



Solicitud de Seguro Póliza de Seguro Combinado Empresarial

N° Solicitud

Emisión Inclusión

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 Bs.: _____
	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: _____
	Patrimonio, según último estado de resultados o estado de ganancias y pérdidas: _____
	Nombres y Apellidos Representante Legal o Persona Contacto: _____
	Cédula / Pasaporte: N° V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> R.I.F.: _____ Nacionalidad _____
	Actividad Económica: (si es comerciante indique el ramo): _____
	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 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 Bs.: _____
	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" _____	
Propuesto Asegurado 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: _____
	Patrimonio, según último estado de resultados o estado de ganancias y pérdidas: _____

Propuesto Asegurado Pers

Nombres y Apellidos Representante Legal o Persona Contacto: _____
 Cédula / Pasaporte: N° V E R.I.F.: _____ Nacionalidad _____
 Actividad Económica: (si es comerciante indique el ramo): _____
 Dirección de Oficina: _____
 Urbanización / Zona / Sector: _____ Estado: _____
 Ciudad: _____ Municipio: _____ N° Teléfono: _____
 Correo Electrónico: _____ N° Teléfono Celular: _____
 Urbanización / Zona / Sector: _____ Estado: _____
 Ciudad: _____ Municipio: _____ N° Teléfono: _____
 ¿Tiene o tuvo relación laboral y/o comercial de importancia con un Ente del Estado? Si No
 En caso afirmativo, debe completar la planilla "Persona Expuesta Politicamente" _____

Propuesto Asegurado:

Apellidos: _____ Nombres: _____
 Cédula / Pasaporte: N° V E R.I.F.: _____ Nacionalidad _____
 Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: F M Estado Civil: S C D V O
 Profesión: _____ Ocupación _____
 Actividad Económica: (si es comerciante indique el ramo): _____ Ingreso Anual Bs.: _____
 Descripción de la Actividad Económica Independiente Dependiente Societaria
 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 No
 En caso afirmativo, debe completar la planilla "Persona Expuesta Politicamente" _____

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	<input type="checkbox"/>	Residencia	<input type="checkbox"/>	Comercio	<input type="checkbox"/>	Industria	<input type="checkbox"/>
Sur: _____ a mts.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Este: _____ a mts.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Oeste: _____ a mts.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

 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
 Regularidad: _____

Vista Vertical

Vista Horizontal

Estructura: Concreto armado; hierro revestido de concreto armado Madera
 Metálica sin revestimiento

Techos: Concreto armado; placas de concreto; platabanda
 Láminas de zinc, aluminio, hierro o asbesto
 Madera; láminas no combustibles sobre armazón de madera y / o caña; láminas tratadas con aislantes combustibles

Pared: Ladrillo macizo; piedra; concreto armado; bloques macizos de arcilla; bloques de arcilla o de cemento huecos, frisados por ambos lados
 Hierro; vidrio; asbesto; zinc; bloques de arcilla o de cemento huecos; bloques de ventilación
 Madera; bahareque; caña; láminas de aluminio; cartón prensado; madera comprimida y similares
 Obra limpia con menos del 50% de ventanería

Fachada: Vidrio o ventanales completos; muro-cortina de vidrio o plástico
 Cerámica; loza; mármol u otro material similar

Materiales	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			
Prevención y Protección contra Incendio	Sistemas Básicos	<input type="checkbox"/> Alarma <input type="checkbox"/> Detección <input type="checkbox"/> Extinción Portátil <input type="checkbox"/> Externos	Hidrantes	<input type="checkbox"/> Internos <input type="checkbox"/> Con Impulsión Propia <input type="checkbox"/> Sin Impulsión Propia
	Sistemas Adicionales	Vigilancia <input type="checkbox"/> Con reloj control <input type="checkbox"/> Sin reloj control	Brigada contra Incendio	<input type="checkbox"/> Personal Profesional <input type="checkbox"/> Personal No Profesional
	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: / /
			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 Relativo	% Primer Riesgo Absoluto	Suma Asegurada
Edificaciones				
Instalaciones				
Mobiliario				
Existencias				
Maquinarias y Equipos Industriales				
Equipos Electrónicos				
Productos Terminados				
Productos en Elaboracion				
Suministros				
Mejoras O Bienhechurias				
Otros				

En caso de maquinarias, equipos industriales y equipos electrónicos, indique				
Descripción	Marca y Modelo	Año	Capacidad	Valor Total a Riesgo

Detalle de Otros Bienes que por su tipo lo requieran (Vidrios, Objtos Valiosos etc)	
Descripción Detallada	Suma Asegurada

Coberturas a Contratar	
Básica	Sumas Aseguradas
1 Incendio	<input type="checkbox"/>
2 Daños causados por Agua	<input type="checkbox"/>
3 Coberturas Complementarias	<input type="checkbox"/>
4 Responsabilidad Civil Extracontractual	<input type="checkbox"/>
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.	
1 Sustraccion Ilegitima (Robo, Asalto o Atraco, Hurto)	<input type="checkbox"/>
2 Mercancia en Transito	<input type="checkbox"/>
3 Reparto a Domicilio de Existencias y Bienes	<input type="checkbox"/>
4 Terremoto o Temblor de Tierra	<input type="checkbox"/>

5	Motin, Disturbios Populares, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos	<input checked="" type="checkbox"/>	
6	Daños causados por Agua, en exceso de la Cobertura Básica	<input checked="" type="checkbox"/>	
7	Inundacion	<input checked="" type="checkbox"/>	
8	Rotura de Vidrios y Anuncios	<input checked="" type="checkbox"/>	
9	Deterioro de Bienes Refrigerados o Congelados	<input checked="" type="checkbox"/>	
10	Pérdidas Indirectas para Bienes Refrigerados o Congelados	<input checked="" type="checkbox"/>	
11	Perdida de Renta: N° meses	Renta Mensual Bs.	<input checked="" type="checkbox"/>
12	Perdidas Indirectas	<input checked="" type="checkbox"/>	
13	Reconstrucción de Archivos, en exceso de la Cobertura Básica	<input checked="" type="checkbox"/>	
14	Demolicion, Remocion o Limpieza de Escombro, en exceso de la Cobertura	<input checked="" type="checkbox"/>	
15	Honorarios de Arquitectos, Topografos e Ingenieros, en exceso de la Cobertura Básica	<input checked="" type="checkbox"/>	
16	Equipos de Contratistas	<input checked="" type="checkbox"/>	
17	Rotura de Maquinarias y Daños Internos de equipos Electrónicos.	<input checked="" type="checkbox"/>	
18	Lucro Cesante por Rotura de Maquinarias	<input checked="" type="checkbox"/>	
19	Pérdidas Indirectas por Rotura de Maquinarias	<input checked="" type="checkbox"/>	
20	Responsabilidad Civil Extracontractual en exceso de la Cobertura Básica	<input checked="" type="checkbox"/>	
21	Riesgo locativo	<input checked="" type="checkbox"/>	
22	Responsabilidad Ante Vecinos	<input checked="" type="checkbox"/>	
23	Responsabilidad Civil de Producto	<input checked="" type="checkbox"/>	
24	Responsabilidad Civil Solidaria por Contratistas y/o Subcontratistas Independientes	<input checked="" type="checkbox"/>	
25	Responsabilidad por el uso de vehículos a motor de transporte terrestre ajenos o alquilados	<input checked="" type="checkbox"/>	
26	Responsabilidad Civil por Daños por Agua	<input checked="" type="checkbox"/>	
27	Responsabilidad Civil Contaminación del Medio Ambiente	<input checked="" type="checkbox"/>	
28	Responsabilidad Civil Estacionamientos	<input checked="" type="checkbox"/>	
29	Responsabilidad Civil Talleres Mecánicos para Vehículos a Motor de Transporte Terrestre	<input checked="" type="checkbox"/>	
30	Responsabilidad Civil Prueba de Vehículos a Motor de Transporte Terrestre	<input checked="" type="checkbox"/>	
31	Responsabilidad Civil del Patrono	<input checked="" type="checkbox"/>	
32	Fidelidad	<input checked="" type="checkbox"/>	
33	Dinero dentro del Local	<input checked="" type="checkbox"/>	
34	Dinero en Transito	<input checked="" type="checkbox"/>	
35	Falsificacion	<input checked="" type="checkbox"/>	
36	Expropiación por Causa de Utilidad Pública o Social y Gastos de Hospedaje en Caso de Ocupación Temporal de las Edificaciones Propiaspor Causa Extraña No Imputable	<input checked="" type="checkbox"/>	

Sistema de Prevención y Protección contra Robo

¿Existe sistema de Alarma contra Robo? SI NO Indique Ubicación de los puntos Protegidos

Techo Paredes Exteriores Paredes Interiores Vitrinas o Vidrios Pisos

Ventanas Otros Especifique _____

¿Hay contratos de Mantenimiento de Alarma? SI Empresa: _____ NO

Vigilancia NO SI Empresa: _____

Vigilancia Armada sin reloj de control: al menos una persona contratada al efecto dentro del predio durante horas no laborables

Vigilancia Armada sin reloj de control: con un sistema de ronda durante horas no laborables que recorran cada dos horas un mínimo de cuatro estaciones.

Protecciones y elementos adicionales de seguridad: _____

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

- 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-09-0582-2025 de fecha 27/06/2025