Privado  Capacidad del estacionamiento: \_\_\_\_\_

Pernoctan vehículos en horas no laborables: Si  No  Existe vigilancia permanente: Si  No

Si posee varias localidades, indique la siguiente información

	Dirección	Actividad que realiza	*) Facturación Anual Moneda( ) (Ventas)
1			
2			
3			
4			

Total Facturación Anual Moneda( ) (Ventas)

(1) Dirección Principal

(\*) : Si la póliza va destinada a cubrir cualquiera de las actividades que se señalan más adelante, deberá sustituir la denominación "Facturación Anual (Ventas)" de acuerdo a lo siguiente:

Si la actividad es oficinas, debe sustituir las Ventas por número de empleados.

Si la actividad es enseñanza, debe sustituir las Ventas por el número de alumnos y profesores.

Si la actividad es inmuebles, debe sustituir las Ventas por metros cuadrados de los predios a cubrir.

Si la actividad es cines, teatros; debe sustituir las Ventas por cantidad de puestos.

Si la actividad es estacionamiento, debe sustituir las Ventas por cantidad de puestos.

### Información Complementaria

Otros seguros vigentes sobre los mismos bienes

Asegurador	Monto Asegurado	Moneda	N° de Póliza	Vigencia

Siniestros Ocurridos

Asegurador	Monto Asegurado	Moneda	N° de Póliza	Vigencia

### Coberturas a Contratar (expresar los montos en la moneda a contratar)

Descripción	Sumas Aseguradas	Deducible
Básica <input type="checkbox"/>	Límite Único Combinado <input type="checkbox"/>	

#### COBERTURAS OPCIONALES

**El tomador no está obligado a seleccionar las coberturas opcionales (tiene la facultad de escoger libremente las coberturas que desee), toda vez que únicamente es de contratación obligatoria la cobertura básica de la póliza.**

Responsabilidad Civil Locativa	<input type="checkbox"/>		
Responsabilidad Civil ante Vecinos	<input type="checkbox"/>		
Responsabilidad Civil Cruzada	<input type="checkbox"/>		
Responsabilidad Civil Contractual (indicar el número del contrato)	<input type="checkbox"/>		
Responsabilidad Civil de Productos	<input type="checkbox"/>	Ventas Estimadas Anuales	
Responsabilidad Civil Solidaria por contratistas y/o subcontratistas independientes	<input type="checkbox"/>		
Responsabilidad Civil por el uso de vehículos a motor de transporte terrestre ajenos o	<input type="checkbox"/>		
Responsabilidad Civil por Vehículos a motor de transporte terrestre y/o equipos de trabajo	<input type="checkbox"/>		
Responsabilidad Civil por Daños por Agua	<input type="checkbox"/>		
Responsabilidad Civil por Contaminación del Medio Ambiente	<input type="checkbox"/>		
Responsabilidad Civil por Desprendimiento de la carga	<input type="checkbox"/>		
Responsabilidad Civil Estacionamientos	<input type="checkbox"/>	Límite por Vehículo	
Responsabilidad Civi Talleres Mecánicos para vehículos a motor de transporte terrestre	<input type="checkbox"/>	Límite por Vehículo	
Prueba de vehículos a motor de transporte terrestre	<input type="checkbox"/>		
Responsabilidad Civi Ejecutivos en el Exterior	<input type="checkbox"/>		
Responsabilidad Civi Familiar	<input type="checkbox"/>		
Responsabilidad Civi del Patrono (Anexar Nómina)	<input type="checkbox"/>		
Responsabilidad Civi por Organización de Eventos	<input type="checkbox"/>		

Beneficiarios del Seguro (si son diferentes del Asegurado):

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_

Cédula / Pasaporte / R.I.F. V  E  N° \_\_\_\_\_

### 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.

<b>Firmas</b> Por el Tomador Fecha: ____ / ____ / ____	<b>Huella</b>	Pulgar derecho o en su defecto pulgar izquierdo _____
---	---------------	--

**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.

<b>Firmas</b> Propuesto Asegurado Fecha: ____ / ____ / ____		El Representante Legal (en caso que lo Fecha: ____ / ____ / ____	<b>Huella</b>	Pulgar derecho o en su defecto pulgar izquierdo
--	--	---	---------------	---

Intermediario de la Actividad Aseguradora:  
Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, mediante Providencia N° \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_