



**Solicitud de Seguro**  
**PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE**  
**VEHÍCULOS**

N° Solicitud

Emisión

Inclusión

**Datos del Propuesto Asegurado**

**Tipo Persona:** Natural  Jurídica

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  O   
 Profesión: \_\_\_\_\_ Ocupación u Oficio: \_\_\_\_\_ Ingreso Anual Bs: \_\_\_\_\_  
 Actividad comercial: (si es comerciante indique el ramo): \_\_\_\_\_  
 La actividad comercial la realiza como: Independiente  Dependiente  Societaria   
 Dirección de Habitación: Urbanización / Zona / Sector: \_\_\_\_\_ Avenida: \_\_\_\_\_  
 Calle/Transversal/Vereda: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_ Edificio: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_  
 Dirección de Oficina: Urbanización / Zona / Sector: \_\_\_\_\_ Avenida: \_\_\_\_\_  
 Calle/Transversal/Vereda: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_ Edificio: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ N° Teléfonos: Oficina \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
 ¿Es Ud. Una persona expuesta políticamente? Si  No  En caso Afirmativo, indicar: Directo  Relacionado

Persona Jurídica

Siglas o Nombre Comercial: \_\_\_\_\_ Tipo de Persona: Privada  Pública   
 Fecha Constitución: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Ingreso Anual Bs: \_\_\_\_\_ N° Registro: \_\_\_\_\_ Tomo: \_\_\_\_\_  
 Actividad Económica: Industrial  Comercial  Profesional  Otra  Especifique: \_\_\_\_\_  
 Nombres y Apellidos Representante Legal o Persona Contacto: \_\_\_\_\_  
 Cédula / Pasaporte: V  E  N° \_\_\_\_\_ R.I.F.: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
 Actividad Comercial: \_\_\_\_\_ Ingreso Anual Bs: \_\_\_\_\_  
 Dirección de Oficina: Urbanización / Zona / Sector: \_\_\_\_\_ Avenida: \_\_\_\_\_  
 Calle/Transversal/Vereda: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_ Edificio: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ N° Teléfonos: Oficina \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

**Datos del Tomador ( en caso de ser diferente al Propuesto Asegurado)**

**Tipo Persona:** Natural  Jurídica

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  O   
 Profesión: \_\_\_\_\_ Ocupación u Oficio: \_\_\_\_\_ Ingreso Anual Bs: \_\_\_\_\_  
 Actividad comercial: (si es comerciante indique el ramo): \_\_\_\_\_  
 La actividad comercial la realiza como: Independiente  Dependiente  Societaria   
 Dirección de Habitación: Urbanización / Zona / Sector: \_\_\_\_\_ Avenida: \_\_\_\_\_  
 Calle/Transversal/Vereda: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_ Edificio: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_  
 Dirección de Oficina: Urbanización / Zona / Sector: \_\_\_\_\_ Avenida: \_\_\_\_\_  
 Calle/Transversal/Vereda: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_ Edificio: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ N° Teléfonos: Oficina \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
 ¿Es Ud. Una persona expuesta políticamente? Si  No  En caso Afirmativo, indicar: Directo  Relacionado

Tomador Persona Jurídica

Siglas o Nombre Comercial: \_\_\_\_\_ Tipo de Persona: Privada  Pública   
 Fecha Constitución: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Ingreso Anual Bs: \_\_\_\_\_ N° Registro: \_\_\_\_\_ Tomo: \_\_\_\_\_  
 Actividad Económica: Industrial  Comercial  Profesional  Otra  Especifique: \_\_\_\_\_  
 Nombres y Apellidos Representante Legal o Persona Contacto: \_\_\_\_\_  
 Cédula / Pasaporte: V  E  N° \_\_\_\_\_ R.I.F.: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
 Actividad Comercial: \_\_\_\_\_ Ingreso Anual Bs: \_\_\_\_\_  
 Dirección de Oficina: Urbanización / Zona / Sector: \_\_\_\_\_ Avenida: \_\_\_\_\_  
 Calle/Transversal/Vereda: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_ Edificio: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ N° Teléfonos: Oficina \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

**Dirección de Cobro**

<b>Dirección de Cobro</b>	Urbanización / Zona / Sector: _____ Avenida: _____
	Calle/Transversal/Vereda: _____ Casa: _____ Edificio: _____ Piso: _____
	Estado: _____ Ciudad: _____ Municipio: _____

**Datos del Riesgo**

<b>Datos del Vehículo</b>	Placa: _____ Marca: _____ Modelo: _____
	Versión: _____ Año: _____ Color Principal: _____ Nro. de Pasajeros: _____
	Serial de Carrocería: _____ Nro. de Cilindros: _____ Peso: _____
	Capacidad de Carga: _____ Tm. Tipo de Uso: <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Carga <input type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/> Otro: _____

**Información General del Seguro Solicitado**

Vigencia:	Desde: ____ / ____ / ____ (a las 12 m)	Fecha de Suscripción: ____ / ____ / ____	Frecuencia de Pago ↻	Anual <input type="checkbox"/>	Semestral <input type="checkbox"/>
	Hasta: ____ / ____ / ____ (a las 12 n)	Fecha de Movimiento: ____ / ____ / ____		Trimestral <input type="checkbox"/>	Mensual <input type="checkbox"/>
Intermediario de Seguros: _____		Código: _____	Moneda: _____	Sucursal: _____	

**Coberturas Solicitadas**

<b>Cobertura Básica</b>	Responsabilidad Civil de Vehículos Básica	Daños a Cosas	<b>Suma Asegurada</b>
	Daños a Personas		Según Regulación Vigente

**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.**

<b>Coberturas Opcionales</b>	<input type="checkbox"/> Exceso de Límite	<b>Suma Asegurada</b>
	<input type="checkbox"/> Asistencia Legal y Defensa Penal	_____
	<input type="checkbox"/> Accidentes Personales para Ocupantes de Vehículos	_____
	<input type="checkbox"/> Muerte Accidental	_____
	<input type="checkbox"/> Invalidez Permanente	_____
	<input type="checkbox"/> Gastos Médicos / Atención Psicológica	_____
	<input type="checkbox"/> Gastos por Servicios Funerarios	_____
	<input type="checkbox"/> Asistencia en Viajes Plus	_____

**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-09-0989-2025 de fecha 25/09/2025**