

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 movimiento: Inclusión <input type="checkbox"/> Exclusión <input type="checkbox"/> Modificación <input type="checkbox"/>			Fecha efectiva:	N° de póliza:	N° de certificado:				
<b>Datos del tomador</b>									
Apellidos y Nombres:				N° de cédula o R.I.F.:					
				V <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>					
N° de pasaporte:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>							
Dirección de residencia:			Teléfono de residencia:						
Lugar de nacimiento:	País:	Estado:	Ciudad:	Nacionalidad:					
Fecha de nacimiento:	Edad:	Peso:	Estatura:	Oficio u ocupación:					
Ingreso anual Bs.	Actividad económica (ramo): _____ Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>								
Dirección de oficina:				Teléfono de oficina:					
<b>Propuesto asegurado titular</b>									
Apellidos y nombre:				N° de cédula o R.I.F.:					
				V <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>					
N° de pasaporte:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>							
Dirección de residencia:			Teléfono de residencia:						
Lugar de nacimiento:	País:	Estado:	Ciudad:	Nacionalidad:					
Fecha de nacimiento:	Edad:	Peso:	Estatura:	Oficio u ocupación:					
Ingreso anual :	Actividad económica (ramo): _____ Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>								
Dirección de oficina:				Teléfono de oficina:					
<b>Dirección de domicilio</b>									
Avenida:	Sector:	Calle:		Urbanización:					
Edificio/Torre/Quinta:	Piso/Nivel:	Apto N°:	Estado:	Ciudad:	Municipio:				
Parroquia:	Zona Postal:	Código de área:	Teléfono domicilio, oficina u otra:						
Teléfono celular:			Email:						
<b>Coberturas solicitadas</b>									
<b>ACCIDENTES PERSONALES</b>			<b>ACCIDENTES PERSONALES</b>						
<b>Coberturas</b>	<b>Suma asegurada Bs.</b>		<b>Coberturas</b>	<b>Suma asegurada Bs.</b>					
Muerte accidental:			Muerte:						
Incapacidad total y permanente:			Incapacidad total:						
Incapacidad temporal:			Gastos por fallecimiento de un familiar						
Gastos médicos:			Doble indemnización y desmembramiento						
Gastos funerarios:									
<b>Dependientes a incluir</b>									
N°	Apellidos y nombres	N° de C.I. o Pasaporte	Parentesco	Fecha de nacimiento	Sexo		Peso	Estatura	Ocupación
					F	M			
1									
2									
3									
4									
5									
6									
Av. Venezuela, entre Av. Lazo Martí y Calle Moledano, 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									

**Beneficiarios en caso de muerte del asegurado**

N°	Apellidos y nombres	N° de C.I. o Pasaporte	Parentesco	% de participación
1				
2				
3				
4				
5				
6				

**Información adicional del asegurado titular y sus dependientes**

	SI	NO
1) Se encuentra en buen estado de salud? Detalle:		
2) ¿Está o ha estado asegurado? En caso afirmativo indique el nombre de la empresa de seguros:		
3) ¿Practica o piensa usted practicar alguna actividad peligrosa? Detalle:		
4) ¿Es zurdo?		
5) ¿Viaje en aeronave privada o comercial?		

Pasajero                       Piloto                       Avioneta                       Helicóptero                       Horas de vuelo: \_\_\_\_\_

**Declaraciones**

"Yo el Asegurado Propuesto en representación del grupo de asegurado inscrito en esta solicitud, declaro que he leído total y cuidadosamente las preguntas formuladas en el cuestionario precedente y doy fe que las respuestas e informaciones por mi proporcionada son verdaderas, completas y exactas. Asimismo, declaro que no he cometido ningún hecho ni circunstancia que pueda modificar la opinión de LA COMPAÑÍA sobre el riesgo a correr por el seguro solicitado. Igualmente, autorizo a LA COMPAÑÍA para que solicite a cualquier médico, clínica y centro diagnóstico, que me hayan tratado o me traten en lo futuro a mi o cualquier persona incluida en esta solicitud para que le proporcione cualquier información que pueda requerir al respecto. Por otra parte, como 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 de la Prima de la Póliza a suscribir, proviene de una fuente lícita, realizadas con estricta observancia a la Legislación Nacional y por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos, producto de las actividades ilícitas o de los delitos de Legitimación de Capitales previstos en la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada y el Financiamiento al Terrorismo"

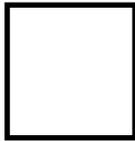
En \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del tomador

\_\_\_\_\_  
Firma del Propuesto Asegurado

C.I. N° \_\_\_\_\_

C.I. N° \_\_\_\_\_



Huella dactilar del pulgar de la mano derecha o en su defecto, de la mano izquierda.



Huella dactilar del pulgar de la mano derecha o en su defecto, de la mano izquierda.

\_\_\_\_\_  
Apellido y nombre del Intermediario

C.I: N° \_\_\_\_\_

Código N° \_\_\_\_\_

Aprobada por la superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio N° 11848 de fecha 30/05/2019  
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-301-0014-04-0018