

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:	
<b>DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO</b>					
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:	
<b>DATOS DEL TOMADOR (PERSONA NATURAL)</b>					
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 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:					

Aprobada por la superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia Administrativa N° SAA-09-0104-2026 de fecha 22/01/2026  
 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-301-0014-14-0009

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 DE LA MOTO A ASEGURAR						
Placa:		Serial de Carrocería:		Serial del Motor:		Marca:
Modelo:	Versión:	Certificado de Registro:		Nº Certificado de Origen:		Color Principal:
Año:	Cilindros:	Moto nueva: SI    NO		Importado: SI    NO		Km. Recorridos:
Uso de la Moto						
Particular    Encomiendas    Taxi    Otro, indique						
Lugar (Estado) de uso habitual del vehículo:		Ciudad:	El estacionamiento de la Moto es: DIURNO    Estac. Privado    Estac.    En la vía pública NOCTURNO    Estac. Privado    Estac.    En la vía pública			
Conductor habitual de la Moto						
Propietario    Cónyuge    Hijo    Chofer    Otro, indique						
Apellidos y nombres:			Edad:	Cédula de Identidad:		
¿Utiliza dispositivo de seguridad?		SI	NO	Especifique:		
Accesorios originales:		SI	NO	Especifique:		
COBERTURAS SOLICITADAS						
Cobertura Básica				Suma Asegurada		
Pérdida Total						
BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE DEL ASEGURADO						
Nombre y Apellido/ Razón Social		Cédula de Identidad o Pasaporte		Registro de Información Fiscal		Preferencial
						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	

Aprobada por la superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia Administrativa N° SAA-09-0104-2026 de fecha 22/01/2026  
 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

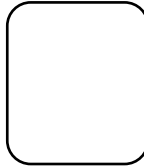
VEN-301-0014-14-0009

**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

**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.