

Solicitud de Seguro
PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD PATRONAL

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

Datos del Tomador del Seguro y del Propuesto Asegurado

Tomador Persona Natural	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 u Oficio _____
	Actividad comercial (si es comerciante indique el ramo): _____ Ingreso Anual: _____
	La actividad comercial la realiza como: Profesional Independiente <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Empleado <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: _____
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: ____ / ____ / ____ Ingreso Promedio Anual: _____ N° Registro: _____ Tomo: _____
	Actividad Económica: Industrial Comercial <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Especifique: _____
	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: _____ 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: _____	
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 u Oficio _____
	Actividad comercial (si es comerciante indique el ramo): _____ Ingreso Promedio Anual: _____
	La actividad comercial la realiza como: Profesional Independiente <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Empleado <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: _____

Información General de la Póliza

Vigencia:	Desde: ____ / ____ / ____ (a las 12 m)	Fecha de Suscripción: ____ / ____ / ____	Frecuencia de Pago:	Anual <input type="checkbox"/>	Semestral <input type="checkbox"/>
	Hasta: ____ / ____ / ____ (a las 12 m)	Fecha de Movimiento: ____ / ____ / ____		Trimestral <input type="checkbox"/>	Mensual <input type="checkbox"/>
Dirección de Cobro: _____					
Intermediario de Seguros: _____ Código: _____ Moneda: _____ Sucursal: _____					
Beneficiario Preferencial <input type="checkbox"/> Indicar el nombre del Beneficiario Preferencial: _____					
Beneficiarios del Seguro (si son diferentes del Asegurado):					
Apellidos y Nombres: _____ Cédula / Pasaporte / R.I.F.: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N° _____					

Coberturas

	Básica	Deducible	Sumas Aseguradas
Discapacidad Temporal	<input type="checkbox"/>		
Discapacidad Parcial Permanente	<input type="checkbox"/>		

Discapacidad Total Permanente para el Trabajo Habitual		
Discapacidad Absoluta Permanente para cualquier Tipo de Actividad Laboral		
Gran Discapacidad		
Muerte		

Cobertura de Asistencia Médica, Quirúrgica y Farmacéutica; solo llenar en caso de que desee una suma asegurada para esta cobertura superior a 7 salarios mínimos, en ese caso elija solo una de estas opciones de salario mínimo:

10 15 20 30 40 50 60 70 80 90 100 110 120

Opcionales		
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.		
	Deducible	Sumas Aseguradas
Cobertura Opcional de Hernias		

Otros Seguros de Responsabilidad Civil

Si posee otro(s) contrato(s) con cobertura similares a las otorgada por este seguro, responda las siguientes preguntas

Aseguradora	N° Contrato	Tipo de Póliza o Ramo	Suma Asegurada	Vigencia	
				Desde	Hasta
				/ /	/ /
				/ /	/ /
				/ /	/ /

¿Le ha sido negada, cancelada, rehusado a renovar, o aceptado el seguro o seguros anteriores bajo condiciones especiales? Si No

De detalles: _____

Características y Ubicación del Riesgo

Tipo de Riesgo: Industrial Comercial Oficina Residencia Almacén o Depósito Otros: _____

Urbanización / Zona / Sector: _____ Estado: _____

Ciudad: _____ Municipio: _____ Zona Postal: _____

Correo Electrónico: _____ N° Teléfono: _____

Persona Contacto: _____ N° Teléfono Celular: _____

Linderos: Indique claramente la índole de las actividades ejercidas en los inmuebles colindantes o terrenos sin edificar, inmuebles desocupados, invadidos, abandonados o en ruinas, obras en demolición o en proceso de construcción.

Norte: _____

Sur: _____

Este: _____

Oeste: _____

Nro. Empleados	Cargo	Actividad que desempeñan	Maquinarias y Equipos que utilizan	Nómina Anual
Total Nómina Anual				

- Otros Datos:**
- ¿Tiene el bien sistema de alarma contra incendio? Si No
 - ¿Tiene el bien a asegurar transformadores en sitios independientes? Si No
 - ¿ Los conductores eléctricos (cables) están protegidos en tuberías de seguridad? Si No
 - ¿Posee planta auxiliar para el suministro de energía eléctrica? Si No
 - ¿Qué tipos de dispositivos de protección utiliza el bien a asegurar? Si No
 - ¿ En su empresa se producen, se operan o almacenan sustancias radioactivas? Si No
 - ¿ En su empresa se producen, se operan o almacenan explosivos o mercancías inflamables? Si No
 - ¿Existen productos alusivos a la prohibición de fumar? Si No
 - ¿En los bienes colindantes con su empresa producen, operan o almacenan sustancias radioactivas o materiales inflamables? Si No
 - ¿Qué mercancías y materias primas predominantes se utilizan dentro del bien a asegurar? _____

Declaración del Tomador

En mi carácter de solicitante de la póliza o en representación de éste, declaro que la información aquí suministrada es exacta, sin omisión alguna de detalle, hecho o circunstancia, con el propósito de aminorar el riesgo, en el entendido que ésta servirá de base al Asegurador para la emisión de la póliza y el cobro de la prima correspondiente. Los riesgos empezarán a correr por cuenta del Asegurador a partir de la fecha indicada en el Cuadro Póliza Recibo. Autorizo la verificación de la misma, así como a suministrar información a terceros para fines de evaluación de riesgo.

Apellidos y Nombres del Propuesto Asegurado	N° Cédula del Propuesto Asegurado	Firma del Propuesto Asegurado	Huella	Pulgar del Propuesto Asegurado
Fecha: / /				

Como Tomador, doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima, proviene de una fuente lícita y por lo tanto, no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas.

Esta solicitud formará parte integrante de la póliza y el Asegurador estará obligado a entregar una copia al Tomador al momento del pago de la prima, conjuntamente con las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Cuadro Póliza Recibo y demás documentos que formen parte del contrato de seguro.

Firmas	Intermediario de Seguro:	El Tomador / Solicitante	El Representante Legal (en caso que lo amerite)	Huella	Pulgar del Tomador
	Fecha: / /	Fecha: / /	Fecha: / /		

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 - Inscrita en la Superintendencia de La Actividad Aseguradora bajo el N° 23 - Miembro de la "Cámara de Aseguradores de Venezuela". FSA-1-1-000655 de fecha 16/11/2021.