



Solicitud de Seguro Póliza de Seguro de Eventos Catastróficos

N° Solicitud _____
Emisión
Inclusión
Inclusión

Datos del Tomador del Seguro, del Propuesto Asegurado y del Beneficiario

Tomador Persona Natural	Apellidos: _____ Nombres: _____
	Cédula / Pasaporte: <input type="checkbox"/> 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 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: _____	
¿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 type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/>
	Fecha Constitución: ____/____/____ Patrimonio: _____ N° Registro: _____ Tomo: _____
	Actividad Económica: Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Especifique: _____
	Utilidad del ejercicio económico inmediato anterior: _____
	Nombres y Apellidos Representante Legal o Persona Contacto: _____
	Cédula / Pasaporte: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N° _____ R.I.F.: _____ Nacionalidad: _____
	Actividad Comercial: _____ Ingreso Promedio Anual: _____
	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: _____
¿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: <input type="checkbox"/> 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 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: _____	
	¿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 h) _____ Fecha de Suscripción: ____/____/____ Frecuencia de Pago: Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/>
Hasta: ____/____/____ (a las 12 h) _____ Fecha de Movimiento: ____/____/____ Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>
Intermediario de Seguros: _____ Código: _____ Moneda: _____ Sucursal: _____

Información General del Riesgo						
General	Indole o Actividad: _____ Tipo de Riesgo: _____					
	Tipo: 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? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha del Inventario Físico más reciente: ____ / ____ / ____					
Ubicación del Riesgo	¿Dónde se guardan los libros de Contabilidad? 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: _____					
	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. _____		Residencia	Comercio	Industria	
	Sur: _____ a mts. _____					
	Este: _____ a mts. _____					
	Oeste: _____ a mts. _____					
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: <input type="checkbox"/> Sí - Describa: _____ <input type="checkbox"/> No					
	Regularidad: _____					
						
	Estructura: <input type="checkbox"/> Concreto armado; hierro revestido de concreto armado <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Metálica sin revestimiento					
	Techos: <input type="checkbox"/> Concreto armado; placas de concreto; platabanda <input type="checkbox"/> Láminas de zinc, aluminio, hierro o asbesto <input type="checkbox"/> Madera; láminas no combustibles sobre armazón de madera y / o caña; láminas tratadas con aislantes combustibles					
	Pared: <input type="checkbox"/> Ladrillo macizo; piedra; concreto armado; bloques macizos de arcilla; bloques de arcilla o de cemento huecos, frisados por ambos lados <input type="checkbox"/> Hierro; vidrio; asbesto; zinc; bloques de arcilla o de cemento huecos; bloques de ventilación <input type="checkbox"/> Madera; bahareque; caña; láminas de aluminio; cartón prensado; madera comprimida y similares <input type="checkbox"/> Obra limpia con menos del 50% de ventanería					
	Fachada: <input type="checkbox"/> Vidrio o ventanales completos; muro-cortina de vidrio o plástico <input type="checkbox"/> Cerámica; loza; mármol u otro material similar					
	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						
<input type="checkbox"/> de hasta 4 metros de altura						
<input type="checkbox"/> de más de 4 m. (como tanques elevados o silos) Año de construcción: _____						
Chimeneas industriales Altura (en metros): _____						
Puentes grúa con capacidad: <input type="checkbox"/> Menor que 100 toneladas <input type="checkbox"/> Mayor que 100 toneladas						
Torres Altura (en metros): _____						
Antenas Altura (en metros): _____						
Existencia de sustancias inflamables: <input type="checkbox"/> Sí - Describa: _____ <input type="checkbox"/> No						
Prevención y Protección contra incendio	Sistemas Básicos		Hidrantés		Reciadores	
	<input type="checkbox"/> Alarma <input type="checkbox"/> Detección <input type="checkbox"/> Extinción Portátil <input type="checkbox"/> Externos		<input type="checkbox"/> Internos <input type="checkbox"/> Con Impulsión Propia <input type="checkbox"/> Sin Impulsión Propia		<input type="checkbox"/> Abiertos <input type="checkbox"/> Automáticos	
	Sistemas Adicionales		Brigada contra incendio		Sistemas Especiales de Extinción	
	Vigilancia <input type="checkbox"/> Con reloj control <input type="checkbox"/> Sin reloj control		<input type="checkbox"/> Personal Profesional <input type="checkbox"/> Personal No Profesional		<input type="checkbox"/> Halón <input type="checkbox"/> Espuma <input type="checkbox"/> Agua Pulverizada <input type="checkbox"/> Polvo Químico Seco <input type="checkbox"/> Bióxido de Carbono	
Fuentes de Agua <input type="checkbox"/> Una <input type="checkbox"/> Dos						
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: ____ / ____ / ____		
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							
Mobiliario							
Instalaciones							
Existencias							
Suministros							
Efectos Personales							
Maquinarias y Equipos Industriales							
Equipos Electrónicos							
Mejoras o Bienhechurías							
En caso de maquinarias, equipos industriales y equipos electrónicos, indique							
Descripción	Marca y Modelo	Año	Capacidad				
Coberturas a Contratar							
Básica			Sumas Aseguradas				
a. Terremoto		<input type="checkbox"/>					
b. Honorarios de Arquitectos, Topógrafos e Ingenieros		<input type="checkbox"/>					
c. Demolición, Remoción o Limpieza de Escombros		<input type="checkbox"/>					
d. Reconstrucción de Archivos		<input type="checkbox"/>					
Opcionales (no son de obligatoria suscripción)			Sumas Aseguradas				
El asegurado NO está obligado a tomar todas y cada una de las coberturas aquí señaladas, pudiendo seleccionar libremente las que se ajusten a sus necesidades.							
a. Motín, Disturbios Populares, Disturbios Laborales y Daños		<input type="checkbox"/>					
b. Inundación		<input type="checkbox"/>					
c. Honorarios de Arquitectos, Topógrafos e Ingenieros en exceso de la Cobertura Básica		<input type="checkbox"/>					
d. Demolición, Remoción o Limpieza de Escombros en exceso de la Cobertura Básica		<input type="checkbox"/>					
e. Reconstrucción de Archivos en exceso de la Cobertura Básica		<input type="checkbox"/>					
Datos de Beneficiarios							
Beneficiario Preferencial	Indicar el nombre del Beneficiario Preferencial:						
Beneficiarios del Seguro (si son diferentes del Asegurado):							
Apellidos y Nombres:		Cédula / Pasaporte / R.I.F.: <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N°					
		Cédula / Pasaporte / R.I.F.: <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N°					
Declaración de Origen de Fondos							
I. Yo, _____, titular de la cédula de identidad N° _____ en mi carácter de TOMADOR, doy fe de que el dinero							
Firmas	Por el Tomador	Firmas	Propuesto Asegurado Titular	Huella	Por el Tomador	Huella	Propuesto Asegurado Titular
	Fecha: ____/____/____		Fecha: ____/____/____		PULGAR DERECHO		PULGAR DERECHO
Declaración de Fe							
Yo, _____ el Propuesto Asegurado Titular, 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 de la Empresa/Compañía de Seguros 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. Declaro a mi leal saber y entender, que todas las afirmaciones hechas en esta solicitud son verdaderas, correctas, completas y no son falsas ni inexactas o parcialmente verdaderas. Es mi responsabilidad informarle a Estar Seguros, S.A. sobre cualquier cambio en las afirmaciones, incluyendo cualquier cambio en la historia médica que ocurra antes de que esta solicitud sea suscrita y antes de la fecha de aprobación de la emisión de la póliza y pago de la respectiva prima. Entiendo que la información ofrecida por mí en esta solicitud será decisiva para la aprobación de la emisión de la póliza de seguro requerida y que cualquier inexactitud, tergiversación, error u omisión será considerada una declaración falsa y puede servir de base para la posterior rescisión o terminación de la póliza, o la negativa de amparo de reclamos.							
IV. 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		Huella	Pulgar derecho o en su defecto pulgar izquierdo		
	Fecha: ____/____/____	Fecha: ____/____/____					
Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, mediante Oficio N°SAA-09-0441-2025 de fecha 27/05/2025							
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 - Inscrípta en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el N° 23 - Miembro de la "Cámara de Aseguradores de Venezuela".							
