

LATINA SEGUROS C.A.
SEGURO DE VIDA COLECTIVA
SOLICITUD DE SEGURO

SOLICITANTE

Nombre	:			
C.I. / RUC	:			
Dirección	:			
Actividad	:			
Ciudad	:		Provincia	:
Teléfono	:		Celular	:
Email	:			
APS	:			

VIGENCIA DEL SEGURO A SOLICITAR

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

INFORMACIÓN DEL GRUPO

Número de personas	:		Edad Promedio	:	
Monto de siniestros pagados en los últimos tres años	:		Número de eventos en los últimos tres años	:	

FORMA DE COBERTURA

VIDA ☐	VIDA Y ANEXOS ☐
--------------------------------------	---

LIMITES DE COBERTURAS

COBERTURAS	MONTOS REQUERIDOS	
Vida	USD	
Muerte accidental	USD	
Invalidez total y permanente	USD	
Invalidez total y permanente por accidente	USD	
Enfermedades graves	USD	
Gastos medicos por accidente	USD	
Renta diaria por hospitalización	USD	
Gastos de sepelio	USD	
Beca estudiantil	USD	
Canasta Básica	USD	
Gastos Dentales por accidente	USD	
Gastos de Ambulancia por accidente	USD	

FORMA DE PAGO:

MENSUAL ☐	TRIMESTRAL ☐	SEMESTRAL ☐	ANUAL ☐
----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

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 esta 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 40565, el 28 de Diciembre de 2015.