

Fecha de Solicitud: _____
 Sucursal de Emisión: _____
 N° de Póliza: _____
 Vigencia: _____
 Tipo de Moneda: _____

Con 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.

Tipo de Solicitud: Nueva Modificación		Póliza N°:		Fecha de Modificación:	
DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO					
Apellidos y Nombres / Razón social:			N° de Cédula: V E		R.I.F. Persona Natural
N° de pasaporte:		Sexo: M F		Estado Civil: Casado Soltero Viudo Divorciado Otro	
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:			Descripción de la actividad: Independiente Dependiente Societaria Otro		
Dirección de oficina:			Teléfono de oficina:		Correo electrónico:
DATOS DEL TOMADOR (PERSONA NATURAL)					
Apellidos y Nombres:			N° de Cédula: V E		R.I.F. Persona Natural
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:	
Actividad económica (si es comerciante debe indicar el ramo). Ramo:			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:	
				Correo electrónico:	
				Teléfono de oficina:	
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:					

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 N° 96.

RIF: J-09028623-3 - NIT: 0033556403

VEN-301-0026-14-0004

En caso de ser persona jurídica, indique los datos del representante Legal									
Apellidos y Nombres/ Razón Social:									
N° de Cédula:	V	E	R.I.F. Persona Natural	N° Pasaporte:	Fecha de Nacimiento:	Sexo: M F			
Estado Civil:	Casado	Soltero	Lugar de Nacimiento:	País:	Estado:	Ciudad:	Nacionalidad:		
	Viudo	Divorciado							
Ingreso anual:	Actividad económica (si es comerciante debe indicar el ramo). Industrial Comercial Profesional Gubernamental				Ramo:				
Profesión:	Oficio:	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:		Correo electrónico:				
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:		Correo electrónico:				
DIRECCIÓN DE COBRO									
Igual dirección de Residencia			Igual dirección de trabajo			Igual dirección del tomador persona jurídica			
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:		Correo electrónico:				
DIRECCIÓN DEL PROPUESTO ASEGURADO: PERSONA NATURAL									
Igual dirección de Residencia			Igual dirección de trabajo			Igual dirección del tomador persona jurídica			
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 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 N° 96.

RIF: J-09028623-3 - NIT: 0033556403

VEN-301-0026-14-0004

Teléfono Domicilio:		Teléfono Celular:		Correo electrónico:					
FORMA DE PAGO									
Frecuencia:	Anual	Semestral	Trimestral	Mensual	Bimestral	Cuatrimstral			
Modalidad:	Domiciliación de Pago		Pago en oficina		Otro. Indique:				
Moneda:	Bolívares			Dólares de los Estados Unidos de América					
DATOS BANCARIOS DEL TOMADOR									
Nombres y Apellidos del Titular de la Cuenta:				Cédula de Identidad:					
Correo electrónico:		Cuenta Corriente		Cuenta de Ahorro					
		Tarjeta de Crédito Visa		Tarjeta de Crédito Master Card					
INFORMACIÓN GENERAL DE LA PÓLIZA									
VIGENCIA DEL SEGURO									
Desde : / /			Hasta: / /						
Fecha de Suscripción:			Fecha de Movimiento:						
CANAL DE COMERCIALIZACIÓN									
Directa			Intermediario de la Actividad Aseguradora						
Seguro Funerario				Suma Asegurada :					
GRUPO A ASEGURAR									
Nº	Nombres y Apellidos	Cédula de Identidad	Fecha de Nacimiento	Edad	Estatura	Sexo		Peso	Parentesco
						F	M		
1									
2									
3									
4									
5									
BENEFICIARIOS POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR									
Nombres y Apellidos		Cédula de Identidad	Dirección	Parentesco	Teléfono y correo electrónico :		% de Participación		
					T:				
					C:				
					T:				
					C:				
					T:				
					C:				
CUESTIONARIO									
<p>¿Alguna de las personas a incluir ha sido diagnosticada o tratada por alguna de las siguientes condiciones médicas en los últimos 5 años? (Cáncer (incluyendo cualquier tipo de tumor maligno), enfermedad cardíaca grave (infarto, insuficiencia cardíaca, arritmias graves), enfermedad cerebrovascular (derrame cerebral, accidente isquémico transitorio), insuficiencia renal crónica (que requiera diálisis o trasplante), insuficiencia hepática grave (cirrosis, hepatitis crónica avanzada), enfermedad respiratoria crónica grave (EPOC severo, fibrosis pulmonar), SIDA / VIH, enfermedad neurodegenerativa (Alzheimer, Parkinson, Esclerosis Múltiple), diabetes con complicaciones graves (nefropatía, retinopatía, neuropatía severa), necesidad de trasplante de órganos, cualquier otra enfermedad terminal o con pronóstico de vida limitado a menos de 2 años). En caso afirmativo, especifique la(s) condición(es) y persona(s):</p>									

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-301-0026-14-0004

¿Alguna de las personas a incluir se encuentra actualmente hospitalizada o en lista de espera para una intervención quirúrgica o un tratamiento médico significativo? En caso afirmativo, especifique la(s) condición(es) y persona(s):

¿Alguna de las personas a incluir se encuentra en una situación de cuidados paliativos o bajo tratamiento para una enfermedad terminal? En caso afirmativo, especifique la(s) condición(es) y persona(s):

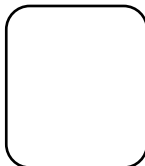
DECLARACIONES

Tomador

Yo, _____, 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, _____, 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 del ASEGURADOR 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

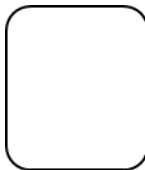
Huella Dactilar (pulgar derecho o en su defecto pulgar izquierdo)

Intermediario de la Actividad Aseguradora

Apellidos y Nombres del Intermediario

Cédula de Identidad del Intermediario

Firma del Intermediario



Código del Intermediario

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

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 N° 96.

RIF: J-09028623-3 - NIT: 0033556403

VEN-301-0026-14-0004

El suscrito Intermediario de la actividad aseguradora, verificó la información suministrada, en cumplimiento de las Normas sobre Administración de Riesgo de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento a la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva y Otros Ilícitos en la Actividad Aseguradora; obligación establecida en su artículo 49.

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 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 N° 96.

RIF: J-09028623-3 - NIT: 0033556403

VEN-301-0026-14-0004