

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    Modificación   |                      | Póliza N°:   |   | Fecha de Modificación:      |                        |
| <b>DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO</b>   |                      |  |   |                             |                        |
| Apellidos y Nombres / Razón social:  |                      |  | N° de Cédula:<br>V    E   |                             | R.I.F. Persona Natural |
| N° de pasaporte:   | Fecha de Nacimiento: | Sexo:<br>M    F  | Estado Civil:<br>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).<br>Ramo: |   |                             |                        |
| Descripción de la actividad:<br>Independiente    Dependiente    Societaria    Otro |                      |  | Dirección de oficina:   |                             |                        |
| N° de contacto (oficina):  |                      | N° de contacto (celular):  |   | Correo electrónico:         |                        |
| <b>DATOS DEL TOMADOR (PERSONA NATURAL)</b>   |                      |  |   |                             |                        |
| Apellidos y Nombres:   |                      |  | N° de Cédula:<br>V    E   |                             | R.I.F. Persona Natural |
| N° Pasaporte:  | Fecha de Nacimiento: | Sexo:<br>M    F  | Estado Civil:<br>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).<br>Ramo: |   |                             |                        |
| Descripción de la actividad:<br>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:                  |
| País:  |  | Estado:  |                     | Ciudad:   |                                     | Municipio:                  |
| Nº de contacto (oficina):  |  | Actividad económica:<br>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:<br>V    E  |  | R.I.F. Persona Natural   |                     | Nº Pasaporte:   |                                     | Fecha de Nacimiento:        |
| Nº de Cédula:<br>V    E  |  | R.I.F. Persona Natural   |                     | Nº Pasaporte:   |                                     | Fecha de Nacimiento:        |
| Estado Civil:<br>Casado    Soltero<br>Viudo    Divorciado    Otro          |  | Lugar de Nacimiento:   |                     | País:   |                                     | Sexo:<br>M    F             |
| Estado Civil:<br>Casado    Soltero<br>Viudo    Divorciado    Otro          |  | Lugar de Nacimiento:   |                     | País:   |                                     | Sexo:<br>M    F             |
| Estado:  |  | Ciudad:  |                     | Municipio:  |                                     | Parroquia:                  |
| Estado:  |  | Ciudad:  |                     | Municipio:  |                                     | Parroquia:                  |
| Ingreso anual:   |  | Actividad económica (si es comerciante debe indicar el ramo):<br>Industrial    Comercial    Profesional    Gubernamental |                     |   | Ramo:                               | Profesión:                  |
| Ingreso anual:   |  | Actividad económica (si es comerciante debe indicar el ramo):<br>Industrial    Comercial    Profesional    Gubernamental |                     |   | Ramo:                               | Profesión:                  |
| Oficio:  |  | Descripción de la actividad:<br>Industrial    Dependiente    Societaria    Otro  |                     |   | Lugar donde trabaja:                |                             |
| Oficio:  |  | Descripción de la actividad:<br>Industrial    Dependiente    Societaria    Otro  |                     |   | Lugar donde trabaja:                |                             |
| Nº de contacto (celular):  |  |  | Correo electrónico: |   |                                     |                             |
| Nº de contacto (celular):  |  |  | Correo electrónico: |   |                                     |                             |
| DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL TOMADOR: PERSONA NATURAL                       |  |  |                     |   |                                     |                             |
| Avenida:   |  | Sector:  |                     | Calle:  |                                     | Urbanización:               |
| Avenida:   |  | Sector:  |                     | Calle:  |                                     | Urbanización:               |
| Edificio/Torre/Quinta/Casa   |  | Piso:  | Apto N°:            | Estado:   |                                     | Ciudad:                     |
| Edificio/Torre/Quinta/Casa   |  | Piso:  | Apto N°:            | Estado:   |                                     | Ciudad:                     |
| Edificio/Torre/Quinta/Casa   |  | Piso:  | Apto N°:            | Estado:   |                                     | Ciudad:                     |
| Parroquia:   |  | Zona Postal:   |                     | Condiciones de Vivienda:<br>Propia    Alquilada                                   |                                     | Nº de Contacto (domicilio): |
| Parroquia:   |  | Zona Postal:   |                     | Condiciones de Vivienda:<br>Propia    Alquilada                                   |                                     | Nº de Contacto (domicilio): |
| DIRECCIÓN DE TRABAJO DEL TOMADOR: PERSONA NATURAL                          |  |  |                     |   |                                     |                             |
| Avenida:   |  | Sector:  |                     | Calle:  |                                     | Urbanización:               |
| Avenida:   |  | Sector:  |                     | Calle:  |                                     | Urbanización:               |
| Edificio/Torre/Quinta/Casa   |  | Piso:  | Apto N°:            | Estado:   |                                     | Ciudad:                     |
| Edificio/Torre/Quinta/Casa   |  | Piso:  | Apto N°:            | Estado:   |                                     | Ciudad:                     |
| Edificio/Torre/Quinta/Casa   |  | Piso:  | Apto N°:            | Estado:   |                                     | Ciudad:                     |
| Parroquia:   |  | Zona Postal:   |                     | Condiciones de Vivienda:<br>Propia    Alquilada                                   |                                     | Nº de contacto (oficina):   |
| Parroquia:   |  | Zona Postal:   |                     | Condiciones de Vivienda:<br>Propia    Alquilada                                   |                                     | Nº de contacto (oficina):   |
| DIRECCIÓN DE COBRO   |  |  |                     |   |                                     |                             |
| Igual dirección de Residencia  |  | Igual dirección de trabajo   |                     | Igual dirección del tomador persona jurídica                                      |                                     |                             |
| Igual dirección de Residencia  |  | Igual dirección de trabajo   |                     | Igual dirección del tomador persona jurídica                                      |                                     |                             |
| Avenida:   |  | Sector:  |                     | Calle:  |                                     | Urbanización:               |
| Avenida:   |  | Sector:  |                     | Calle:  |                                     | Urbanización:               |
| Edificio/Torre/Quinta/Casa:  |  | Piso:  | Apto N°:            | Estado:   |                                     | Ciudad:                     |
| Edificio/Torre/Quinta/Casa:  |  | Piso:  | Apto N°:            | Estado:   |                                     | Ciudad:                     |
| Edificio/Torre/Quinta/Casa:  |  | Piso:  | Apto N°:            | Estado:   |                                     | Ciudad:                     |
| Parroquia:   |  | Zona Postal:   |                     | Condiciones de Vivienda:<br>Propia    Alquilada                                   |                                     | Nº de contacto (oficina):   |
| Parroquia:   |  | Zona Postal:   |                     | Condiciones de Vivienda:<br>Propia    Alquilada                                   |                                     | Nº de contacto (oficina):   |
| DIRECCIÓN DEL PROPUESTO ASEGURADO: PERSONA NATURAL                         |  |  |                     |   |                                     |                             |

|                               |              |  |          |  |  |
|-------------------------------|--------------|--|----------|--|--|
| Igual dirección de Residencia |              | Igual dirección de trabajo                   |          | Igual dirección del tomador persona jurídica |  |
| Avenida:                      |              | Sector:                                      |          | Calle:                                       |  |
| Edificio/Torre/Quinta/Casa    |              | Piso:  | Apto N°: | Estado:                                      |  |
| Ciudad:                       |              | Municipio:                                   |          |  |  |
| Parroquia:                    | Zona Postal: | Condiciones de Vivienda:<br>Propia Alquilada |          | Teléfono Oficina:                            |  |

**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:                           | Cuenta Corriente        | Cuenta de Ahorro               |  |
|   | Tarjeta de Crédito Visa | Tarjeta de Crédito Master Card |  |

**INFORMACIÓN GENERAL DE LA PÓLIZA**

**VIGENCIA DEL SEGURO**

|                           |                          |
|---------------------------|--------------------------|
| Desde :        /        / | Hasta:        /        / |
| Fecha de Suscripción:     | Fecha de Movimiento:     |

**INTERMEDIARIO**

| Apellidos y Nombres o Razón Social | Código | % de Participación | Firma |
|------------------------------------|--------|--------------------|-------|
|                                    |        |                    |       |

**COBERTURA SOLICITADA**

|                  |                  |
|------------------|------------------|
| Seguro Funerario | Suma Asegurada : |
|------------------|------------------|

**GRUPO A ASEGURAR**

| 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: |                     |      |   |      |      |          |
|    |                           |                     |                     |                     |      |   |      |      |          |

**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

¿Alguna de las personas a incluir ha sido diagnosticada o tratada por alguna de las siguientes condiciones médicas en los últimos 5 años? (Cáncer (incluyendo cualquier tipo de tumor maligno), enfermedad cardíaca grave (infarto, insuficiencia cardíaca, arritmias graves), enfermedad cerebrovascular (derrame cerebral, accidente isquémico transitorio), insuficiencia renal crónica (que requiera diálisis o trasplante), insuficiencia hepática grave (cirrosis, hepatitis crónica avanzada), enfermedad respiratoria crónica grave (EPOC severo, fibrosis pulmonar), SIDA / VIH, enfermedad neurodegenerativa (Alzheimer, Parkinson, Esclerosis Múltiple), diabetes con complicaciones graves (nefropatía, retinopatía, neuropatía severa), necesidad de trasplante de órganos, cualquier otra enfermedad terminal o con pronóstico de vida limitado a menos de 2 años). En caso afirmativo, especifique la(s) condición(es) y persona(s):

¿Alguna de las personas a incluir se encuentra actualmente hospitalizada o en lista de espera para una intervención quirúrgica o un tratamiento médico significativo? En caso afirmativo, especifique la(s) condición(es) y persona(s):

¿Alguna de las personas a incluir se encuentra en una situación de cuidados paliativos o bajo tratamiento para una enfermedad terminal? En caso afirmativo, especifique la(s) condición(es) y persona(s):

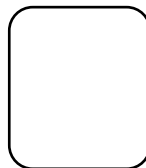
### DECLARACIONES

#### 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

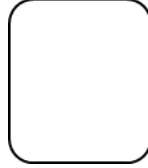
**Huella Dactilar (pulgar derecho o en su defecto pulgar izquierdo)**

#### 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).<br>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).<br>d.- Cualquier otro documento relacionado con el cliente y sus actividades. |