



## Solicitud de Seguro PÓLIZA DE SEGURO DE CASCO DE VEHÍCULOS TERRESTRES AUTOMEDIDA

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

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

Tomador Persona Natural

Apellidos: _____	Nombres: _____
Cédula / Pasaporte: <input checked="" type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> E N° _____	R.I.F.: _____ Nacionalidad: _____
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____	Sexo: F <input checked="" type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> Estado Civil: S <input checked="" type="checkbox"/> C <input checked="" type="checkbox"/> D <input checked="" type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/>
Profesión: _____	Ocupación: _____ Oficio: _____
Actividad comercial: (si es comerciante indique el ramo): _____	Ingreso Anual Bs: _____
La actividad comercial la realiza como: Independiente <input checked="" type="checkbox"/> Dependiente <input checked="" type="checkbox"/> Societaria <input checked="" type="checkbox"/>	
N° Teléfono Celular: _____	Correo Electrónico: _____
Dirección de Habitación: _____	
Estado: _____	Ciudad: _____ Municipio: _____
Urbanización / Zona / Sector: _____	Parroquia: _____ Avenida: _____
Calle/Transversal/Vereda: _____	Casa: _____ Edificio: _____ Piso: _____
Apartamento: _____	Código Postal: _____ N° Teléfono: _____
Dirección de Oficina: _____	
Estado: _____	Ciudad: _____ Municipio: _____
Urbanización / Zona / Sector: _____	Parroquia: _____ Avenida: _____
Calle/Transversal/Vereda: _____	Casa: _____ Edificio: _____ Piso: _____
Apartamento: _____	Código Postal: _____ N° Teléfono: _____
Dirección de Cobro: _____	
Estado: _____	Ciudad: _____ Municipio: _____
Urbanización / Zona / Sector: _____	Parroquia: _____ Avenida: _____
Calle/Transversal/Vereda: _____	Casa: _____ Edificio: _____ Piso: _____
Apartamento: _____	Código Postal: _____ N° Teléfono: _____
¿Es Ud. Una persona expuesta políticamente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, marcar si es Directo o Relacionado: Directo <input checked="" type="checkbox"/> Relacionado <input checked="" type="checkbox"/>	

Tomador Persona Jurídica

Siglas o Nombre Comercial: _____	Tipo de Persona: Privada <input checked="" type="checkbox"/> Pública <input checked="" type="checkbox"/>
Fecha Constitución: ____ / ____ / ____	Ingreso Anual Bs: _____ N° Registro: _____ Tomo: _____
Actividad Económica: Industrial <input checked="" type="checkbox"/> Comercial <input checked="" type="checkbox"/> Profesional <input checked="" type="checkbox"/>	
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: <input checked="" type="checkbox"/> V <input checked="" type="checkbox"/> E N° _____	R.I.F.: _____ Nacionalidad: _____
Actividad Comercial: _____	
N° Teléfono Celular: _____	Correo Electrónico: _____
Dirección de Oficina: _____	
Estado: _____	Ciudad: _____ Municipio: _____
Urbanización / Zona / Sector: _____	Parroquia: _____ Avenida: _____
Calle/Transversal/Vereda: _____	Casa: _____ Edificio: _____ Piso: _____
Apartamento: _____	Código Postal: _____ N° Teléfono: _____
Dirección de Cobro: _____	
Estado: _____	Ciudad: _____ Municipio: _____
Urbanización / Zona / Sector: _____	Parroquia: _____ Avenida: _____
Calle/Transversal/Vereda: _____	Casa: _____ Edificio: _____ Piso: _____
Apartamento: _____	Código Postal: _____ N° Teléfono: _____
¿Es Ud. Una persona expuesta políticamente? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, marcar si es Directo o Relacionado: Directo <input checked="" type="checkbox"/> Relacionado <input checked="" type="checkbox"/>	

Propuesto Asegurado  
Persona Natural:

Apellidos:	_____		Nombres:	_____	
Cédula / Pasaporte:	V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N° _____	R.I.F.:	_____	Nacionalidad:	_____
Fecha de Nacimiento:	____ / ____ / ____	Sexo:	M <input type="checkbox"/> F <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 comercial: (si es comerciante indique el ramo):	_____			Ingreso Anual Bs:	_____
La actividad comercial la realiza como:	Independiente <input type="checkbox"/>	Dependiente <input type="checkbox"/>	Societaria <input type="checkbox"/>	_____	
N° Teléfono Celular:	_____		Correo Electrónico:	_____	
Dirección de Habitación:	_____				
Estado:	_____	Ciudad:	_____	Municipio:	_____
Urbanización / Zona / Sector:	_____	Parroquia:	_____	Avenida:	_____
Calle/Transversal/Vereda:	_____	Casa:	_____	Edificio:	_____
Piso:	_____				
Apartamento:	_____	Código Postal:	_____	N° Teléfono:	_____
Dirección de Oficina:	_____				
Estado:	_____	Ciudad:	_____	Municipio:	_____
Urbanización / Zona / Sector:	_____	Parroquia:	_____	Avenida:	_____
Calle/Transversal/Vereda:	_____	Casa:	_____	Edificio:	_____
Piso:	_____				
Apartamento:	_____	Código Postal:	_____	N° Teléfono:	_____
¿Es Ud. Una persona expuesta políticamente?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____		
En caso afirmativo, marcar si es Directo o Relacionado:	Directo <input type="checkbox"/>	Relacionado <input type="checkbox"/>	_____		

Propuesto Asegurado  
Persona Jurídica:

Denominación de la Razón Social:	_____				
Siglas o Nombre Comercial:	_____		Tipo de Persona:	Privada <input type="checkbox"/>	Pública <input type="checkbox"/>
Fecha Constitución:	____ / ____ / ____	Ingreso Anual Bs:	_____	N° Registro:	_____
Tomos:	_____				
Actividad Económica:	Industrial <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/>	Profesional <input type="checkbox"/>	_____	
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:	_____				
N° Teléfono Celular:	_____		Correo Electrónico:	_____	
Dirección de Oficina:	_____				
Estado:	_____	Ciudad:	_____	Municipio:	_____
Urbanización / Zona / Sector:	_____	Parroquia:	_____	Avenida:	_____
Calle/Transversal/Vereda:	_____	Casa:	_____	Edificio:	_____
Piso:	_____				
Apartamento:	_____	Código Postal:	_____	N° Teléfono:	_____
¿Es Ud. Una persona expuesta políticamente?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____		
En caso afirmativo, marcar si es Directo o Relacionado:	Directo <input type="checkbox"/>	Relacionado <input type="checkbox"/>	_____		

### Datos del Riesgo

Conductor Habitual del Vehículo:  Propietario  Cónyugue  Hijo  Chofer  Otro: \_\_\_\_\_

Complete si el **Conductor del Vehículo a Asegurar**, es diferente al 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:	_____	
Oficio:	_____				

Placa:	_____		Marca:	_____	
Modelo:	_____	Versión:	_____	Año:	_____
Serial del Motor:	_____				
Serial de Carrocería:	_____				
Color Principal:	_____			Nro. de Pasajeros:	_____
Nro. de Cilindros:	_____	Peso:	_____ Kgs.	Capacidad de Carga:	_____ Tm.
Tipo de Carga:	_____				
Transmisión:	<input type="checkbox"/> Sincrónico	<input type="checkbox"/> Automático	<input type="checkbox"/> Secuencial	_____	
Fecha de Adquisición:	_____		Nro. De Título de Propiedad:	_____	

Tipo de Uso:  Particular  Carga  Moto  Otro: \_\_\_\_\_  
 Frecuencia de Uso:  Diario  Interdiario  Eventual  Otra: \_\_\_\_\_  
 Localidad de Uso Habitual del Vehículo (Edo/Ciudad): \_\_\_\_\_  
 Dispositivo de Seguridad:  Tranca Pedales  Tranca Palanca  Alarma  
 Corta Corriente  Ninguno  Otro: \_\_\_\_\_

**Información General del Seguro Solicitado**

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

Intermediario de la Actividad Aseguradora: \_\_\_\_\_ Nro.Credencial: \_\_\_\_\_ 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
			/ /	
			/ /	
			/ /	

**Coberturas Solicitadas**

Cobertura Básica	Cobertura Básica de Accidente de Tránsito	Suma Asegurada	Deducible
	Límite de Eventos <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		

**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.**

COBERTURAS OPCIONALES:	<input type="checkbox"/> Rotura de Vidrios		
	<input type="checkbox"/> Pérdida Total		
	<input type="checkbox"/> Situaciones Catastróficas		

**Beneficiarios en caso de Muerte del Asegurado**

Apellidos y Nombre	Parentesco con el Asegurado	Cédula de Identidad	Fecha de Nacimiento	Sexo	% Participac.	Teléfono Contacto

**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 N° SAA-09-0922-2025 de fecha 11/09/2025