

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 MONEDA: _____

Tipo de movimiento: Inclusión <input type="checkbox"/> Exclusión <input type="checkbox"/> Modificación <input type="checkbox"/>			Fecha efectiva:	N° de póliza:	N° de certificado:
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		
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:
Dirección de Residencia					
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:				N° de cédula y R.I.F.:			
				V <input type="checkbox"/>		J <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:	Profesión:		Ocupación:	
Ingreso anual:	Actividad económica (ramo): _____						
Independiente <input type="checkbox"/>						Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>	
Dirección de oficina:				Teléfono de oficina:			

Riesgos cubiertos (El tomador no está obligado a contratar las coberturas opcionales)

Coberturas	Suma asegurada	
Muerte accidental:		
Invalidez permanente		
Gastos médicos:		
Incapacidad temporal:		
Aumento de cobertura por fallecimiento de ambos cónyuges		<input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50%
Incremento de indemnización por invalidez		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Gastos de comunicación, traslado y auxilio		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Gastos funerarios		
Gastos de repatriación		
Asistencia en Viajes		

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 <input type="checkbox"/> Piloto <input type="checkbox"/> Avioneta <input type="checkbox"/> Helicóptero <input type="checkbox"/> Horas de vuelo:		

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 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 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. Igualmente autorizo a EL ASEGURADOR para que solicite a cualquier médico, clínica y centro diagnóstico, que me hayan tratado o me traten en lo futuro a mí 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 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.

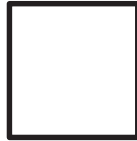
En _____ el día _____ del mes de _____ del año _____

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