

LATINA SEGUROS C.A.
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL

SOLICITANTE

Nombre	:			
C.I. / RUC	:			
Dirección	:			
Actividad	:			
Ciudad		Provincia	:	
Teléfono	:	Celular	:	
Fecha de Nacimiento	:	Lugar de Nacimiento	:	
Peso (libras)	:	Estatura (m)	:	
Email	:			
APS	:			

VIGENCIA DEL SEGURO A SOLICITAR

Desde	:		Hasta	:	
-------	---	--	-------	---	--

FORMA DE COBERTURA

AP <input type="checkbox"/>	AP Y ANEXOS <input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------------------

LIMITES DE COBERTURAS

COBERTURAS	MONTOS REQUERIDOS	
Muerte accidental	USD	
Invalidez total y permanente por accidente	USD	
Gastos medicos por accidente	USD	
Renta diaria por hospitalización	USD	
Gastos de sepelio por accidente	USD	

FORMA DE PAGO:

MENSUAL <input type="checkbox"/>	TRIMESTRAL <input type="checkbox"/>	SEMESTRAL <input type="checkbox"/>	ANUAL <input type="checkbox"/>
----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

BENEFICIARIOS

Nombres	Porcentaje	Parentesco

ANTECEDENTES DE ASEGURABILIDAD

En los casos de respuestas afirmativas, favor completar el detalle en la parte inferior SI NO del cuestionario

1. ¿Alguna vez ha sido cancelada, negada o recargada su solicitud de seguro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene seguros de Accidentes Personales en otra compañía, En caso de ser afirmativa su respuesta especificar nombre y monto del seguro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha participado o piensa participar en actividades de deportes riesgosos tales como: boxeo, inmersión submarina, montañismo, alas delta, paracaidismo; carreras de caballos, automóviles, motocicleta, lanchas u otros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha estado involucrado en un accidente automovilístico, declarado culpable de manejar bajo influencia de alcohol o drogas o ha tenido más de una infracción de tránsito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha sido investigado, arrestado o declarado culpable por un delito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez ha recibido beneficios por incapacidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Número de la pregunta	Detalle

Autorizo a cualquier médico, hospital, clínica o cualquier otros establecimiento de servicios médico o relacionados o compañía de seguros, que posea datos referentes al diagnóstico, tratamiento o pronosis de algún tratamiento físico o mental o que posea información que no sea médica sobre mi persona que suministre a LATINA SEGUROS C.A., o a su representación legal, toda la información que le sea solicitada.

Declaro bajo juramento que toda la información contenida en este formulario es de verídica y absoluta responsabilidad de quien lo suscribe. Autorizó a LATINA SEGUROS C.A. a verificar la información de este formulario. Declaro bajo juramento que los fondos para el pago de primas, gastos e impuestos en razón o consecuencia de la emisión de pólizas contratadas con LATINA SEGUROS C.A. tienen origen lícito. Eximo (mimos) a LATINA SEGUROS C.A. de toda responsabilidad, inclusive frente a terceros si este declaración fuese falsa o errónea.

Lugar y Fecha:

Firma del Solicitante

El Asegurado, podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, la verificación de este texto.

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número de registro 40273, el 28 de Diciembre de 2015.