

Fecha de Solicitud: _____

Sucursal de Emisión: _____

Nº 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 Renovación 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:		Nacionalidad:
Fecha de Nacimiento:		Profesión:		Ocupación:		Ingreso Anual (Moneda: _____):
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:		Estado Civil: Casado Soltero Viudo Divorciado Otro		
Lugar de Nacimiento:		País:		Estado:		Ciudad:
Nacionalidad:		Ingreso Anual (Moneda: _____):		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:		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:						

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 Viudo Divorciado Otro		Lugar de Nacimiento:		País:		Estado:		Ciudad:	
Ingreso Anual (Moneda: _____):		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:		
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							
DATOS DEL RIESGO									
Índole o Actividad									
Tipo:	Industrial	No Industrial	Almacén/ Depósito	Oficina	Otro, Indique				
Dirección de Riesgo									
Estado:		Ciudad:		Municipio:			Parroquia:		
Avenida:		Sector:		Calle:			Urbanización:		
Edif/ Galpón/Casa/ Quinta:		Torre/Sección:		Local:		Oficina:	Piso:	Apartamento N°:	
Nivel:		Zona Postal:		Teléfono de riesgo:					
Teléfono Celular:		Teléfono Oficina:		Email:					
Localidades amparadas									
N°	Calle / Avenida/ Sector	Edificio/ Casa/ Galpón	Torre/ Local/ Oficina	Urbanización	Parroquia	Ciudad	Municipio	Estado	Teléfono
1									
2									
3									
COBERTURAS SOLICITADAS									
COBERTURA BÁSICA						SUMA ASEGURADA			
Responsabilidad Civil Predios y Operaciones					X				
					X	Límite único combinado			
Asistencia Legal, Defensa, Liquidación y Pagos Complementarios									
Responsabilidad Civil por Incendio y/o explosión									
Responsabilidad Civil por daños por agua									
Responsabilidad Civil por Desprendimiento y Uso de avisos luminosos y anuncios									
Responsabilidad Civil por uso u operación de ascensores, grúas y montacargas									
Responsabilidad Civil Operaciones de carga y descarga									
Responsabilidad Civil vehículos estacionados									
Responsabilidad Civil por suministro de bebidas y alimentos									
Responsabilidad Civil por eventos sociales, deportivos y culturales									
Responsabilidad Civil Vigilantes, Guardianes armados o sin armas									
Responsabilidad Civil por contratistas independientes									

Aprobada por la superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia Administrativa N° SAA-09-0720-2026 de fecha 29/05/2026
 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-301-0023-14-0020

Coberturas Opcionales (no son de obligatoria contratación)	SI	NO	Límite único combinado
Responsabilidad Civil Riesgo Locativo			
Responsabilidad Civil ante vecinos			
Responsabilidad Civil estacionamientos y talleres. Límite por vehículo: _____			
Responsabilidad Civil por el uso de vehículos ajenos y/o alquilados			
Responsabilidad Civil por el uso de vehículos propios			
Responsabilidad Civil de productos. Ventas brutas anuales: _____			
Responsabilidad Civil contractual			
Responsabilidad Civil cruzada			
Responsabilidad Civil por contaminación ambiental			
Responsabilidad Civil profesional Médico			
Para Coberturas Específicas			
Responsabilidad Civil estacionamientos y talleres (actividad)			
Capacidad del estacionamiento:	¿Existe vigilancia? Sí No		
¿Se utilizan parqueadores? Sí No	¿Pernoctan vehículos en horas no laborales? Sí No		
Límite por vehículo:	Límite por año póliza:		
Responsabilidad Civil Profesional Médico			
Especialidad y/o profesión:			
Donde ejerce su profesión:			
El Asegurado completó en todas sus partes el cuestionario y/o formulario de solicitud para médicos Sí No			
OTROS SEGUROS CON LAS COBERTURAS SOLICITADAS			
Pólizas Vigentes			
Nº de Póliza	Nombre de la Empresa	Fecha de Vencimiento	
Siniestros			
Fecha de Ocurrencia	Causa del Siniestro	Monto Reclamado	
DECLARACIONES			
Tomador			
Yo, _____, Cédula de Identidad _____, 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.			

Aprobada por la superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia Administrativa N° SAA-09-0720-2026 de fecha 29/05/2026

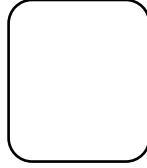
Av. Venezuela, entre Av. Lazo Martí y Calle Mohedano, Edif. Torre Constitución, El Rosal, Código Postal 1060, Caracas -Venezuela. Teléfono Máster: (0212) 957.98.00.

Seguros Constitución, C.A. Inscrita ante la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el N° 96.

RIF: J-09028623-3 - NIT: 0033556403

VEN-301-0023-14-0020

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



Firma del Tomador

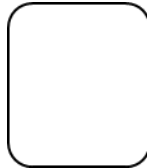
Cédula de Identidad del Tomador

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

Propuesto Asegurado

Yo, _____, Cédula de Identidad _____, 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)

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 Providencia Administrativa N° SAA-09-0720-2026 de fecha 29/05/2026

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-301-0023-14-0020