

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

SOLICITANTE

Nombre	:			
C.I. / RUC	:			
Dirección	:			
Actividad	:			
Ciudad	:		Provincia	:
Teléfono	:		Celular	:
Fecha de Nacimiento	:		Lugar de Nacimiento	:
Email	:			
APS	:			

ASEGURADO (llenar en caso de ser diferente del solicitante)

Nombre	:			
C.I	:			
Dirección	:			
Actividad	:			
Ciudad	:		Provincia	:
Teléfono	:		Celular	:
Fecha de Nacimiento	:		Lugar de Nacimiento	:
Email	:			
Relación del solicitante con el Asegurado				:

VIGENCIA DEL SEGURO A SOLICITAR

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

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	

FORMA DE PAGO:

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

BENEFICIARIOS

Nombres	Porcentaje	Parentesco

ANTECEDENTES DE ASEGURABILIDAD

En los casos de respuestas afirmativas, favor completar el detalle en la parte inferior del cuestionario

SI NO

1. ¿Alguna vez ha sido cancelada, negada o recargada su solicitud de seguro?	☐	☐
2. ¿Tiene seguros de vida en otra compañía, En caso de ser afirmativa su respuesta especificar nombre y monto del seguro?	☐	☐
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?	☐	☐
4. ¿Consume bebidas alcohólicas? En caso afirmativo indique cantidad y frecuencia	☐	☐
5. ¿Ha consumido cualquier derivado de tabaco en los últimos 12 meses? En caso afirmativo indique tipo, cantidad y frecuencia	☐	☐
6. ¿Durante los últimos diez años ha consumido cocaína, marihuana, meta-anfetaminas, barbitúricos o cualquier otra sustancia controlada?	☐	☐
7. ¿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?	☐	☐
8. ¿Ha sido investigado, arrestado o declarado culpable por un delito?	☐	☐
9. ¿Alguna vez ha recibido beneficios por incapacidad?	☐	☐

Detalle de las preguntas

Número de la pregunta	Detalle

ANTECEDENTES MÉDICOS

1. ¿Tiene médico personal SI ☐ NO ☐
En caso de ser afirmativa su respuesta cita el nombre del médico

2. Nombre del ultimo médico consultado

3. ¿Motivo de la consulta?

4. Tratamiento recibido

5. Fecha de la consulta

6. Dirección, teléfono y correo electrónico del médico

7. ¿Ha tenido cambio de peso durante los últimos 12 meses? SI ☐ NO ☐
En caso de ser afirmativa su respuesta cual fue la causa

8. ¿Cuál es su peso? _____ libras

9. ¿Cuál es su estatura? _____ metros

HISTORIAL CLINICO

Ha sido diagnosticado, ha recibido tratamiento o ha tenido indicación de: SI NO

1. ¿Enfermedad de ojos, oídos, nariz o garganta?	☐	☐
2. ¿Mareos, desmayos, convulsiones, jaquecas, alteración del habla, parálisis o apoplejía, derrame o infarto cerebral, traumatismo craneal, trastorno nervioso o mental?	☐	☐
3. ¿Ahogos, ronquera, tos persistente, esputos de sangre, bronquitis, pleuresía, asma, alergia, enfisema, tuberculosis o trastornos respiratorios crónicos?	☐	☐
4. ¿Dolor de pecho, palpitaciones, hipertensión arterial, fiebre reumática, soplo cardíaco, infarto de miocardio, angina de pecho, aneurisma u otra enfermedad del corazón o de los vasos sanguíneos?	☐	☐
5. ¿Ictericia, hepatitis, cirrosis, hemorragia intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, esofagitis, dispepsia, trastornos digestivos, del hígado o vesícula biliar?	☐	☐
6. ¿Azúcar, albumina, pus en la orina, infecciones urinarias, enfermedades venéreas, cálculos, quistes u otros trastornos renales, de vejiga, próstata u órganos reproductivos?	☐	☐
7. ¿Diabetes, hipoglicemia, híper o hipotiroidismo, trastornos del páncreas u otros trastornos endocrinos?	☐	☐
8. ¿Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota, trastorno de los músculos o huesos, incluso de la columna vertebral, la espalda y articulaciones, desorden del colágeno, deformidad cojera o amputación?	☐	☐
9. ¿Enfermedad de la piel, ganglios linfáticos, quistes, tumor o cáncer?	☐	☐
10. ¿Ha recibido resultados positivos por la exposición al virus de inmunodeficiencia humana, VIH, o ha sido diagnosticado de SIDA o Complejos Relacionados o cualquier patología derivada de la infección con VIH?	☐	☐
11. ¿Anemia, leucemias, flebitis, tromboflebitis, trastornos de la sangre, vasculares o del bazo?	☐	☐
12. ¿Está actualmente tomando algún medicamento, en observación o tratamiento médico?	☐	☐
13. ¿Se ha realizado algún examen, consulta, chequeo u operación?	☐	☐
14. ¿Se ha realizado electrocardiograma, radiografía u otra prueba diagnóstica?	☐	☐

15. ¿Ha sido hospitalizado o internado en alguna institución o sanatorio?	☐	☐
16. ¿Tiene que ser hospitalizado o internado en alguna institución o sanatorio?	☐	☐
17. ¿Ha sufrido alguna enfermedad física o mental no mencionada anteriormente?	☐	☐
18. ¿Han padecido sus padres o hermanos diabetes, cáncer hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, renal y/o mental?	☐	☐
19. Solo para mujeres a. ¿Trastornos de útero, ovarios, senos? ¿Se ha realizado chequeos ginecológicos, paptest, mamografías? b. ¿Está embarazada? Indique cuantas semanas o meses	☐ ☐	☐ ☐
20. Solo para hombres a. ¿Se ha realizado chequeo prostático y/o prueba de PSA?	☐	☐

Detalle de las preguntas

Número de la pregunta	Diagnóstico y tratamiento	Fecha de tratamiento Mes/Año	Duración	Nombre del Médico - Clínica – Hospital

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 alguna enfermedad y/o 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. Autorizo a LATINA SEGUROS C.A. a que realice todo tipo de examen médico incluido sin limitarse todos aquellos que sirvan para diagnóstico de enfermedades de notificación obligatoria de acuerdo a la normativa vigente de salud, Esta autorización será válida por dos años y medio a partir de la fecha que se indica a continuación.

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 41849, el 21 de Junio de 2016.