

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.

Datos del Tomador						
Apellidos y nombre / Razón social:				N° de cédula y 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"/>			
Lugar de nacimiento:		Nacionalidad:	Fecha de nacimiento:	Edad:	Peso:	Estatura:
Profesión:	Ocupación:	Ingreso anual	Actividad económica (ramo): _____			
		Independiente: <input type="checkbox"/>			Empleado <input type="checkbox"/>	Socio <input type="checkbox"/>
En caso de ser persona jurídica, indique los siguientes datos						
Objeto 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 profesional, comercial o industrial y los productos o servicios que ofrece:					Ingreso promedio anual:	
Dirección:					Teléfono:	
Dirección de Residencia						
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 Residencia						
Avenida:		Sector:		Calle:		Urbanización:
Edificio/Torre/Quinta:		Piso/Nivel	Apto N°:	Estado:	Ciudad:	Municipio:
Parroquia: <input type="checkbox"/>		Zona Postal: <input type="checkbox"/>	Código de área:	Teléfono domicilio, oficina u otra:		
Teléfono celular:			Email:			
Domicilio		Trabajo u oficina				

¿El asegurado titular es el mismo tomador?

Si No

Propuesto asegurado titular

Apellidos y nombre / Razón social: _____ V J E

N° de pasaporte: _____ Sexo: M F Estado civil: S C V D O

Dirección de residencia: _____ Teléfono de residencia: _____

Lugar de nacimiento: _____ País: _____ Estado: _____ Ciudad: _____ Nacionalidad: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Peso: _____ Estatura: _____ Profesión: _____ Ocupación: _____

Ingreso anual: _____ Actividad económica (ramo): _____
Independiente Empleado Socio

Dirección de oficina: _____ Teléfono de oficina: _____

RIESGOS CUBIERTOS

Coberturas	Suma Asegurada
Gastos Funerarios	

DEPENDIENTES A INCLUIR

N°	Apellidos y Nombres	Cédula de Identidad	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Sexo		Peso	Estatura	Ocupación
					M	F			
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

Marque con una equis (x) la casilla que corresponda y en caso afirmativo, subraye la enfermedad o dolencia que corresponda

DECLARACION DE SALUD DEL ASEGURADO Y SUS DEPENDIENTES

	Si	No
1) ¿Goza Usted y sus familiares dependientes de buena salud?		
2) Sufren o han sufrido alguna vez de:		
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.		
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, Alteraciones Pancreáticas, Colon y Recto).		
e.- Enfermedades genito-urinarias, 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, Bilharzia).		
g.- Enfermedades Osteomusculares (Neuritis, Ciática, Gota, Reumatismo, Hernias Discales, Artritis, Desviación de la Columna Vertebral, Problemas en las Articulaciones).		
h.- Enfermedades del Sistema Endocrino (Diabetes, Obesidad, Bocio, Hipófisis, Tiroides, Alteraciones del Colesterol y Triglicéridos).		
i.- Enfermedades del Sistema Nervioso (Epilepsia, Convulsiones, Parálisis, Retardo Mental, Marcos, polineuropatías, vértigos, etc.)		
j.- Ganglios linfáticos inflamados, quistes, tumores, cáncer, enfermedades hematológicas, etc.		
k.- Defecto físico, anomalía o enfermedad congénita o adquirida, trastornos del desarrollo psíquico y somático.		

	Si	No
l.- ¿Alguna de las personas a ser incluidas, consume alcohol, tabaco o cualquier otra droga adictiva (Heroína, Cocaína, Marihuana)?		
m.- ¿Ha tenido algún cambio de peso, ha sido donante o ha recibido transfusiones sanguíneas ?		
n.- ¿Ha sido paciente en algún hospital, clínica o sanatorio?		
ñ.- ¿Usted u otra de las personas a incluir en el seguro tiene planeado tratamiento médico o intervención quirúrgica?		
o.- ¿Estuvo Ud. asegurado en otra empresa de Seguros? En caso de que su respuesta haya sido afirmativa, indique el nombre: _____		
p.- ¿Ha presentado usted u otra de las personas a incluir en el seguro un reclamo bajo alguna póliza de hospitalización, cirugía y ambulatorio?		
Para mujeres solamente:		
q.- Enfermedades de la Mujer (Sangramiento Genital, Fibroma, Afecciones en las Trompas y Ovarios, Glándulas Mamarias).		
r.- ¿Ha tenido alguna vez desorden en: la menstruación, en algún embarazo, en los órganos femeninos o en los senos?		
s.- ¿Algunas de las mujeres incluidas en esta Solicitud de Seguros está embarazada?		
En caso afirmativo indique quién y número de embarazos:		
Historia Familiar		
t.- Tuberculosis, diabetes, cáncer, enfermedades del corazón o los riñones, enfermedad mental o suicidio.		
Si algunas de estas preguntas fueron contestadas afirmativamente explique en detalle: Nombre de la persona, tipo de padecimiento, fecha de diagnóstico, duración, tipo de tratamiento médico o intervención efectuada, estado actual, fecha del último chequeo, nombre y dirección del médico tratante. Adicionalmente adjuntar informe médico, certificaciones o cualquier otro documento relacionado con el padecimiento declarado.		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		

Nota: En caso de omisión de información por parte del asegurado al momento de llenar la solicitud de seguros, la compañía aseguradora podrá ejecutar lo dispuesto en el Art. 27 de las Normas que regulan de relación contractual de la Actividad Aseguradora.

DECLARACIONES

Yo, el PROPUESTO ASEGURADO TITULAR declaro que he leído cuidadosamente y totalmente, una a una, todas las preguntas y respuestas consignadas en esta solicitud y certifico la exactitud y veracidad de las mismas y que no he omitido, ocultado o disimulado, ningún hecho ni circunstancias que puedan modificar la opinión de la Empresa de Seguros sobre el riesgo a correr por el seguro solicitado. Autorizo a Seguros Constitución C.A. solicitar cualquier información relacionada con mi estado de salud, a todos los Médicos, Clínicas, Hospitales o Instituciones que me hayan asistido o me asistan en el futuro y relevo a todos ellos de la obligación de guardar secreto profesional y de toda responsabilidad que pueda derivarse de tales informaciones.

DECLARACION DE FE

Yo, _____, titular de la cédula de identidad y/o pasaporte N° _____

en mi carácter de TOMADOR, declaro que el dinero utilizado para el pago de la prima del presente seguro, proviene de una fuente lícita por lo tanto no tiene relación alguna con capitales, bien es, haberes o beneficios derivados de las actividades ilícitas o de los delitos de Legitimación de Capitales previstos en la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada.

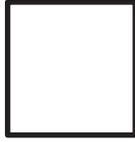
En _____ el día _____ del mes de _____ del año _____

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° _____

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