



**Solicitud de Seguro
POLIZA DE SEGURO DE RIESGOS DIVERSOS**

N° Solicitud _____
Emisión
Inclusión
Exclusión

Datos del Tomador del Seguro y del Propuesto Asegurado

Tomador Persona Natural	Apellidos: _____ Nombres: _____
	Cédula / Pasaporte: N° 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 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: _____	
¿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: 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° V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> R.I.F.: _____ Nacionalidad _____
	Actividad Comercial: _____
	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: _____	
¿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° 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 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: _____
	¿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	Annual	Semestral
	Hasta: ____ / ____ / ____ (a las 12 m)	Fecha de Movimiento: ____ / ____ / ____		Cuatrimstral	Trimestral
				Bimestral	Mensual
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 E 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: _____

Características del local donde se encuentran los bienes a asegurar:

- ¿La estructura está construida con ladrillo, piedra o concreto? _____
- ¿El Techo es de platabanda, losa de cemento o teja? _____
- ¿Las paredes están construidas con ladrillo, piedra o concreto? _____
- ¿Esta protegido el inmueble con alarma contra robo? En caso afirmativo indique: _____
- ¿Cuenta el inmueble con vigilancia privada? En caso afirmativo indique: _____
- ¿Están protegidas las puertas y ventanas con rejas de seguridad? _____
- ¿Existe alguna persona alquilada en el inmueble? _____
- ¿Deja el inmueble deshabitado durante algún período en el año? En caso afirmativo indique: _____
- ¿El inmueble es utilizado para alguna otra actividad comercial? Si es afirmativa su respuesta, especifique: _____
- ¿El inmueble está en buenas condiciones de habitabilidad? _____
- ¿Alguno de los bienes asegurables es transportado fuera del local? En caso afirmativo indique: _____

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: ____ / ____ / ____
			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 Moneda ()
			____ / ____ / ____	
			____ / ____ / ____	
			____ / ____ / ____	

Bienes a Asegurar

Descripción	Marca / Fabricante	Modelo	Año	N° Serial	Valor Total a Riesgo Moneda ()

EL ASEGURADO DEBERÁ ANEXAR LISTADO CON LA DESCRIPCIÓN (marca, modelo, serial y costo individual) DE LOS BIENES O EQUIPOS ASEGURABLES CON SUS FACTURAS CORRESPONDIENTES, SEGÚN SEA EL CASO.

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

Coberturas	Sumas Aseguradas	Deducible
Básica	<input type="checkbox"/>	

COBERTURAS 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.

Hurto	<input type="checkbox"/>		
Riesgos de Carretera	<input type="checkbox"/>		
Motín, Disturbios Populares, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos	<input type="checkbox"/>		
Terremoto o Temblor de Tierra	<input type="checkbox"/>		
Ciberseguridad	<input type="checkbox"/>		
Compra Protegida	<input type="checkbox"/>		
Protege tu Diversión	<input type="checkbox"/>		

Anulación de Viaje Aéreo	<input type="checkbox"/>		
Suspensión de Espectáculos	<input type="checkbox"/>		

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.

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

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.

Firmas	Propuesto Asegurado	El Representante Legal (en caso que lo amerite)	Huella	Pulgar derecho o en su defecto pulgar izquierdo
	Fecha: ____ / ____ / ____	Fecha: ____ / ____ / ____		_____

Intermediario de la Actividad Aseguradora:

Fecha: ____ / ____ / ____

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