



Solicitud de Seguro Contrato de Microseguro AutoAhorro

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

Lugar de Nacimiento: _____ 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: _____

Utilidad del ejercicio económico inmediatamente anterior, cuando aplique: Patrimonio, según último estado de resultados o estado de ganancias y pérdidas: _____

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

Lugar de Nacimiento: _____ 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

Siglas o Nombre Comercial: _____ Tipo de Persona: Privada Pública

Fecha Constitución: ____ / ____ / ____ Ingreso Anual Bs: _____ N° Registro: _____ Tomo: _____

Actividad Económica: Industrial Comercial Profesional Otra Especifique: _____

Utilidad del ejercicio económico inmediatamente anterior, cuando aplique: Patrimonio, según último estado de resultados o estado de ganancias y pérdidas: _____

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:

Urbanización / Zona / Sector: _____ Avenida: _____

Calle/Transversal/Vereda: _____ Casa: _____ Edificio: _____ Piso: _____

Estado: _____ Ciudad: _____ Municipio: _____

Correo Electrónico: _____ N° Teléfonos: _____ Celular _____

Datos del Riesgo

Datos del Vehículo

Placa: _____ Marca: _____ Modelo: _____

Versión: _____ Año: _____ Color Principal: _____ Nro. de Pasajeros: _____

Serial de Carrocería: _____ Nro. de Cilindros: _____ Peso: _____

Capacidad de Carga: _____ Tm. Tipo de Uso: Particular Carga Moto Otro: _____

Información General del Seguro Solicitado

Vigencia: Desde: ____ / ____ / ____ (a las 12 m) Fecha de Suscripción: ____ / ____ / ____ Frecuencia de Pago: Anual Semestral

Hasta: ____ / ____ / ____ (a las 12 n) Fecha de Movimiento: ____ / ____ / ____ Trimestral Mensual

Intermediario de la Actividad Aseguradora: _____ Nro. Credencial: _____ Moneda: _____ Sucursal: _____

Coberturas Solicitadas

Cobertura Básica	Suma Asegurada
Cobertura de Accidente de Tránsito	_____

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° _____ de fecha _____