

**SOLICITUD DE SEGURO DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE COMBINADO RESIDENCIAL
CONSTITIHOGAR**



Fecha de solicitud: _____

Sucursal de Emisión: _____

N° de Póliza: _____

Vigencia: _____

Tipo de Moneda: _____

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 Propuesto Asegurado.

DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR										
Apellidos y Nombres / 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:			Profesión:				Ocupación:			
Ingreso Anual:		Actividad económica (si es comerciante debe indicar el ramo). Ramo: _____								
Dirección de Oficina:						Teléfono de Oficina:				
DATOS DEL TOMADOR (PERSONA NATURAL)										
Apellidos y Nombres/ Razón Social:										
Tipo de Persona: Natural Jurídica.		N° de Cédula: V E		R.I.F. Persona Natural J V		N° Pasaporte:		Fecha de Nacimiento:		Sexo: M F
Estado Civil: Casado Soltero Viudo Divorciado Otro				Lugar de Nacimiento:			País:			
Estado:		Ciudad:		Nacionalidad:			Ingreso Anual:			
Profesión:		Oficio/ Ocupación:		Descripción de la actividad: Independiente Dependiente Societaria Otro				Lugar donde trabaja:		
DATOS DEL TOMADOR (PERSONA JURÍDICA)										
Nombre o Razón Social:							R.I.F. de la Empresa:			
Dirección de la Empresa:										
País:		Estado:		Ciudad:		Email:		Teléfono de Oficina:		

Aprobada por la superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia Administrativa, SAA-09-1301-2025, de fecha 17 de noviembre 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 N° 96. RIF: J-09028623-3 - NIT: 0033556403

VEN-301-0014-14-0004

Actividad económica: Actividad Profesional Comercial Industrial				Productos y/o servicios que ofrece:		Utilidad del ejercicio económico inmediatamente anterior:	
Patrimonio según el último estado de resultados o estado de ganancias y pérdidas:				Nombre del Representante Legal:		N° de Cédula: V E	
R.I.F. del Representante Legal J			Dirección del representante legal:				
País:	Estado:	Ciudad:	Email:	Teléfono Celular:	Teléfono de Oficina:		
En caso de ser persona jurídica, indique los datos del Representante Legal							
Apellidos y Nombres/ Razón Social:							
Tipo de Persona: Natural Jurídica.		N° de Cédula: V E		R.I.F. Persona Natural J VJ		N° Pasaporte:	
Fecha de Nacimiento:		Sexo: M F					
Estado Civil: Casado Soltero Viudo Divorciado Otro		Lugar de Nacimiento:		País:	Estado:	Ciudad:	Nacionalidad:
Ingreso anual:		Actividad económica (si es comerciante debe indicar el ramo). Industrial Comercial Profesional Gubernamental				Ramo:	
Profesión:	Oficio/ Ocupación:	Descripción de la actividad: Industrial Dependiente Societaria Otro				Lugar donde trabaja:	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL TOMADOR: PERSONA NATURAL							
Avenida:		Sector:		Calle:		Urbanización:	
Edificio/Torre/Quinta/Casa	Piso:	Apto N°:	Municipio:		Ciudad:	Parroquia:	
Estado:	Zona Postal:	Condiciones de Vivienda: Propia Alquilada				Teléfono Oficina:	
Teléfono Domicilio:		Teléfono Celular:		Email:			
DIRECCIÓN DE TRABAJO DEL TOMADOR: PERSONA NATURAL							
Avenida:		Sector:		Calle:		Urbanización:	
Edificio/Torre/Quinta/Casa	Piso:	Apto N°:	Municipio:		Ciudad:	Parroquia:	
Estado:	Zona Postal:	Condiciones de Vivienda: Propia Alquilada				Teléfono Oficina:	
Teléfono Domicilio:		Teléfono Celular:		Email:			
DIRECCIÓN DE COBRO							
Igual dirección de Residencia		Igual dirección de trabajo		Igual dirección del tomador			
Avenida:		Sector:		Calle:		Urbanización:	
Edificio/Torre/Quinta/Casa:		Piso:	Apto N°:	Municipio:	Ciudad:	Parroquia:	
Estado:	Zona Postal:	Condiciones de Vivienda: Propia Alquilada.				Teléfono Oficina:	

Aprobada por la superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia Administrativa, SAA-09-1301-2025, de fecha 17 de noviembre 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 N° 96. RIF: J-09028623-3 - NIT: 0033556403

VEN-301-0014-14-0004

Teléfono Domicilio:		Teléfono Celular:		Email:	
DIRECCIÓN DEL PROPUESTO ASEGURADO: PERSONA NATURAL					
Igual dirección de Residencia		Igual dirección de trabajo		Igual dirección del tomador persona jurídica	
Avenida:		Sector:		Calle:	
Edificio/Torre/Quinta/Casa:		Piso:		Apto N°:	
				Municipio:	
				Ciudad	
				Parroquia:	
Estado:		Zona Postal:		Condiciones de Vivienda:	
				Propia Alquilada	
Teléfono Domicilio:		Teléfono Celular:		Email:	
Uso de la vivienda:					
Apartamento Residencial		Apartamento vacacional		Casa Residencial	
				Casa Vacacional	
DIRECCIÓN DE RIESGO					
Estado:		Ciudad:		Municipio:	
				Parroquia:	
Avenida:		Sector:		Calle:	
				Urbanización:	
Edif/ Galpón/Casa/ Quinta:		Torre/Sección:		Local:	
				Oficina:	
				Piso:	
Nivel:		Zona Postal:		Teléfono de riesgo:	
Teléfono Celular:		Teléfono Oficina:		Email:	
VIGENCIA DEL SEGURO					
Desde: / /				Hasta: / /	
BIENES A ASEGURAR					
Bienes			Suma Asegurada		
Edificaciones: Incluyendo Cimientos, Muros de Contención, Instalaciones Subterráneas y/o permanentes, Mejoras o Bienhechurías					
Contenido: Mobiliario, efectos personales y de uso Doméstico. La suma a asegurar automática para el contenido es un porcentaje referencial de la Suma Asegurada de Edificaciones; si esta Suma Asegurada no se adapta a sus necesidades, detalle a continuación los montos de cada uno de los bienes o grupos por área de la vivienda.					
• Grupo I (Cocina/ Áreas de servicio).					
• Grupo II (Sala).					
• Grupo III (Comedor).					
• Grupo IV (Habitación Principal).					
• Grupo V (Otras Habitaciones).					

Aprobada por la superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia Administrativa, SAA-09-1301-2025, de fecha 17 de noviembre 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 N° 96. RIF: J-09028623-3 - NIT: 0033556403

VEN-301-0014-14-0004

Grupo VI (Audio/ Video/ Sonido/ Computación).						
Objetos Valiosos, según relación anexa: Joyas, Colecciones, Antigüedades, Obras de Arte o de Lujo, Equipos Suntuosos						
COBERTURAS SOLICITADAS						
Coberturas Básicas		Sumas aseguradas y límites				
Daños Materiales: Incendio; Extensión de Cobertura; Daños por Agua; Motín, Disturbios Populares, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos, Gastos Consecuenciales Extinción de Incendio, Gastos Consecuenciales Remoción de Escombros, Gastos Consecuenciales Honorarios de Arquitectos y Gastos Complementarios. Responsabilidad Civil Privada.	X	Según modalidades indicadas en la declaración de Bienes a Asegurar, Condiciones de la Póliza y/o cotización.				
Coberturas opcionales		Sumas aseguradas y límites				
Sustracción Ilegítima, Hurto*						
Infidelidad de Empleados Domésticos*		Según solicitud del Asegurado				
Terremoto o Temblor de Tierra (Edificación)*		Según declaración de Bienes a Asegurar				
Terremoto o Temblor de Tierra (Contenido)*		Según declaración de Bienes a Asegurar				
Inundación*		Según condiciones de Póliza y/o Cotización				
Rotura de Vidrios, Espejos y Cristales*						
Daños al Local		Según Condiciones de la Póliza				
Daños internos Equipos Electrónicos *		Según declaración de Bienes a Asegurar				
*Estas coberturas no son de obligatoria contratación						
RELACIÓN DETALLADA DE BIENES						
Relación de vitrales y espejos						
Cantidad	Descripción	Ubicación	Largo	Ancho	Espesor	Suma Asegurada
Relación de Maquinarias:						
Descripción	Marca	Año	Capacidad	Modelo	Serial	Suma Asegurada

Aprobada por la superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia Administrativa, SAA-09-1301-2025, de fecha 17 de noviembre 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 N° 96. RIF: J-09028623-3 - NIT: 0033556403

VEN-301-0014-14-0004

Relación de Equipos Electrónicos:						
Descripción	Marca	Año	Capacidad	Modelo	Serial	Suma asegurada
Lista de objetos valiosos o de arte con valor unitario						
Descripción (Nombre Objeto)	Características	Dimensiones	Autor	Suma asegurada		
Descripción detallada de los empleados domésticos para infidelidad de empleados						
Nombres y Apellidos	Cédula de Identidad	Antigüedad				
INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA						
Datos para inspeccionar el Riesgo						
Persona Contacto	Teléfono	Cargo / Relación con el Asegurado				
Siniestros ocurridos en períodos anteriores						
Empresa de Seguros	Monto reclamado	N° de Póliza y Ramo	Fecha de Ocurrencia			
Otros Seguros Vigentes sobre los mismos Bienes						
Empresa de Seguros	Monto reclamado	N° de Póliza	Vigencia			

Aprobada por la superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia Administrativa, SAA-09-1301-2025, de fecha 17 de noviembre 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 N° 96. RIF: J-09028623-3 - NIT: 0033556403
 VEN-301-0014-14-0004

Beneficiario (s) Preferencial (es)			
Nombres y Apellidos/ Razón Social:		C.I. / Pasaporte/ R.I.F.	
		V E J	
Detalle la prioridad de pago para el Beneficiario Preferencial:			
Intermediario (s)			
Apellidos y nombres o Razón Social	Código	% Participación	Firma
FORMAS DE PAGO			
Frecuencia: Anual Semestral Trimestral Mensual			
DATOS BANCARIOS PARA COBRO DE PRIMA			
Cobro por medio de domiciliación bancaria			
Si desea que se realice el cobro por medio de domiciliación bancaria, para este año póliza, favor indicar:			
Nombre del Titular de la Cuenta:	Cédula de Identidad	Correo electrónico	
Tarjeta de Crédito Visa		Tarjeta de Crédito Master Card	
Banco	Número de Cuenta	Tipo de Cuenta	
Datos bancarios para el pago a titulares			
En caso que la compañía deba efectuar un pago al titular de la póliza, el mismo se realizará a través del banco y cuenta indicados a continuación, siempre y cuando esta última se encuentre a nombre del titular. Deseo que el reembolso o pago me sea efectuado mediante: Banco y cuenta indicados para Cobro de Primas * Otra cuenta *En caso de tildar otra cuenta, por favor indique:			
Banco	Número de Cuenta	Tipo de Cuenta	
DECLARACIONES			
Tomador			

Aprobada por la superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia Administrativa, SAA-09-1301-2025, de fecha 17 de noviembre 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 N° 96. RIF: J-09028623-3 - NIT: 0033556403

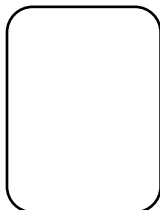
VEN-301-0014-14-0004

DECLARACIÓN JURADA DEL ORIGEN DE LOS FONDOS

Yo, _____, Titular de la Cédula de Identidad N° _____, en mi carácter de Tomador, doy fe bajo 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 o acciones derivadas de operaciones ilícitas o que provengan de los delitos de delincuencia organizada u otras conductas tipificadas en la legislación venezolana.

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

Firma del Tomador



Huella del Tomador

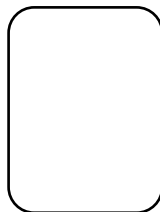
Cédula de Identidad del Tomador

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



Huella del Propuesto Asegurado

Cédula de Identidad del
Propuesto Asegurado

Intermediario

Aprobada por la superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia Administrativa, SAA-09-1301-2025, de fecha 17 de noviembre 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 N° 96. RIF: J-09028623-3 - NIT: 0033556403

VEN-301-0014-14-0004

Apellidos y Nombres del Intermediario



Cédula de Identidad del Intermediario

Código del Intermediario

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

PARA LA SUSCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA SE DEBE ANEXAR A ESTA SOLICITUD DE SEGURO:

Persona Natural	Persona Jurídica
a. Copia fotostática de la Cédula de Identidad laminada.	a. Copia fotostática del Registro de Información Fiscal (RIF). b. Acta constitutiva y estatutos sociales de la empresa, con sus correspondientes modificaciones, cuando sea el caso.
b. Copia fotostática del Registro de Información Fiscal (RIF).	c. Copia del documento de identidad del representante legal y documento de su nombramiento (Cédula de Identidad, Pasaporte, RIF, entre otros) d.- Cualquier otro documento relacionado con el cliente y sus actividades.

Aprobada por la superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia Administrativa, SAA-09-1301-2025, de fecha 17 de noviembre 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 N° 96. RIF: J-09028623-3 - NIT: 0033556403

VEN-301-0014-14-0004