

Fecha de Solicitud: _____

Sucursal de Emisión: _____

Nº de Póliza: _____

Vigencia: _____

Tipo de Moneda: _____

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 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:		Sexo: M F	Estado Civil: Casado Soltero Viudo Divorciado Otro		
Dirección de domicilio:				Teléfono de domicilio:	
Lugar de Nacimiento:	País:	Estado:	Ciudad:	Nacionalidad:	
Fecha de Nacimiento:	Profesión:		Ocupación:		Ingreso Anual:
Actividad económica (si es comerciante debe indicar el ramo). Ramo:		Descripción de la actividad: Independiente Dependiente Societaria Otro			
Dirección de oficina:		Teléfono de oficina:		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:	Estado:		Ciudad:	
Nacionalidad:	Ingreso Anual:		Profesión:	Oficio:	
Actividad económica (si es comerciante debe indicar el ramo). Ramo:		Descripción de la actividad: Independiente Societaria Otro			Lugar donde trabaja:
DATOS DEL TOMADOR (PERSONA JURÍDICA)					
Nombre o Razón Social:				R.I.F. de la Empresa:	
Dirección de la empresa:					
País:	Estado:	Ciudad:	Correo electrónico:		Teléfono de 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:					
En caso de ser persona jurídica, indique los datos del representante Legal					

Apellidos y Nombres/ Razón Social:									
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:		Estado:	Ciudad:	Nacionalidad:	
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:		
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL TOMADOR: PERSONA NATURAL									
Avenida:		Sector:		Calle:		Urbanización:			
Edificio/Torre/Quinta/Casa		Piso:	Apto N°:	Municipio:		Ciudad:		Parroquia:	
Estado:	Zona Postal:		Condiciones de Vivienda: Propia Alquilada			Teléfono Oficina:			
Teléfono Domicilio:		Teléfono Celular:		Correo electrónico:					
DIRECCIÓN DE TRABAJO DEL TOMADOR: PERSONA NATURAL									
Avenida:		Sector:		Calle:		Urbanización:			
Edificio/Torre/Quinta/Casa		Piso:	Apto N°:	Municipio:		Ciudad:		Parroquia:	
Estado:	Zona Postal:		Condiciones de Vivienda: Propia Alquilada			Teléfono Oficina:			
Teléfono Domicilio:		Teléfono Celular:		Correo electrónico:					
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			Teléfono Oficina:			
Teléfono Domicilio:		Teléfono Celular:		Correo electrónico:					
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°:	Municipio:		Ciudad:		Parroquia:	
Estado:	Zona Postal:		Condiciones de Vivienda: Propia Alquilada			Teléfono Oficina:			
Teléfono Domicilio:		Teléfono Celular:		Correo electrónico:					
FORMA DE PAGO									

Aprobada por la superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia Administrativa SAA-09-0377-2026 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-301-0014-14-0004

Frecuencia:	Anual	Semestral	Trimestral	Mensual	Bimestral	Cuatrimstral
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		Cuenta de Ahorro		
		Tarjeta de Crédito Visa		Tarjeta de Crédito Master Card		
DATOS DEL VEHÍCULO						
N° de placa:		Año:		Marca:		Modelo:
N° de puestos:		Color:		Uso:		Tipo:
Capacidad (TM):		Transmisión:		N° de Certificación de Origen:		
		Automática		Sincrónica		Secuencial
Serial del Motor:		Serial de carrocería:		Cilindros:		Certificado de Registro del Vehículo:
Uso del Vehículo						
Lugar (Estado) de uso habitual del vehículo:		Ciudad:		El vehículo es de carga: SI NO En caso de ser afirmativo, indique el tipo de mercancía que transporta:		
En caso vehículo de transporte colectivo, indique su uso: Privado Público Turismo Escolar						
Conductor habitual						
Propietario Cónyuge Hijo Chofer Otro, indique						
Apellidos y nombres:			Edad:		Cédula de Identidad:	
COBERTURAS SOLICITADAS						
Cobertura Básica				Suma Asegurada		
Responsabilidad Civil de Vehículos				Según regulación vigente		
Coberturas Opcionales (Estas coberturas no son de obligatoria contratación) *				Suma Asegurada		
Exceso de límite*		SI NO				
Asistencia Legal y Defensa Penal *		SI NO				
Accidentes Personales para Ocupantes de Vehículos *		SI NO				
Asistencia Vial *		SI NO				
OTROS SEGUROS SOBRE LOS MISMOS BIENES A ASEGURAR						
Pólizas Vigentes						
N° de Póliza		Nombre de la Empresa			Fecha de Vencimiento	
Siniestros						
Fecha de Ocurrencia		Causa del Siniestro			Monto Reclamado	
DECLARACIONES						

Aprobada por la superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia Administrativa SAA-09-0377-2026 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

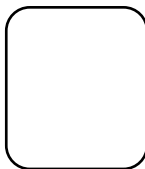
VEN-301-0014-14-0004

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

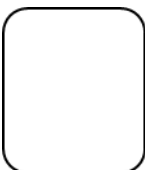
Huella Dactilar (pulgar derecho o en su defecto pulgar izquierdo)

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

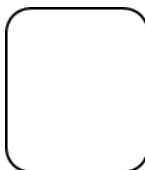
Huella Dactilar (pulgar derecho o en su defecto pulgar izquierdo)

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.