

| DATOS DEL TOMADOR, ASEGURADO TITULAR Y ASEGURADO FALLECIDO   |  |   |                           |
|--|--|---|---------------------------|
| Tomador:   |  | Cédula de Identidad / R.I.F:  |                           |
| Asegurado Titular:   |  | Cédula de Identidad / R.I.F:  |                           |
| Asegurado Fallecido:   |  | Cédula de Identidad / R.I.F:  |                           |
| Lugar y Fecha de Nacimiento:   | Sexo:<br>F      M  | Parentesco con el Asegurado Titular:  | Causa del Fallecimiento:  |
| DATOS DE LA PÓLIZA   |  |   |                           |
| Nº de Póliza:  | Duración del Contrato:<br>Desde:    /    /                      Hasta:    /    / |   | Lugar y Fecha de Emisión: |
| DATOS DE LA PERSONA QUE NOTIFICA EL SINIESTRO  |  |   |                           |
| Nombre y Apellido:   |  | Teléfono Celular:   | Teléfono Domicilio:       |
| Correo electrónico:  |  |   |                           |
| DATOS BANCARIOS DEL BENEFICIARIO DE PAGO   |  |   |                           |
| Nombres y Apellidos del Titular de la Cuenta:  |  | Cédula de Identidad:  |                           |
| Correo electrónico:  | Cuenta Corriente   | Cuenta de Ahorro  |                           |
| DATOS DEL CERTIFICADO ( SOLO COLECTIVO)  |  |   |                           |
| Nº de Certificado:   |  |   |                           |
| DOCUMENTACIÓN A CONSIGNAR PARA EL PAGO DE LA PRESTACIÓN O REMANENTE  |  |   |                           |
| <p>Debe consignarse ante el Asegurador, dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a la fecha de esta declaración, la documentación que se indica a continuación, salvo que haya sido previamente entregada:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Copia de la cédula de identidad o partida de nacimiento del Asegurado fallecido.</li> <li>2. Copia del acta o certificado de defunción del Asegurado fallecido.</li> <li>3. En caso de muerte por enfermedad, certificaciones médicas que especifiquen el diagnóstico, etiología, características y tiempo de evolución de la enfermedad que causó el deceso.</li> <li>4. En caso de muerte accidental, informe médico forense que detalle la causa y origen del fallecimiento, así como los documentos emitidos por las autoridades competentes que certifiquen la ocurrencia del accidente.</li> <li>5. Declaración de siniestro, conforme al formato suministrado por el Asegurador.</li> <li>6. Copia de la cédula de identidad o partida de nacimiento del Beneficiario.</li> <li>7. Autorización emitida por un tribunal de protección del niño y del adolescente, si el Beneficiario fuere niño, niña o adolescente.</li> <li>8. En caso de no existir Beneficiarios expresamente designados, los herederos legales del Asegurado Titular fallecido deben consignar para probar su carácter de tales: Declaración de Únicos y Universales Herederos emitida por un tribunal competente, así como los siguientes documentos probatorios de filiación: acta de matrimonio, acta de nacimiento o cualquier otro documento legal que demuestre la relación de parentesco, según sea el caso.</li> <li>9. En caso de muerte accidental, informe médico forense que detalle la causa y origen del fallecimiento, así como los documentos emitidos por las autoridades competentes que certifiquen la ocurrencia del accidente.</li> </ol> <p>El Asegurador podrá solicitar documentos adicionales a los descritos en los numerales anteriores en una sola oportunidad, en función de la información suministrada. La solicitud debe efectuarse como máximo dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó el último de los documentos requeridos previamente. Se establece un plazo de treinta (30) días continuos para la presentación de estos recaudos, contados a partir de la fecha de solicitud de los mismos.</p> |  |   |                           |
| OBSERVACIONES  |  |   |                           |
| <b>El Tomador</b><br>Nombre y Apellido/Denominación Social (datos del representante legal si el Tomador es persona Jurídica):<br>C.I. / R.I.F.:<br>Firma: _____  |  | <b>Por el Asegurador</b><br>Representante<br>Nombre y Apellido:<br>Cargo:<br>Firma: _____ |                           |
| En _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____   |  |   |                           |

Aprobada por la superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Administrativa  
No. SAA-09-1491-2025 de fecha 30 de diciembre de 2025

Av. Venezuela, entre Av. Lazo Martí y Calle Mohedano, Edif. Torre Constitución, El Rosal, Código Postal 1060, Caracas -Venezuela. Teléfono Máster: (0212) 957.98.00.  
Seguros Constitución, C.A. Inscrita ante la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el Nº 96.

RIF: J-09028623-3 - NIT: 0033556403

VEN-301-0026-14-0005