

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 N ^o :		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 N° SAA-09-0117-2026 de fecha 26/01/2026
 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-301-0014-14-0004

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 A ASEGURAR						
N° de placa:	Año:	Marca:	Modelo:	Versión:		
N° de puestos:	Color Principal:	Uso:	Tipo:	Peso (Kg):		
Capacidad (TM):	Transmisión:	Automática	Sincrónica	Secuencial	N° de Certificación de Origen:	
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 N° SAA-09-0117-2026 de fecha 26/01/2026
 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

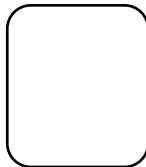
VEN-301-0014-14-0004

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

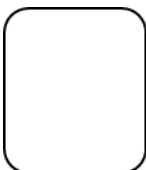
Huella Dactilar (pulgar derecho o en su defecto pulgar izquierdo)

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

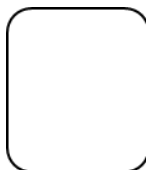


Cédula de Identidad del Propuesto Asegurado

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.