



SOLICITUD DE SEGURO
PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA EL
TRANSPORTADOR POR CARRETERA EN VIAJE INTERNACIONAL

N° Solicitud

Emisión

Inclusión

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

Tomador 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 _____
 Actividad Económica: (si es comerciante indique el ramo): _____ Ingreso Anual: _____
 Descripción de la Actividad Económica Independiente Dependiente Societaria _____
 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 No
 En caso afirmativo, Indique Directo _____ Relacionado _____

Tomador Persona Jurídica

Denominación de la Razón Social: _____
 Siglas o Nombre Comercial: _____ Tipo de Persona: Privada Pública
 Fecha Constitución: ____ / ____ / ____ Patrimonio: _____ N° Registro: _____ Tomo: _____
 Actividad Económica: Profesional Comercial Industrial Especifique: _____
 Utilidad del ejercicio economico inmediato anterior: _____
 Nombres y Apellidos Representante Legal o Persona Contacto: _____
 Cédula / Pasaporte: V E 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 No
 En caso afirmativo, Indique Directo _____ Relacionado _____

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 O
 Profesión: _____ Ocupación u Oficio _____
 Actividad Económica: (si es comerciante indique el ramo): _____ Ingreso Anual: _____
 Descripción de la Actividad Económica Independiente Dependiente Societaria _____
 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 No
 En caso afirmativo, Indique Directo _____ Relacionado _____

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 Promedio Anual: _____ N° Registro: _____ Tomo: _____
	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"/>
	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: _____
	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, Indique Directo _____ Relacionado _____	

Datos del Riesgo

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

Datos Personales	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: _____

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 <input type="checkbox"/> Automático <input type="checkbox"/> Secuencial <input type="checkbox"/>	
Fecha de Adquisición: _____ Nro. De Título de Propiedad: _____	

Tipo de Uso:	Duración del Viaje en Número de Días:
1 Vehículos destinados al transporte de pasajeros, inclusive de turismo. <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 3-7 <input type="checkbox"/> 7-15 <input type="checkbox"/> 15-30 <input type="checkbox"/> 365 <input type="checkbox"/>
2 Vehículos destinados al transporte de cargas inflamables, corrosivas o explosivas. <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 3-7 <input type="checkbox"/> 7-15 <input type="checkbox"/> 15-30 <input type="checkbox"/> 365 <input type="checkbox"/>
3 Demás vehículos destinados al transporte de carga. <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 3-7 <input type="checkbox"/> 7-15 <input type="checkbox"/> 15-30 <input type="checkbox"/> 365 <input type="checkbox"/>
4 Autobús o Microbús.	
Con tráfico fronterizo de líneas regulares, limitado hasta 2 horas de recorrido <input type="checkbox"/>	365 <input type="checkbox"/>
De turismo con recorrido hasta 34 kilómetros. <input type="checkbox"/>	365 <input type="checkbox"/>
Tasación Especial	
Taxis y vehículos de alquiler <input type="checkbox"/>	365 <input type="checkbox"/>
Combis o furgonetas hasta 10 pasajeros <input type="checkbox"/>	365 <input type="checkbox"/>
Pic-ups cabina simple (transporte de carga) <input type="checkbox"/>	365 <input type="checkbox"/>

Información General de la Póliza

Vigencia: Desde: ____ / ____ / ____ (a las 12m) Fecha de Suscripción: ____ / ____ / ____
Desde: ____ / ____ / ____ (a las 12m) Fecha de Movimiento: ____ / ____ / ____
Intermediario de la Actividad Aseguradora: _____ Código: _____ Moneda: _____ Sucursal: _____

Beneficiarios del Seguro (si son diferentes del Asegurado)

Nombre y Apellido: _____ Cédula de Identidad / R.I.F. : _____ <input type="checkbox"/> Preferencial
Nombre y Apellido: _____ Cédula de Identidad / R.I.F. : _____ <input type="checkbox"/> 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 a Contratar (expresar los montos en la moneda a contratar)

Cobertura Basica	Sumas Aseguradas
<input type="checkbox"/> Daños a terceros no transportados	
Muerte y Daños Personales	
Daños Materiales	
Varias Reclamaciones de un mismo evento	
<input type="checkbox"/> Daños a pasajeros	
Muerte y Daños Personales	
Daños Materiales	
Varias Reclamaciones de un mismo evento DP	
Varias Reclamaciones de un mismo evento DM	

Coberturas Opcional (expresar los montos en la moneda a contratar)

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.

Cobertura	Sumas Aseguradas
<input type="checkbox"/> Daños ocasionados a personas transportadas (tripulantes)	
Muerte	
Invalidez Total y Permanente	
Gastos Médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios	

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 SAA-09-0878-2025 de fecha 05/09/2025