

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 BANCARIOS					
Nombre del banco:	Tipo de Cuenta: Ahorro Corriente Otro		Nro. De Cuenta:		
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:

Aprobada por la superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio N° SAA-09-0896-2025 de fecha 09/09/2025
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

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			
DATOS BANCARIOS					
Nombre del banco:	Tipo de Cuenta: Ahorro Corriente Otro		Nro. De Cuenta:		
¿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 *					
Gastos Funerarios *			Grupo Familiar		
Odontológico *			Grupo Familiar		
Oftalmológico *			Grupo Familiar		
*Esta cobertura no es de obligatoria contratación					

Aprobada por la superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio N° SAA-09-0896-2025 de fecha 09/09/2025
 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

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, bilartzhia).								
	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, hipofisis, 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?									

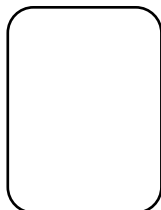
Aprobada por la superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio N° SAA-09-0896-2025 de fecha 09/09/2025
 Av. Venezuela, entre Av. Lazo Martí y Calle Mohedano, Edif. Torre Constitución, El Rosal, Código Postal 1060, Caracas -Venezuela.
 Teléfono Máster: (0212) 957.98.00. Seguros Constitución, C.A. Inscrita ante la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo
 el N° 96. RIF: J-09028623-3 - NIT: 0033556403

DECLARACIONES**Tomador**

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.

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

Firma del Tomador



Cédula de Identidad del Tomador

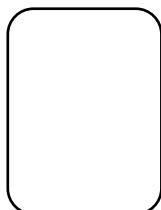
Huella Dactilar (pulgares derecho o en su defecto pulgares izquierdo)

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 (pulgares derecho o en su defecto pulgares izquierdo)

Intermediario de la Actividad Aseguradora

Apellidos y Nombres
del Intermediario de la Actividad Aseguradora



Cédula de Identidad
del Intermediario de la Actividad Aseguradora

Código del Intermediario de la Actividad Aseguradora

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