



Solicitud de Seguro Póliza de Seguro de Sustracción Ilegítima

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

Datos del Tomador del Seguro y del Propuesto Asegurado

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 checked="" 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: _____	
¿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 checked="" type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/>
	Fecha Constitución: ____ / ____ / ____ Patrimonio: _____ N° Registro: _____ Tomo: _____
	Actividad Económica: Profesional <input checked="" type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Especifique: _____
	Utilidad del ejercicio económico inmediato anterior: _____
	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 <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N° _____ 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: _____	
¿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:	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 checked="" 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: _____
¿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 m)	Fecha de Suscripción: / /	Frecuencia Anual <input type="checkbox"/>	Semestral <input type="checkbox"/>
Hasta: / / (a las 12 m)	Fecha de Movimiento: / /	de Pago <input type="checkbox"/>	Trimestral <input type="checkbox"/>
Intermediario de Seguros: _____	Código: _____	Moneda: _____	Sucursal: _____
Información General del Riesgo			
Indole o Actividad: _____		Tipo de Riesgo: _____	
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: _____		
N° Teléfono / Fax: _____		Relación del Inmueble con el Asegurado: _____	
Materiales de Construcción del Inmueble	Estructura:	Concreto Armado, Hierro Revestido <input type="checkbox"/> Metálica sin revestimiento <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____	
	Techos:	Concreto Armado, Hierro Revestido <input type="checkbox"/> Láminas de Zinc, Aluminio, Hierro o Asbesto <input type="checkbox"/> Madera Láminas No Combustible <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____	
	Paredes:	Ladrillo Macizo, Piedra, Concreto Armado <input type="checkbox"/> Hierro, Vidrio, Zinc <input type="checkbox"/> Madera, Bahareque, Láminas de Aluminio <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____	
	Puertas:	Hierro o Acero <input type="checkbox"/> Madera, Vidrio o Cristal <input type="checkbox"/> Láminas de Plástico <input type="checkbox"/> Puertas Tipo Multilock <input type="checkbox"/> Rejas Metálicas <input type="checkbox"/> Puerta con Reja Normal <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____	
	Ventanas:	Con Rejas tipo Multilock <input type="checkbox"/> Con Reja Normal <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____	
Construcciones especiales: _____			
¿Existen locales contiguos o conexos? En caso afirmativo, detalle su respuesta: _____			
¿Los bienes a asegurar están contenidos en varios locales, ubicados en predios diferentes? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Número de Locales: _____			
¿Colinda el inmueble que contiene los bienes asegurados con inmuebles desocupados, invadidos o abandonados o en ruinas, obras en demolición o proceso de construcción? En caso afirmativo, detalle su respuesta: _____			
¿Existen locales contiguos o conexos? En caso afirmativo, detalle su respuesta: _____			
¿Posee el o los locales sistemas de alarmas? En caso afirmativo, detalle su respuesta: _____			
¿Posee el o los locales vigilancia armada? En caso afirmativo, detalle su respuesta: _____			
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: / /
Bienes a Asegurar			
Descripción	Valores Totales a Riesgo	% Primer Riesgo	Suma Asegurada
Coberturas a Contratar			
Descripción	Deducible	% Primer Riesgo Relativo	
Robo			
Asalto o Atraco			
Daños causados a la residencia o local asegurado, a consecuencia directa de robo, asalto o atraco			
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 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		Huellas
	Fecha: / /		
	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.			
Firmas	Propuesto Asegurado		Huellas
	Fecha: / /		
	Intermediario de la Actividad Aseguradora:		
	El Representante Legal (en caso que lo)		
	Fecha: / /		
	Fecha: / /		
Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, mediante Providencia N° SAA-09-0403-2025 de fecha 15/05/2025			
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 - Inscrita en la Superintendencia de La Actividad Aseguradora bajo el N° 23 - Miembro de la "Cámara de Aseguradores de Venezuela".			