

					N° Declaración:				
DATOS DEL TOMADOR									
Apellidos y Nombres:					Cédula de Identidad / R.I.F: V E J				
DATOS DEL ASEGURADO TIULAR									
Apellidos y Nombres:					Cédula de Identidad / R.I.F: V E J				
DATOS DEL ASEGURADO FALLECIDO (en caso de muerte accidental)									
Apellidos y Nombres:					Cédula de Identidad / R.I.F: V E J				
Fecha de Nacimiento:			Sexo: F M		Lugar y Fecha del Fallecimiento:				
Parentesco con el Asegurado Titular:			Causa del Fallecimiento:						
DATOS DE LA PÓLIZA									
N° de la Póliza:			Duración del Contrato: Desde: Hasta :			Lugar y Fecha de Emisión:			
DATOS DEL CERTIFICADO (Solo Colectivo)									
N° del Certificado:									
DATOS DEL SINIESTRO									
Nombre del Asegurado Afectado:					Cédula de Identidad / R.I.F: V E J				
Lugar de Ocurrencia del Siniestro:					Estado:			Ciudad:	
Fecha de Ocurrencia:		Hora de Ocurrencia: a.m. p.m.		Fecha de Notificación:		Hora de Notificación: a.m. p.m.		Fecha Declaración:	
N° del Siniestro:			Sucursal de Ocurrencia del Siniestro:			Notificado por:			
Cédula de Identidad / R.I.F: V E J			N° de teléfono:		Correo electrónico:				
Causa del Siniestro:									
DESCRIPCIÓN DEL SINIESTRO									
DESCRIBA LAS LESIONES SUFRIDAS									
OBSERVACIONES									
<p>Declaro que todos los datos arriba indicados son ciertos y deberán servir de base para el cálculo de la indemnización correspondiente, en consecuencia autorizo Seguros Constitución, C.A., a verificar la información aquí suministrada pudiendo para ello tener acceso a cualquier documento que resulte pertinente para tal fin.</p>									
El Tomador Nombre y Apellido/Denominación Social (datos del representante legal si el Tomador es persona Jurídica): C.I. / R.I.F.: Firma: _____					Por el Asegurador Representante Nombre y Apellido: Cargo: Firma: _____				
En _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____									