



Solicitud de Seguro

PÓLIZA DE SEGURO DE CASCO DE VEHÍCULOS TERRESTRES

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: V <input checked="" type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> 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"/> O <input checked="" type="checkbox"/>	
Profesión: _____		Ocupación: _____ Oficio: _____	
Actividad comercial: (si es comerciante indique el ramo): _____		Ingreso Anual: _____	
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 type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
En caso afirmativo, marcar si es Directo o Relacionado: Directo <input type="checkbox"/> Relacionado <input type="checkbox"/>			

Tomador Persona Jurídica

Denominación de la Razón Social: _____		Tipo de Persona: Privada <input checked="" type="checkbox"/> Pública <input checked="" type="checkbox"/>	
Siglas o Nombre Comercial: _____		N° Registro: _____ Tomo: _____	
Fecha Constitución: ____ / ____ / ____		Ingreso Anual: _____	
Actividad Económica: Industrial <input checked="" type="checkbox"/> Comercial <input checked="" type="checkbox"/> Profesional <input checked="" type="checkbox"/>			
Nombres y Apellidos Representante Legal o Persona Contacto: _____			
Cédula / Pasaporte: V <input checked="" type="checkbox"/> E <input checked="" 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: _____	
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"/>			
Utilidad del ejercicio económico inmediatamente anterior, cuando aplique: _____		Patrimonio, según último estado de resultados o estado de ganancias y pérdidas: _____	

Propuesto Asegurado
Persona Natural:

Apellidos: _____ Nombres: _____
Cédula / Pasaporte: V E N° _____ R.I.F.: _____ Nacionalidad: _____
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: F M Estado Civil: S C D V
Profesión: _____ Ocupación: _____ Oficio: _____
Actividad comercial: (si es comerciante indique el ramo): _____ Ingreso Anual: _____
La actividad comercial la realiza como: Independiente Dependiente Societaria
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 No
En caso afirmativo, marcar si es Directo o Relacionado: Directo Relacionado

Propuesto Asegurado
Persona Jurídica:

Denominación de la Razón Social: _____
Siglas o Nombre Comercial: _____ Tipo de Persona: Privada Pública
Fecha Constitución: ____ / ____ / ____ Ingreso Anual: _____ N° Registro: _____ Tomo: _____
Actividad Económica: Industrial Comercial Profesional
Nombres y Apellidos Representante Legal o Persona Contacto: _____
Cédula / Pasaporte: V 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: _____
¿Es Ud. Una persona expuesta políticamente? Si No
En caso afirmativo, marcar si es Directo o Relacionado: Directo Relacionado
Utilidad del ejercicio económico inmediatamente anterior, cuando aplique: _____ Patrimonio, según último estado de resultados o estado de ganancias y pérdidas: _____

Datos del Riesgo

Conductor Habitual del Vehículo: Propietario Cónyuge Hijo Chofer Otro: _____

Complete si el **Conductor del Vehículo a Asegurar**, es diferente al Propuesto Asegurado:

Datos Personales
Apellidos: _____ Nombres: _____
Cédula / Pasaporte: V E N° _____ R.I.F.: _____ Nacionalidad: _____
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: F M Estado Civil: S C D V O
Profesión: _____ Ocupación: _____ Oficio: _____

Datos del Vehículo
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: Sincrónico Automático Secuencial
Fecha de Adquisición: _____ Nro. De Título de Propiedad: _____

so del hículo
Tipo de Uso: Particular Carga Moto Otro: _____
Frecuencia de Uso: Diario Interdiario Eventual Otra: _____
Localidad de Uso Habitual del Vehículo (Edo/Ciudad): _____

Uc Ve | 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 Seguros: _____ 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
BASICA

- Pérdida Total
 Pérdida Parcial
 Cobertura Amplia

Suma Asegurada Deducible

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:

- Indemnización Diaria
 Situaciones Catastróficas
 Accesorios no Originales
 Motín, Conmoción Civil y Disturbio Popular,
 Disturbios Laborales o Conflictos de Trabajo, Daños Maliciosos

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-09-0992-2025 de fecha 25/09/2025