

En base a la información suministrada en esta solicitud la empresa de seguros tomará la decisión de aceptar o no el riesgo, es por ello que la misma debe ser llenada en su totalidad, sin enmiendas y debidamente firmada por el tomador y el asegurado.

Tipo de Moneda: _____

Tipo de movimiento: Inclusión Exclusión Modificación			Fecha efectiva	N° de póliza:	N° de certificado:
DATOS DEL TOMADOR (PERSONA NATURAL)					
Apellidos y nombre / Razón social:			N° de Cédula: V E	R.I.F:	
N° de pasaporte:		Sexo: M F	Estado civil: S C V D O		
Lugar de Nacimiento:	Nacionalidad:	Fecha de Nacimiento:	Edad:	Peso:	Estatura:
Profesión:	Ocupación:	Actividad económica (si es comerciante debe indicar el ramo). Ramo: _____			
Descripción de la actividad: Independiente Dependiente Societaria			Ingreso Anual:		
DATOS DEL TOMADOR (PERSONA JURÍDICA)					
Nombre o Razón Social:		Fecha de constitución:	Fecha de registro:	N° de Registro:	Tomo: R.I.F:
Carácter bajo el cual contrata la póliza:		Representante legal:			N° de Cédula o R.I.F
Actividad económica: Profesional Comercial Industrial		Productos y servicios que ofrece:			Ingreso promedio anual:
Utilidad del ejercicio económico inmediatamente anterior:			Patrimonio (según último estado de resultados o estado de ganancias y pérdidas):		
Dirección:				Teléfono:	
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL					
Apellidos y nombre / Razón social:			N° de Cédula: V E	R.I.F:	
N° de pasaporte:		Sexo: M F	Estado civil: S C V D O		
Lugar de Nacimiento:	Nacionalidad:	Fecha de Nacimiento:	Edad:		
Profesión:	Ocupación:	Actividad económica (si es comerciante debe indicar el ramo). Ramo: _____			
Descripción de la actividad: Independiente Dependiente Societaria			Ingreso Anual:		
DIRECCIÓN RESIDENCIA					
Avenida:		Sector:	Calle:		Urbanización:
Edificio/Torre/Quinta:	Piso/Nivel:	Apto N°:	País:	Estado:	Ciudad:
Municipio:	Parroquia:	Zona Postal:	Código de área:	Teléfono domicilio, oficina u otra:	
Teléfono celular:		Email:			
Dirección de oficina:				Teléfono de oficina:	

DIRECCIÓN DE TRABAJO U OFICINA									
Avenida:			Sector:			Calle:			Urbanización:
Edificio/Torre/Quinta:		Piso/Nivel:	Apto N°:	País:		Estado:		Ciudad:	
Municipio:		Parroquia:		Zona Postal:	Código de área:		Teléfono domicilio, oficina u otra:		
Teléfono celular:				Email:					
DIRECCIÓN DE COBRO									
Domicilio	Trabajo u oficina								
¿El propuesto asegurado titular es el mismo tomador?									
SI	NO	En caso de ser afirmativo, no es necesario llenar la sección siguiente del titular.							
PROPUESTO ASEGURADO TITULAR									
Apellidos y nombre / Razón social:				N° de Cédula:			Registro de Información Fiscal:		
N° de pasaporte:			Sexo: M F		Estado civil: S C V D O				
Dirección de domicilio:						Teléfono de domicilio:			
Lugar de Nacimiento:		País:		Estado:		Ciudad:		Nacionalidad:	
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Peso:	Estatura:	Profesión:			Ocupación:		
Ingreso Anual:	Actividad económica (si es comerciante debe indicar el ramo). Ramo: _____								
Dirección de oficina:						Teléfono de oficina:			
RIESGOS CUBIERTOS (EL TOMADOR NO ESTÁ OBLIGADO A CONTRATAR LAS COBERTURAS OPCIONALES)									
Cobertura Básica		Suma asegurada moneda convertible		Deducible moneda convertible		Aplicable a:			
Hospitalización, Cirugía y Ambulatorio									
Coberturas Opcionales		Suma asegurada moneda convertible		Deducible moneda convertible		Aplicable a:			
Maternidad *									
Covid-19 *						Grupo Familiar			
Muerte accidental *						Solo Titular			
Invalidez Permanente *						Solo Titular			
Gastos Funerarios *						Grupo Familiar			
Odontología *						Grupo Familiar			
Oftalmología *						Grupo Familiar			
*Estas coberturas no son de obligatoria contratación									
DEPENDIENTES A INCLUIR									
N°	Apellidos y Nombres	N° de Cédula o Pasaporte	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Sexo		Peso	Estatura	Ocupación
					F	M			
1									
2									

3									
4									
5									
6									

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADO TITULAR Y SUS DEPENDIENTES

N°	Marque con una equis (x) la casilla que corresponda y en caso afirmativo, subraye la enfermedad o dolencia que corresponda	SI	NO
1	¿Goza usted y sus familiares dependientes de buena salud?		
2	Sufren o han sufrido alguna vez:	SI	NO
	a) Enfermedades de la piel, ojos, nariz o garganta (desviación del tabique nasal, sinusitis, amigdalitis, rinitis, otitis, cataratas, etc.)		
	b) Enfermedades respiratorias (ronquera, tos persistente, sangre en el esputo, bronquitis, asma, enfisema, tuberculosis, pleuresía, neumonía, bronconeumonía, covid-19).		
	c) Enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, infarto al miocardio, palpitaciones, angina de pecho, fiebre reumática, arteriosclerosis, trastornos valvulares, tromboflebitis)		
	d) Enfermedades digestivas (gastritis, úlcera péptica, afecciones hepáticas, cálculos vesiculares, hemorroides, hemorroides, alteraciones pancreáticas, colon y recto).		
	e) Enfermedades genitourinarias (albúmina, sangre, pus o infecciones en la orina, cálculos u otra alteración en los riñones, vejiga o próstata).		
	f) Enfermedades venéreas, infecciosas o parasitarias (paludismo, disentería, chagas, hepatitis, meningitis, amibiasis, bilarzhia).		
	g) Enfermedades osteomusculares (neuritis, ciática, gota, reumatismo, hernias discales, artritis, desviación de la columna vertebral, problemas en las articulaciones)		
	h) Vicios de refracción (miopía, hipermetropía, astigmatismo, presbicia) En caso afirmativo indique dioptrías: OI OD		
	i) Enfermedades del sistema endocrino (diabetes, obesidad, bocio, hipófisis, tiroides, alteraciones del colesterol y triglicéridos)		
	j) Enfermedades del sistema nervioso (epilepsia, convulsiones, parálisis, retardo mental, marcos, polineuropatías, vértigos, etc.)		
	k) Ganglios linfáticos inflamados, quistes, tumores, cáncer, enfermedades hematológicas, etc.		
	l) Defecto físico, anomalía, enfermedad congénita o adquirida, trastornos del desarrollo psíquico y somático.		
	m) ¿Alguna de las personas a ser incluidas, consume o ha consumido alcohol, tabaco o cualquier otra droga adictiva (heroína, cocaína, marihuana)? En caso afirmativo, detalle sustancia consumida y tiempo por el cual la consumió:		
	n) ¿Ha tenido algún cambio de peso, ha sido donante o ha recibido transfusiones sanguíneas?		
	o) ¿Ha sido paciente en algún hospital, clínica o sanatorio?		
	p) ¿Se ha practicado algún chequeo, consulta médica por enfermedad o cirugía?		
	q) ¿Usted u otra persona a incluir en el seguro tiene planeado tratamiento médico o intervención quirúrgica?		
	r) ¿Estuvo usted asegurado en otra empresa de seguros?		
	s) ¿Ha presentado usted u otra de las personas a incluir en el seguro un reclamo bajo alguna póliza de hospitalización, cirugía y ambulatorio?		
Para mujeres únicamente:		SI	NO
t) Enfermedades de la mujer (sangramiento genital, fibroma, afecciones en las trompas y ovarios, glándulas mamarias).			

u) ¿Ha tenido alguna vez desorden en: la menstruación, en algún embarazo, en los órganos femeninos o en los senos?		
v) ¿Alguna de las mujeres incluidas en esta solicitud de seguros está embarazada? En caso afirmativo indique quién y números de embarazos:		
Historia Familiar:	SI	NO
w) Tuberculosis, diabetes, cáncer, enfermedades del corazón o los riñones, enfermedad mental o suicidio.		

Si algunas de estas preguntas fueron contestadas afirmativamente explique en detalle: nombre de la persona, tipo del padecimiento, fecha de diagnóstico, duración, tipo de tratamiento médico o intervención efectuada, estado actual, fecha del último chequeo, nombre y dirección del médico tratante. Adicionalmente adjuntar informe médico, certificaciones o cualquier otro documento relacionado con el padecimiento declarado.

Nota: En caso de omisión de información por parte del asegurado al momento de llenar la solicitud de seguros, la compañía aseguradora podrá ejecutar lo dispuesto en el Art. 27 de las Normas que regulan de relación contractual de la Actividad Aseguradora.

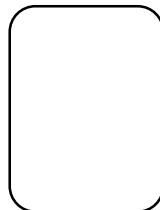
DECLARACIONES

Tomador

Yo, _____ el Tomador de la Póliza, doy fe bajo juramento que los datos suministrados a Seguros Constitución, C.A. son veraces, verificables, comprobables y completos. Asimismo, declaro que el dinero utilizado para el pago del servicio a contratar, proviene de una fuente lícita que no guarda relación alguna con capitales, bienes, haberes, valores o títulos, que fueren producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas.

En _____ el día _____ del mes de _____ del año _____

Firma del Tomador



Cédula de Identidad del Tomador

Huella Dactilar (pulgar derecho o en su defecto pulgar izquierdo)

Propuesto Asegurado

Yo, _____ el Propuesto Asegurado, doy fe que bajo juramento declaro que he leído total y cuidadosamente las preguntas formuladas en el cuestionario precedente y doy fe que las respuestas por mí proporcionadas son verdaderas, completas y exactas. Asimismo declaro que no he cometido ningún hecho ni circunstancia que pueda modificar la opinión de la COMPAÑIA sobre el riesgo a correr por el seguro solicitado. Por otra parte, como ASEGURADO de la póliza, doy fe bajo juramento que los datos suministrados a Seguros Constitución, C.A. son veraces, verificables, comprobables y completos.

En _____ el día _____ del mes de _____ del año _____

Firma del Propuesto Asegurado

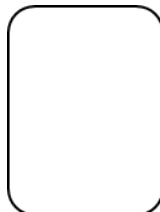


Cédula de Identidad del
Propuesto Asegurado

Huella Dactilar (pulgar derecho o en su defecto pulgar izquierdo)

Intermediario

Apellidos y Nombres del Intermediario



Cédula de Identidad
del Intermediario

Código del Intermediario

Huella Dactilar (pulgar derecho o en su defecto pulgar izquierdo)