



PÓLIZA DE SEGURO DE CASCO DE VEHÍCULOS TERRESTRES
Solicitud de Seguros

N° Solicitud
Emisión
Inclusión
Colectivo
Individual

Datos del Tomador del Seguro y del Propuesto Asegurado

Tomador	Persona Natural
	Apellidos: _____ Nombres: _____
	Cédula / Pasaporte: <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N° _____ R.I.F.: _____ Nacionalidad: _____
	Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>
	Profesión: _____ Ocupación: _____
	Actividad comercial: (si es comerciante indique el ramo): _____
	Descripción de la actividad: <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Societaria <input type="checkbox"/> Ingreso Anual: _____
	Persona Jurídica
	Denominación de la Razón Social: _____ Rif: _____
	Siglas o Nombre Comercial: _____ Tipo de Persona: <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/>
Fecha Constitución: _____ Registro de Comercio: _____ N° de Asiento: _____ Tomo: _____ Patrimonio: _____	
Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Industrial Comercial <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Especifique: _____	
Utilidad del ejercicio inmediatamente anterior _____	
Representante Legal	
Nombres: _____ Apellidos: _____	
Cédula / Pasaporte: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N° _____ R.I.F.: _____ Nacionalidad _____	
Actividad Comercial: _____	
N° Teléfono: _____ N° Teléfono Celular: _____ Correo Electrónico: _____	
Dirección del Representante Legal: _____	
Dirección de Habitación:	
Urbanización <input type="checkbox"/> Zona <input type="checkbox"/> Sector: _____ Calle <input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/>	
Vereda <input type="checkbox"/> Carretera <input type="checkbox"/> _____ Estado: _____ Ciudad: _____ Municipio: _____	
Apto <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> _____ Casa <input type="checkbox"/> Edificio <input type="checkbox"/> Torre <input type="checkbox"/> _____ Piso <input type="checkbox"/> Nivel: <input type="checkbox"/>	
N° Teléfono: _____ N° Teléfono Celular: _____	
Correo Electrónico: _____	
Dirección de Oficina:	
Urbanización Zona Sector: _____ Calle Av. _____	
Vereda <input type="checkbox"/> Carretera <input type="checkbox"/> _____ Estado: _____ Ciudad: _____ Municipio: _____	
Apto <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> _____ Casa <input type="checkbox"/> Edificio <input type="checkbox"/> Torre <input type="checkbox"/> _____ Piso <input type="checkbox"/> Nivel: <input type="checkbox"/>	
N° Teléfono: _____ N° Teléfono Celular: _____	
Correo Electrónico: _____	
Dirección de Cobro: <input type="checkbox"/> Habitación <input type="checkbox"/> Oficina: <input type="checkbox"/>	
¿Es usted una persona expuesta políticamente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo debe completar la planilla "Persona Expuesta Políticamente"	
Persona Natural	
Apellidos: _____ Nombres: _____	
Cédula / Pasaporte: <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N° _____ R.I.F.: _____ Nacionalidad: _____	
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>	
Profesión: _____ Ocupación: _____	
Actividad comercial: (si es comerciante indique el ramo): _____	
Descripción de la actividad: <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Societaria <input type="checkbox"/> Ingreso Anual: _____	
Persona Jurídica	
Denominación de la Razón Social: _____ Rif: _____	
Siglas o Nombre Comercial: _____ Tipo de Persona: <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/>	
Fecha Constitución: _____ Registro de Comercio: _____ N° de Asiento: _____ Tomo: _____ Patrimonio: _____	
Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Industrial Comercial <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Especifique: _____	
Utilidad del ejercicio inmediatamente anterior _____	
Representante Legal	
Nombres: _____ Apellidos: _____	
Cédula / Pasaporte: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N° _____ R.I.F.: _____ Nacionalidad _____	
Actividad Comercial: _____	
N° Teléfono: _____ N° Teléfono Celular: _____ Correo Electrónico: _____	
Dirección del Representante Legal: _____	
Dirección de Habitación:	
Urbanización <input type="checkbox"/> Zona <input type="checkbox"/> Sector: <input type="checkbox"/> _____ Calle <input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/>	
Vereda <input type="checkbox"/> Carretera <input type="checkbox"/> _____ Estado: _____ Ciudad: _____ Municipio: _____	
Apto <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> _____ Casa <input type="checkbox"/> Edificio <input type="checkbox"/> Torre <input type="checkbox"/> _____ Piso <input type="checkbox"/> Nivel: <input type="checkbox"/>	
N° Teléfono: _____ N° Teléfono Celular: _____	
Correo Electrónico: _____	
Dirección de Oficina:	
Urbanización <input type="checkbox"/> Zona <input type="checkbox"/> Sector: _____ Calle <input type="checkbox"/> Av. _____	
Vereda <input type="checkbox"/> Carretera <input type="checkbox"/> _____ Estado: _____ Ciudad: _____ Municipio: _____	
Apto <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> _____ Casa <input type="checkbox"/> Edificio <input type="checkbox"/> Torre <input type="checkbox"/> _____ Piso <input type="checkbox"/> Nivel: <input type="checkbox"/>	
N° Teléfono: _____ N° Teléfono Celular: _____	
Correo Electrónico: _____	
Dirección de Cobro: <input type="checkbox"/> Habitación <input type="checkbox"/> Oficina: <input type="checkbox"/>	
¿Es usted una persona expuesta políticamente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo debe completar la planilla "Persona Expuesta Políticamente"	

Propuesto Asegurado:
(Llenar solo en caso de no ser el tomador)

Información 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: E N° _____ R.I.F.: _____ Nacionalidad: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: F M Estado Civil: S C D V O

Profesión: _____ Ocupación: _____

Datos del Vehículo

Placa: _____ Marca: _____

Modelo: _____ Versión: _____ Año: _____

Serial del Motor: _____

Serial de Carrocería: _____

Color: _____ Nro. de Pasajeros: _____

Capacidad de Carga: _____ Tm. _____

Tipo de Carga: _____

Fecha de Adquisición: _____ Nro. De Título de Propiedad: _____

Uso del Vehículo

Tipo de Uso: Particular Carga Moto Otro: _____

Localidad de Uso Habitual del Vehículo (Edo/Ciudad) (Vehículo Interurbanos): _____

Dispositivo de Seguridad: Tranca Pedales Tranca Palanca Alarma

Corta Corriente Ninguno Otro: _____

Frecuencia de Pago

Frecuencia de Pago ⇄ Anual Semestral Trimestral Mensual

Coberturas Básicas

Coberturas	Suma Asegurada	Deducible %	Deducible Monto
<input type="checkbox"/> Pérdida Total			
<input type="checkbox"/> Pérdida Parcial			
<input type="checkbox"/> Cobertura Amplia			
<input type="checkbox"/> Automedida Plus			
<input type="checkbox"/> Automedida Simple			
<input type="checkbox"/> Automedida por Cobertura de Robo en Exceso de la Cobertura			
<input type="checkbox"/> Automedida por Cobertura Perdida Total			
<input type="checkbox"/> Automedida por Rotura de Vidrios			

Coberturas Opcionales

(No son de obligatoria suscripción)

<input type="checkbox"/> Indemnización Diaria por Pérdida Total	Situación Catastrófica
<input type="checkbox"/> Pérdida Parcial por Daños Maliciosos	Disturbios Laborales o Conflictos de Trabajo
Motín, Conmoción Civil y Disturbios Populares	Asistencia en Viaje para Vehículos Terrestres

Responsabilidad Civil Vehículos (RCV)		Accidente Personales Ocupantes de Vehículos APOV	
Coberturas	Suma Asegurada	Coberturas	Suma Asegurada
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil de Vehículos	_____	<input type="checkbox"/> Muerte Accidental	_____
<input type="checkbox"/> Exceso de Límite	_____	<input type="checkbox"/> Invalidez Permanente	_____
<input type="checkbox"/> Asistencia Legal y Defensa Penal	_____	<input type="checkbox"/> Gastos Médicos	_____
		<input type="checkbox"/> Gastos por Fallecimiento	_____

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.

Firmas	Por el Tomador	Huella	Pulgar derecho o en su defecto pulgar izquierdo
	Fecha: ____ / ____ / ____		_____

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 de la Empresa/Compañía de Seguros 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 retenciones, la póliza podría ser objeto de nulidad absoluta de acuerdo a lo establecido en las condiciones de la misma.

III. El dinero utilizado para el pago de la prima proviene de una fuente lícita y no tiene relación alguna con capitales, bienes, haberes o beneficios derivados de las actividades ilícitas o de los delitos de Legitimación de Capitales, previstos en la Ley Orgánica contra la Delincuencia Organizada y Financiamiento al Terrorismo y demás leyes vigentes que rigen la materia.

IV. 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.

Firmas	Propuesto Asegurado	Huella	Pulgar derecho o en su defecto pulgar izquierdo
	Fecha: ____ / ____ / ____		_____
	Intermediario de la Actividad Aseguradora:		
	Cédula de Identidad		
	Fecha: ____ / ____ / ____		