

**SOLICITUD DE SEGURO DE LA PÓLIZA
DE TRANSPORTE TERRESTRE**

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 Modificación		Póliza Nº:		Fecha de Modificación:	
DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO					
Apellidos y Nombres / Razón social:		Nº de Cédula: V E		R.I.F. Persona Natural	
Nº 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 (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:		Nº de Cédula: V E		R.I.F. Persona Natural:	
Nº Pasaporte:		Fecha de Nacimiento:		Sexo: M F	
				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:	
				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:					
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:	Bolívars			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 Tarjeta de Crédito Visa		Cuenta de Ahorro Tarjeta de Crédito Master Card		
DATOS DEL RIESGO						
Tipo de Póliza:	Ocasional			Declarativa		
Clase de Negocio:	Exportación	Frontera	Importación	Mixto	Nacional	
Frecuencia de Viajes (SOLO PÓLIZAS DECLARATIVAS)						
Semestral		Cuatrimstral	Trimestral	Bimensual	Mensual	Quincenal
Semanal		Diario				
Nº de Viajes por Frecuencia:		Límite Máximo por Despacho:			Volumen Anual Estimado:	
Tipo de Mercancía:			Nueva Usada			
Tipo de Embalaje:		Procedencia de los Bienes:			Destino de los Bienes:	
Ruta:	Desde:					
	Hasta:					
Medio de Transporte de Mercancía:			Antigüedad:			
DATOS DEL CONDUCTOR (PERSONA NATURAL)						
Nombres y Apellidos:		Cédula de Identidad o Pasaporte:		R.I.F.:	Nacionalidad:	
DATOS DEL CONDUCTOR (EMPRESA TRANSPORTISTA)						
Razón Social:		R.I.F.:	Nº de Registro Mercantil:	Nº de Tomo:	Fecha de Registro:	
Dirección:					Teléfono:	
COBERTURAS SOLICITADAS						
BÁSICA				DEDUCIBLE		SUMA ASEGURADA
COBERTURAS OPCIONALES (Estas coberturas no son de obligatoria contratación)				SI	NO	SUMA ASEGURADA
Robo, Asalto o Atraco						
Carga y Descarga						
Falta de Entrega o Extravío de Bultos Completos						
Motín, Disturbios Populares, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos						
Refrigeración						
Hurto Simple						
Terremoto, Temblor de Tierra, Maremoto, Tsunami y Erupción Volcánica						
PÓLIZAS VIGENTES						
Pólizas Nº		Nombre de la Empresa			Fecha de Vencimiento	
SINIESTROS OCURRIDOS EN PERÍODOS ANTERIORES						
Fecha de Ocurrencia		Causa del Siniestro			Monto Reclamado	
INTERMEDIARIO						
Apellidos y Nombres o Razón Social		Código	% de Participación		Firma	

Aprobada por la superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia Administrativa N° SAA-09-0867-2026 de fecha 29/06/2026
 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-301-0023-14-0023

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)	
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.