

Fecha de Solicitud: _____

Sucursal de Emisión: _____

Nº 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 Modificación		Póliza Nº:		Fecha de Modificación:	
DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO					
Apellidos y Nombres / Razón social:			Nº de Cédula: V E		R.I.F. Persona Natural
Nº de pasaporte:	Fecha de Nacimiento:	Sexo: M F	Estado Civil: Casado Soltero Viudo Divorciado Otro		
Dirección de domicilio:				Nº 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:		
Nº de contacto (oficina):		Nº de contacto (celular):		Correo electrónico:	
DATOS DEL TOMADOR (PERSONA NATURAL)					
Apellidos y Nombres:			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:	
Profesión:	Oficio:	Actividad económica (si es comerciante debe indicar el ramo). Ramo:			
Descripción de la actividad: Independiente Dependiente Societaria Otro			Lugar donde trabaja:		
Nº de contacto (celular):			Correo electrónico:		

Aprobada por la superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N° SAA-09-0368-2026 de fecha 12/03/2026

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-301-0026-14-0007

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°:	Municipio:	Ciudad:	Parroquia:
Estado:	Zona Postal:		Condiciones de Vivienda: Propia Alquilada		Nº de contacto (oficina):	

Aprobada por la superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N° SAA-09-0368-2026 de fecha 12/03/2026
 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-301-0026-14-0007

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										
Frecuencia:	Anual		Semestral		Trimestral		Mensual	Bimestral		Cuatrimestral
Modalidad:	Domiciliación de Pago			Pago en oficina			Otro. Indique:			
Moneda:	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:			Cuenta Corriente Tarjeta de Crédito Visa		Cuenta de Ahorro 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	
COBERTURAS A CONTRATAR										
COBERTURAS BÁSICA						SI		NO		
Muerte										
COBERTURAS OPCIONALES (Estas coberturas no son de obligatoria contratación)*						SI		NO		
Muerte accidental*										
Incapacidad Total y Permanente										
Desmembración o Inhabilitación Funcional Total y Permanente										
Pago de Capital para Gastos Funerarios										
DEPENDIENTES ASEGURABLES										
Nº	Nombres y Apellidos	Cédula de Identidad	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Sexo		Peso	Edad	Estatura	
					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:						

Aprobada por la superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N° SAA-09-0368-2026 de fecha 12/03/2026
 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-301-0026-14-0007

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:				

CUESTIONARIO								SI	NO
1	¿Padece o ha padecido de hipertensión arterial, infarto, angina de pecho, arritmias o cualquier otra enfermedad del corazón?								
2	¿Ha sido diagnosticado con cáncer, tumores malignos o leucemia en los últimos 10 años?								
3	¿Padece de Diabetes (Tipo I o Tipo II), Insuficiencia Renal, VIH/SIDA o enfermedades del sistema inmunológico?								
4	¿Padece de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Esclerosis Múltiple, Parkinson, Alzheimer o epilepsia?								
5	¿Se encuentra usted actualmente de reposo médico, tramitando una pensión por invalidez o ha sido declarado con algún grado de incapacidad permanente?								
6	¿Ha estado hospitalizado o ha requerido una intervención quirúrgica en los últimos 2 años?								
7	¿Padece de alguna enfermedad grave de la columna (ej. hernias discales), trastornos osteoarticulares severos o alguna otra condición que limite su movilidad o capacidad de trabajo?								
8	¿Su ocupación habitual requiere que realice trabajos de alto riesgo (ej. trabajo en alturas, manejo de explosivos, maquinaria pesada, seguridad armada, piloto, etc.)?								
9	¿Practica usted de forma regular algún deporte o pasatiempo considerado riesgoso (ej. motociclismo, paracaidismo, buceo, alpinismo, automovilismo, vuelo en aeronaves no comerciales)?								

DETALLES DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS

Nº de Pregunta	Diagnóstico/ Condición / Actividad	Fecha de Diagnóstico/ Inicio	Tratamiento o Frecuencia	Estado Actual

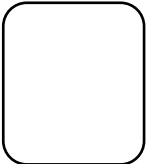
DECLARACIONES

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

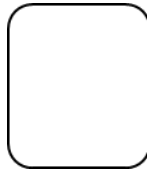
Huella Dactilar (pulgar derecho o en su defecto pulgar izquierdo)

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

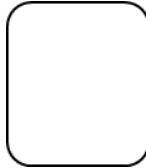


Cédula de Identidad del Propuesto Asegurado

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:

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 Providencia N° SAA-09-0368-2026 de fecha 12/03/2026

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-301-0026-14-0007