

Fecha de Solicitud: \_\_\_\_\_  
 Sucursal de Emisión: \_\_\_\_\_  
 N° 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:	Fecha de Nacimiento:	Sexo: M    F		Estado Civil: Casado    Soltero    Viudo    Divorciado    Otro		
Dirección de domicilio:					N° de contacto (domicilio):	
Lugar de Nacimiento:		País:		Nacionalidad:		Estado:
Ciudad:		Municipio:		Parroquia:		Ingreso Anual:
Profesión:	Ocupación:	Actividad económica (si es comerciante debe indicar el ramo). Ramo:				
Descripción de la actividad: Independiente    Dependiente    Societaria    Otro				Dirección de oficina:		
N° de contacto (oficina):		N° de contacto (celular):		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:	Sexo: M    F		Estado Civil: Casado    Soltero    Viudo    Divorciado    Otro		
Lugar de Nacimiento:		País:		Nacionalidad:		Estado:
Ciudad:		Municipio:		Parroquia:		Ingreso Anual:
Profesión:	Oficio:	Actividad económica (si es comerciante debe indicar el ramo). Ramo:				
Descripción de la actividad: Independiente    Dependiente    Societaria    Otro				Lugar donde trabaja:		
N° de contacto (celular):				Correo electrónico:		

DATOS DEL TOMADOR (PERSONA JURÍDICA)					
Nombre o Razón Social:				R.I.F. de la Empresa:	
Dirección de la empresa:					
País:	Estado:	Ciudad:	Municipio:	Parroquia:	
Nº de contacto (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:		
Nº de contacto (celular):		Correo electrónico:			
En caso de ser persona jurídica, indique los datos del representante Legal					
Apellidos y Nombres/ Razón Social:					
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:	Nacionalidad:	
Estado:	Ciudad:	Municipio:	Parroquia:		
Ingreso anual:	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:	
Nº de contacto (celular):			Correo electrónico:		
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL TOMADOR: PERSONA NATURAL					
Avenida:		Sector:	Calle:	Urbanización:	
Edificio/Torre/Quinta/Casa	Piso:	Apto N°:	Estado:	Ciudad:	Municipio:
Parroquia:	Zona Postal:	Condiciones de Vivienda: Propia      Alquilada		Nº de contacto (domicilio):	
DIRECCIÓN DE TRABAJO DEL TOMADOR: PERSONA NATURAL					
Avenida:		Sector:	Calle:	Urbanización:	
Edificio/Torre/Quinta/Casa	Piso:	Apto N°:	Estado:	Ciudad:	Municipio:
Parroquia:	Zona Postal:	Condiciones de Vivienda: Propia      Alquilada		Nº de contacto (oficina):	
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°:	Estado:	Ciudad:
Parroquia:	Zona Postal:	Condiciones de Vivienda: Propia      Alquilada		Nº de contacto (oficina):	

Aprobada por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia Administrativa N° SAA-09-0358-2026 de fecha 11/03/2026  
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-301-0026-14-0010

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°:	Estado:			Ciudad:		Municipio:		
Parroquia:		Zona Postal:		Condiciones de Vivienda: Propia    Alquilada				N° de contacto:			
FORMA DE PAGO											
<b>Frecuencia:</b>	Anual		Semestral		Trimestral		Mensual		Bimestral		Cuatrimestral
<b>Modalidad:</b>	Domiciliación de Pago			Pago en oficina				Otro. Indique:			
<b>Moneda:</b>	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:				N° de Cuenta:							
Cuenta Corriente		Cuenta de Ahorro		Tarjeta de Crédito Visa		Tarjeta de Crédito Master Card					
VIGENCIA DEL SEGURO											
Desde :        /        /						Hasta:        /        /					
Fecha de Suscripción:						Fecha de Movimiento:					
INTERMEDIARIO											
<b>Apellidos y Nombres o Razón Social</b>				<b>Código</b>		<b>% de Participación</b>				<b>Firma</b>	
PERSONAS A ASEGURAR											
N°	Nombres y Apellidos	Cédula de Identidad	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Sexo		Ocupación	Zurdo/ Diestro		Peso	Estatura
					F	M		Z	D		
Titular	N° de contacto (celular):			Correo electrónico:							
1	N° de contacto (celular):			Correo electrónico:							
2	N° de contacto (celular):			Correo electrónico:							
3	N° de contacto (celular):			Correo electrónico:							
4	N° de contacto (celular):			Correo electrónico:							
5	N° de contacto (celular):			Correo electrónico:							
6	N° de contacto (celular):			Correo electrónico:							
7	N° de contacto (celular):			Correo electrónico:							

Aprobada por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia Administrativa N° SAA-09-0358-2026 de fecha 11/03/2026  
 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-301-0026-14-0010

COBERTURAS								
COBERTURA BÁSICA	Titular	1	2	3	4	5	6	7
Muerte Accidental								
<b>COBERTURAS OPCIONALES (Estas coberturas no son de obligatoria contratación)*</b>								
Invalidez Permanente*								
Incapacidad Temporal*								
Gastos Médicos*								
Gastos Funerarios*								
BENEFICIARIOS POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR								
Nº	Nombres y Apellidos	Parentesco	Cedula de Identidad	Fecha de Nacimiento	Sexo		% de Participación	
					M	F		
1								
	Nº de contacto celular:		Correo electrónico:					
2								
	Nº de contacto celular:		Correo electrónico:					
3								
	Nº de contacto celular:		Correo electrónico:					
4								
	Nº de contacto celular:		Correo electrónico:					
5								
	Nº de contacto celular:		Correo electrónico:					
CUESTIONARIO DE HÁBITOS DEL PROPUESTO ASEGURADO								
¿Trabaja por su cuenta? SI NO En caso negativo, para quién trabaja?								
¿Qué tipo de actividades realiza?								
Cargo que desempeña:				Ingreso mensual aproximado:				
Con respecto a su actividad laboral:								
¿Utiliza maquinarias? SI NO En caso afirmativo describa cuales maquinarias: Frecuencia de uso:								
¿Utiliza alto voltaje? SI NO								
¿Manipula explosivos o preparados químicos? SI NO En caso afirmativo, detalle cuáles: Con que fin: Frecuencia de uso:								
¿Maneja Vehículos? SI NO En caso afirmativo, detalle cuáles:								
¿Utiliza embarcaciones? SI NO En caso afirmativo, qué tipo: Con qué fin: Frecuencia de uso:								
¿Tripula Aeronaves? SI NO En caso afirmativo, qué tipo: Nº de Licencia: Horas de Vuelo:								
Si solicita Incapacidad Temporal para el Cónyuge, ¿Cuál es su ingreso mensual?								
¿Usted y los inscritos gozan de buena salud y no padecen enfermedad alguna? SI NO En caso negativo detalle:								
¿Ha sufrido usted o cualquier inscrito algún accidente? SI NO En caso afirmativo, detalle: ¿quiénes, duración y consecuencia?								
¿Tiene usted o alguno de los inscritos algún defecto físico? SI NO								

Aprobada por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia Administrativa N° SAA-09-0358-2026 de fecha 11/03/2026  
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-301-0026-14-0010

En caso indique, quiénes y cual defecto físico tienen:

**¿Qué deportes o actividades practican los inscritos?**

Indique: ¿Quiénes y cuáles?

**¿Algunos de ellos practica deportes como profesional?** SI NO

Indique: ¿Quiénes y cuáles?

**¿Usted o algún inscrito tiene o está contratando alguna Póliza de Vida, Accidentes u Hospitalización con este u otro asegurador?** SI NO

En caso afirmativo, detalle: N° de la Póliza:

Nombre del Asegurador:

Monto del Seguro:

**¿Le han rechazado alguna Póliza de seguros de personas?** SI NO

En caso afirmativo, detalle las razones:

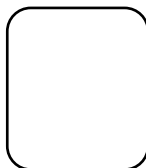
**DECLARACIONES**

**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)**

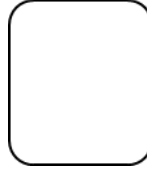
**Intermediario de la Actividad Aseguradora**

\_\_\_\_\_  
**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:**

<b>Persona Natural</b>	<b>Persona Jurídica</b>
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.