



**SOLICITUD DE SEGURO DE LA PÓLIZA DE
SALUD INDIVIDUAL Y COLECTIVO
CONSTISALUD**

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:		

Aprobada por la superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio N° SAA-09-0896-2025 de fecha 09/09/2025

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-301-0026-14-0003

DATOS DEL TOMADOR (PERSONA JURÍDICA)						
Nombre o Razón Social:					R.I.F. de la Empresa:	
Dirección de la empresa:						
País:		Estado:		Ciudad:		Municipio:
País:		Estado:		Ciudad:		Municipio:
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:
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:
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:
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:
Edificio/Torre/Quinta/Casa:		Piso:	Apto N°:	Estado:		Ciudad:
Municipio:						
Parroquia:	Zona Postal:		Condiciones de Vivienda: Propia Alquilada		Nº de contacto (oficina):	

Aprobada por la superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio N° SAA-09-0896-2025 de fecha 09/09/2025

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-301-0026-14-0003

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:		
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									
Apellidos y Nombres o Razón Social			Código		% de Participación			Firma	
RIESGOS CUBIERTOS (EL TOMADOR NO ESTÁ OBLIGADO A CONTRATAR LAS COBERTURAS OPCIONALES)									
Cobertura Básica		Suma asegurada moneda convertible			Deducible moneda convertible			Aplicable a:	
Hospitalización, Cirugía y Ambulatorio									
Coberturas Opcionales		Suma asegurada moneda convertible			Deducible moneda convertible			Aplicable a:	
Maternidad *									
Gastos Funerarios *								Grupo Familiar	
Odontológico *								Grupo Familiar	
Oftalmológico *								Grupo Familiar	
*Esta cobertura no es de obligatoria contratación									
DEPENDIENTES A INCLUIR									
N°	Apellidos y Nombres	Cédula de Identidad	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Sexo		Peso	Estatura	Ocupación
					F	M			
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:						

Aprobada por la superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio N° SAA-09-0896-2025 de fecha 09/09/2025

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-301-0026-14-0003

6									
	Nº de contacto (celular):			Correo electrónico:					
INFORMACIÓN ADICIONAL DEL ASEGURADO TITULAR Y SUS DEPENDIENTES									
Nº	Marque con una equis (x) la casilla que corresponda y en caso afirmativo, subraye la enfermedad o dolencia que corresponda							SI	NO
1	¿Goza usted y sus familiares dependientes de buena salud?								
2	Sufren o han sufrido alguna vez:							SI	NO
	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, covid-19).							
	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, hemorroides, alteraciones pancreáticas, colon y recto).							
	e)	Enfermedades genitourinarias (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, bilartzhia).							
	g)	Enfermedades osteomusculares (neuritis, ciática, gota, reumatismo, hernias discales, artritis, desviación de la columna vertebral, problemas en las articulaciones)							
	h)	Vicios de refracción (miopía, hipermetropía, astigmatismo, presbicia) En caso afirmativo indique dioptrías: OI OD							
	i)	Enfermedades del sistema endocrino (diabetes, obesidad, bocio, hipófisis, tiroides, alteraciones del colesterol y triglicéridos)							
	j)	Enfermedades del sistema nervioso (epilepsia, convulsiones, parálisis, retardo mental, marcos, polineuropatías, vértigos, etc.)							
	k)	Ganglios linfáticos inflamados, quistes, tumores, cáncer, enfermedades hematológicas, etc.							
	l)	Defecto físico, anomalía, enfermedad congénita o adquirida, trastornos del desarrollo psíquico y somático.							
	m)	¿Alguna de las personas a ser incluidas, consume o ha consumido alcohol, tabaco o cualquier otra droga adictiva (heroína, cocaína, marihuana)? En caso afirmativo, detalle sustancia consumida y tiempo por el cual la consumió:							
	n)	¿Ha tenido algún cambio de peso, ha sido donante o ha recibido transfusiones sanguíneas?							
	o)	¿Ha sido paciente en algún hospital, clínica o sanatorio?							
	p)	¿Se ha practicado algún chequeo, consulta médica por enfermedad o cirugía?							
q)	¿Usted u otra persona a incluir en el seguro tiene planeado tratamiento médico o intervención quirúrgica?								
r)	¿Estuvo usted asegurado en otra empresa de seguros?								
s)	¿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 únicamente:							SI	NO	

Aprobada por la superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio N° SAA-09-0896-2025 de fecha 09/09/2025
 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-301-0026-14-0003

	t) Enfermedades de la mujer (sangramiento genital, fibroma, afecciones en las trompas y ovarios, glándulas mamarias).		
	u) ¿Ha tenido alguna vez desorden en: la menstruación, en algún embarazo, en los órganos femeninos o en los senos?		
	v) ¿Alguna de las mujeres incluidas en esta solicitud de seguros está embarazada? En caso afirmativo indique quién y números de embarazos:		
	Historia Familiar:	SI	NO
	w) Tuberculosis, diabetes, cáncer, enfermedades del corazón o los riñones, enfermedad mental o suicidio.		
3	¿Practica o piensa practicar regularmente, usted o alguno de sus familiares dependientes, algún deporte o alguna actividad peligrosa? En caso afirmativo indique el deporte o la actividad:		

Si algunas de estas preguntas fueron contestadas afirmativamente explique en detalle: nombre de la persona, tipo del 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.

BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE DEL ASEGURADO

Nº	Apellidos y Nombres	Nº de C.I. o Pasaporte	Parentesco	% de participación
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:		
6				
	Nº de contacto (celular):	Correo electrónico:		

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. 26 de las Normas que regulan los Contratos de Seguro y Medicina Prepagada.

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.

Aprobada por la superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio N° SAA-09-0896-2025 de fecha 09/09/2025

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-301-0026-14-0003

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

Firma del Tomador



Cédula de Identidad del Tomador

Huella Dactilar (pulgares)

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 (pulgares)

Intermediario de la Actividad Aseguradora

Apellidos y Nombres del Intermediario

Cédula de Identidad del Intermediario

Firma del Intermediario



Código del Intermediario

Huella Dactilar (pulgares)

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.

Aprobada por la superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio N° SAA-09-0896-2025 de fecha 09/09/2025
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-301-0026-14-0003