

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 N <sup>o</sup> :		Fecha de Modificación:	
<b>DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO</b>					
Apellidos y Nombres / Razón social:			N° de Cédula: V    E		R.I.F. Persona Natural
N° 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:	
<b>DATOS DEL TOMADOR (PERSONA NATURAL)</b>					
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:	Estado:		Ciudad:	
Nacionalidad:	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:
<b>DATOS DEL TOMADOR (PERSONA JURÍDICA)</b>					
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:	
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						
<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			
DATOS DEL VEHÍCULO A ASEGURAR						
Placa:		Serial de Carrocería:		Serial del Motor:		Marca:
Modelo:	Versión:	Color Principal:		Color Secundario:		Año:
Cilindros:	Transmisión: Sincrónica Automática Secuencial			Peso en Kg.:		
Certificado de Registro:		Nº Certificado de Origen:		Nº de Puestos:		Vehículo nuevo: SI NO
Capacidad (TN):		Vehículo nuevo: SI NO		Importado: SI NO		Km. Recorridos:
Uso del Vehículo						
Particular Carga Taxi Moto Otro, indique						
Si el Vehículo es de Carga, especifique tipo de mercancía que transporta:						
En caso Vehículo de Transporte Colectivo indique su uso: Privado Público Turismo Escolar						
Lugar (Estado) de uso habitual del vehículo:		Ciudad:	El estacionamiento del Vehículo es: DIURNO Estac. Privado Estac. En la vía pública NOCTURNO Estac. Privado Estac. En la vía pública			
Conductor habitual del Vehículo						
Propietario Cónyuge Hijo Chofer Otro, indique						
Apellidos y nombres:			Edad:	Cédula de Identidad:		
Dispositivos de Seguridad						
Alarma Bóveda Tranca Palanca Tranca Pedales Otro, indique:						
Accesorios Originales						
Radio		Radio CD		Rines		Caucho Repuesto
Aire Acondicionado		Tazas		Tapicería de Cuero		Otro, indique:
COBERTURAS SOLICITADAS						
<b>Cobertura Básica</b>				<b>Deducible</b>	<b>Suma Asegurada</b>	
Pérdida Total						
Pérdida Parcial						
BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE DEL ASEGURADO						
<b>Nombre y Apellido/ Razón Social</b>		<b>Cédula de Identidad o Pasaporte</b>		<b>Registro de Información Fiscal</b>		<b>Preferencial</b>
						SI NO
						SI NO

**OTROS SEGUROS SOBRE LOS MISMOS BIENES A ASEGURAR****Pólizas Vigentes**

Nº de Póliza	Nombre de la Empresa	Fecha de Vencimiento

**Siniestros**

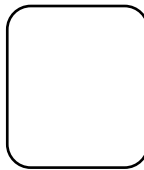
Fecha de Ocurrencia	Causa del Siniestro	Monto Reclamado

**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

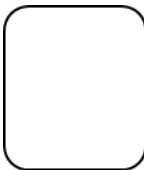
**Huella Dactilar (pulgar derecho o en su defecto pulgar izquierdo)**

**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.