

9.8.2

SEGURO DE FIDELIDAD PRIVADA

SOLICITANTE

Nombre	:				
RUC	:				
Dirección	:				
Actividad	:				
Ciudad	:		Provincia	:	
Teléfono	:		Fax	:	
Email	:				

VIGENCIA DEL SEGURO A SOLICITAR

Desde	:		Hasta	:	
APS	:				

TIPO DE FIDELIDAD

Nominativa	<input type="checkbox"/>	Por cargos	<input type="checkbox"/>	Blanket	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	------------	--------------------------	---------	--------------------------

En caso de solicitar la Fidelidad Nominativa o por Cargos, favor proporcionar a la Compañía el listado de personal o el listado de los cargos según sea el caso.

MONTOS ASEGURADOS

Individual	USD	Colutorio	USD
------------	-----	-----------	-----

1. Detalle los controles en los procesos que posee en su empresa

2. ¿Ha tenido siniestros en los últimos tres años?, SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, ¿Cuáles fueron las fechas, las causas y los montos de las reclamaciones pagadas?

Declaro bajo juramento que toda la información contenida en este formulario es de verídica y absoluta responsabilidad de quien lo suscribe. Autorizo 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 a la presente solicitud el número 41098, el 23 de Febrero de 2016.

SEGURO DE FIDELIDAD PÚBLICA

SOLICITANTE

Nombre	:			
RUC	:			
Dirección	:			
Actividad	:			
Ciudad	:		Provincia	:
Teléfono	:		Fax	:
Email	:			

VIGENCIA DEL SEGURO A SOLICITAR

Desde	:		Hasta	:	
APS	:				

TIPO DE FIDELIDAD

Individual	<input type="checkbox"/>	Colectiva	<input type="checkbox"/>	Blanket	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------	-----------	--------------------------	---------	--------------------------

1. Si la Fidelidad es Individual especificar:

Remuneración Mensual Unificada de la Autoridad Nominadora	:	
---	---	--

Cédula de Identidad	Nombres Completos	Cargo	Lugares de Trabajo	Remuneración Mensual Unificada	Suma Asegurada

2. Si la Fidelidad es Colectiva especificar:

Remuneración Mensual Unificada de la Autoridad Nominadora	:	
---	---	--

Cédula de Identidad	Nombres Completos	Cargo	Lugares de Trabajo	Remuneración Mensual Unificada	Suma Asegurada

De existir más personas a Caucionarse favor proporcionar la información en otra hoja adicional.

3. Si la Fidelidad es Blanket especificar:

Presupuesto anual del Asegurado	:	
Suma Asegurada	:	

4. ¿Ha tenido siniestros en los últimos tres años?, SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, ¿Cuáles fueron las fechas, las causas y los montos de las reclamaciones pagadas?

Declaro bajo juramento que toda la información contenida en este formulario es de verídica y absoluta responsabilidad de quien lo suscribe. Autorizo 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 a la presente solicitud el número 41097, el 23 de Febrero de 2016.

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

SOLICITANTE

Nombre	:			
RUC	:			
Dirección	:			
Actividad	:			
Ciudad	:	Provincia	:	
Teléfono	:	Fax	:	
Email	:			

VIGENCIA DEL SEGURO A SOLICITAR

Desde	:		Hasta	:	
APS	:				

SUMA ASEGURADA:

1. Describa su actividad económica

2. ¿Cuáles fueron los ingresos del último año fiscal cerrado y las proyecciones de ingresos del año en curso?

3. ¿Cuántos empleados posee?

4. ¿Ha tenido siniestros en los últimos tres años? SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, ¿Cuáles fueron las fechas, las causas y los montos de las reclamaciones pagadas?

Declaro bajo juramento que toda la información contenida en este formulario es de verídica y absoluta responsabilidad de quien lo suscribe. Autorizo 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 a la presente solicitud el número 41096, el 23 de Febrero de 2016.

SEGURO DE BANCOS E INSTITUCIONES FINANCIERAS

SOLICITANTE

Nombre	:			
RUC	:			
Dirección	:			
Actividad	:			
Ciudad	:		Provincia	:
Teléfono	:		Celular	:
Email	:			
APS	:			

VIGENCIA DEL SEGURO A SOLICITAR

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

INFORMACIÓN GENERAL

- Subsidiarias (indique porcentaje de participación):

A menos que sea requerido por el asegurado, esta póliza cubrirá al asegurado y sus subsidiarias: (Subsidiaria es cualquier organización que sea controlada por una entidad que esté incluida dentro del asegurado por tener o controlar más del 50% de las acciones). Este formulario debe ser completado para reflejar el funcionamiento de todas las entidades para las cuales se solicita cobertura.

- Fecha de Fundación: _____
- Total Activos: _____
- Total Ventas/Ingresos: _____
- Número total de Sucursales:

- a. Nacional _____
- b. Internacional: _____
- c. Total _____

6. Nombre y porcentaje de cualquier accionista que tenga más del 50% del capital accionario:

Nombre del accionista	Porcentaje

7. ¿El asegurado se ha fusionado o adquirido cualquier otro negocio o entidad durante los últimos 5 años? SI NO

Sí es así, por favor dar mayor información.

Por favor anexar Estados Financieros actualizados (Balance General y Estado de Pérdidas y Ganancias)

SEGUROS ANTERIORES

- 1. ¿Es la primera vez que se pide este tipo de seguro? SI NO
- 2. Fecha de iniciación de cobertura de la póliza actual: _____
- 3. ¿Se ha interrumpido la póliza para alguna vigencia? SI NO
- 4. Hace cuánto tiempo se viene trabajando con esta póliza: _____
- 5. Por favor detallar los seguros anteriores para los últimos 2 años:

	Aseguradora	Límites	Periodo	Deducibles
Actual				
Anterior				

AUDITORIAS

- 1. ¿Son las cuentas auditadas por una compañía externa e independiente? SI NO
- a. ¿Por quién?

b. ¿Con qué frecuencia?

2. ¿Cubre la auditoría todas las áreas de la Compañía? SI NO

Sino, describa las limitaciones que presenta:

3. ¿La auditoría se hace a todas las Entidades Subsidiarias? SI NO

Sino, dar mayor detalle:

4. ¿Se hacen informes de auditoría por escrito? SI NO

Sí es así, indique ¿a quién se le dirigen?

5. ¿La auditoría externa revisa los sistemas de control interno? SI NO

6. ¿Ha cambiado de Auditor Externo en los últimos 3 años? SI NO

¿Porque?

7. ¿Los Auditores Externos han realizado recomendaciones que no hayan sido adoptadas?
SI NO

Explique

8. Si no se requiere de una auditoría externa independiente, ¿quién es el responsable de auditar las cuentas?

Brevemente explicar cuál es el alcance y las limitaciones de esta auditoría:

9. ¿Se tiene un departamento de auditoría interna? SI NO

10. ¿Con qué frecuencia se hacen auditorías internas?

11. ¿Cuántas personas componen este departamento?

12. ¿A quién reporta?

13. ¿Se auditan las facilidades de Procesamiento Electrónico? SI NO

14. ¿Existen Manuales de Auditoría y Procedimientos de Control? SI NO

COMPRAS

1. ¿Mantiene una lista de proveedores aprobados? SI NO

2. ¿Utiliza formatos (órdenes de pago, reportes de recibos y solicitud de cupones de cheques) con números pre impresos seriales? SI NO

3. ¿Antes del pago son conciliadas las órdenes de compra y recibos de ventas y la información del proveedor con la lista aprobada de proveedores por una persona no asignada a compras y recibo? SI NO

4. ¿Todas las órdenes son confirmadas con los proveedores por alguien no asignado a comprar o recibir? SI NO

5. Los compradores y asistentes de compras están sujetos a límites de autorización? SI NO

¿Cuáles?

CONTROLES EN LAS CUENTAS BANCARIAS

Los empleados que reconcilian las cuentas bancarias también:

- 1. ¿Firman cheques? SI NO
- 2. ¿Manejan depósitos? SI NO
- 3. ¿Tienen acceso a máquinas visadoras de Cheques? SI NO
- 4. ¿Los empleados que preparan las requisiciones de cheques también tienen autoridad para firmarlos? SI NO
- 5. ¿Si alguna de las respuestas anteriores fue "Si", que otros controles se tienen?

VALORES EN RIESGO

- 1. ¿Cuáles son las cantidades promedio y máximas que se tienen en un día común de trabajo de?:

	Efectivo	Cheques	Títulos Valores
Principal			
Sucursales			
Agencias			

- 2. ¿Cuáles son las cantidades promedio y máximas que se transportan con mensajeros:

	Efectivo	Cheques	Títulos Valores
Principal			
Sucursales			
Agencias			

- 3. ¿Utilizan Vehículos Blindados? SI NO

Indicar en que ocasiones

- 4. ¿Mantiene un sistema de custodia conjunta y control dual con respecto a Títulos Valores, Cheques, Códigos, Pruebas, Llaves, Cajas Fuertes, Cheques en blanco o propiedades que potencialmente sean de valor?

SI NO

5. ¿Todos los cheques requieren doble firma? SI NO

METALES PRECIOSOS

1. ¿Existe alguna exposición debido a metales o piedras preciosas (por ejemplo plata, oro, platino, diamantes o materiales similares que tengan un alto costo)?
SI NO

Si es así, por favor agregar una copia del manual de procedimientos y un listado de esos metales y piedras preciosas en donde se indique el lugar donde están ubicados, el valor promedio y máximo de esos materiales en cada predio y los controles que se tienen para su uso (quién tiene acceso, que protecciones al hacer el inventario se tienen, etc.) y en qué forma los materiales están (barras, polvo, etc.).

CONTROLES EN LOS SISTEMAS

1. ¿Se realiza una rotación periódica de los programadores y operadores para minimizar la posibilidad de que los equipos sean usados de una manera inadecuada?
SI NO
2. ¿Son las labores de los programadores y operadores separadas?
SI NO
3. ¿Son las salidas del sistema (informes) reconciliados por personas diferentes a las que preparan y procesan las entradas?
SI NO
4. ¿Se tienen controles de pre-autorización para los programadores y operadores?
SI NO
5. ¿Las auditorías incluyen pruebas para detectar cambios no autorizados de programación?
SI NO
6. ¿Posee un código de usuario automático y manual de uso de este?
SI NO
7. ¿Las claves son usadas para permitir diferentes niveles de acceso al computador?
SI NO
8. ¿Las claves son cambiadas cuando un empleado abandona la compañía?
SI NO
9. ¿Tienen acceso físico o electrónico a los sistemas del asegurado personas diferentes a los empleados?
SI NO
10. ¿Tiene un programa de auditoría en Procesamiento Electrónico de Datos en operación?
SI NO
11. ¿Tiene su departamento de Auditoría Interna entrenamiento y experiencia en auditoría en Procesamiento Electrónico de Datos?
SI NO

Descríbala:

TRANSFERENCIAS BANCARIAS

1. ¿Cuál es el número diario de transferencias bancarias promedio realizadas? _____
2. ¿Cuál es la cantidad máxima individual transferida? _____
3. ¿Cuál es el volumen máximo mensual transferido? _____
4. ¿Quién está autorizado para transferir fondos y cuál es su límite de autoridad?

5. ¿Tiene usted manuales de procedimientos actualizados que cubran las transferencias bancarias?

SI NO

6. ¿Emplea un sistema de devolución de llamada a una persona diferente a la que inició la transferencia?

SI NO

7. ¿Son los computadores usados para manejar transferencias?
Sí es así, agregar una copia de los procedimientos utilizados.

SI NO

8. ¿Se cumplen estos procedimientos?

SI NO

9. ¿Están los controles de seguridad funcionando?

SI NO

10. ¿Recibe copias de confirmación de las transacciones en línea y estas se envían a un departamento no autorizado para realizar transferencias?

SI NO

11. ¿Mantiene cuentas con saldo cero?

SI NO

Si es así, describa cuales son los controles para este tipo de cuentas:

12. Describa cómo funciona el control dual para las transferencias bancarias

PERSONAL

Empleados de Clase 1 son directores; ejecutivos; empleados que manejan dinero, títulos valores y equipos de propiedad de la Compañía.

- 1. Indicar el número de empleados:
Empleados Clase 1:
Total Otros empleados:
Total de empleados:

- 2. ¿Se tiene un proceso de selección detallado de los empleados de la Compañía?
SI NO

- 3. ¿Requiere que todos sus empleados tomen al menos dos semanas consecutivas de vacaciones?
SI NO

SEGURIDADES FÍSICAS Y CONTROLES

- 1. ¿Tiene un manual de operación o instrucciones escritas que cubran todos los aspectos de su negocio?
SI NO

- 2. ¿Conocen todos los empleados su contenido?
SI NO

- 3. ¿Tiene usted cajas fuertes en los predios?
SI NO

- 4. ¿Tienen las cajas fuertes cerraduras de combinación?
SI NO

- 5. ¿Se encuentran las cajas fuertes ancladas?
SI NO

- 6. ¿Tienen alarmas?
SI NO
 - a. ¿Conectadas a una estación central?
SI NO
 - b. ¿Conectadas a la policía?
SI NO

- 7. ¿Cuentan con celadores?
SI NO
 - a. ¿Cuántos celadores en el día?

 - b. Cuántos celadores en la noche?

 - c. Si son contratados con una firma externa indicar el nombre de la misma:

- 8. Indicar cualquier otro sistema de seguridad adicional con la que cuente el Asegurado.

EXPERIENCIA SINIESTRAL

1. Favor suministrar una breve información de cualquier pérdida que la Compañía haya sufrido durante los últimos cinco (5) años, tales como infidelidad de empleados, hurto, hurto calificado, desapariciones, destrucción y falsificación. Listar cada pérdida por separado.

Fecha	Valor del Siniestro	Descripción de Siniestro	Medidas correctivas tomadas

Sí es necesario, por favor anexar una hoja con los siniestros

2. En los últimos 6 años, el asegurado y/o cualquiera de sus directores se ha visto involucrado en cualquier acción civil, penal o administrativa con respecto a la violación de cualquier ley o regulación o la comisión de un acto fraudulento o deshonesto?
SI NO
3. Conoce cualquier circunstancia que materialmente pueda afectar esta propuesta?
SI NO
4. Les ha sido rechazada alguna propuesta de seguro de este tipo por alguna Compañía de Seguros o les han cancelado alguna póliza o declinado su renovación?
SI NO

Si la respuesta para cualquiera de las preguntas anteriores es positiva, por favor dar mayores detalles:

Declaro bajo juramento que toda la información contenida en este formulario es de verídica y absoluta responsabilidad de quien lo suscribe. Autorizo 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.

Acuerdo que esta solicitud, junto con cualquier otra información suministrada por nosotros formará la base de cualquier Póliza efectuado sobre ella y será incorporado al mismo. Me comprometo a informar a la Compañía de Seguros sobre cualquier alteración material a estos hechos, que ocurra antes o después de la finalización de la Póliza.

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 a la presente solicitud el número 42021, el 06 de Julio de 2016.

SEGURO DE AVIACIÓN

SOLICITANTE

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

VIGENCIA DEL SEGURO A SOLICITAR

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

DETALLE DE LA OPERACIÓN

Años de experiencia	:	
Uso de las aeronaves	:	
Límite Geográfico	:	
Base de operación	:	
Utilización de las aeronaves (horas /año)	:	
Utilización hacia y desde USA	:	

Ubicación de las partes y componentes	:	
Quien y donde realiza el mantenimiento de las aeronaves	:	

DETALLE DE LAS AERONAVES

Ítem	1	2	3	4	5	6	7
Tipo							
Marca							
Modelo							
Año							
Matricula							
Serie							
Asientos Tripulación							
Asientos Pasajeros							
Valor acordado							

INFORMACION DE LOS PILOTOS

Ítem	1	2	3	4
Nombre				
Fecha de Nacimiento				
Edad				
Licencia				
Horas Totales				
Horas Monomotores				
Horas Multimotores				
Horas Turbohélices				
Horas Turbo jet				
Horas Helicópteros a pistón				
Horas Helicópteros a turbina				
Horas en Marca / modelo				
Horas últimos 12 meses				

DETALLE DE LAS COBERTURAS SOLICITADAS AERONAVES

Cobertura Solicitadas	Por Persona	Por evento
Responsabilidad Civil		
Accidentes Personales Tripulación		
Gastos Médicos Tripulación		
Accidentes Personales Pasajeros		
Gastos Médicos Pasajeros		

DETALLE DE LAS COBERTURAS SOLICITADAS PILOTOS

Piloto	Pérdida de Licencia	Accidentes Personales	Gastos Médicos

- ¿Ha tenido asegurado las aeronaves antes de esta solicitud? SI NO
En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, responda las siguientes preguntas.
- ¿Le ha sido cancelado alguna vez un seguro? SI NO
- En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, diga ¿Cuáles fueron los motivos?

- ¿Ha tenido siniestros en los últimos cinco años?, SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, ¿Cuáles fueron las fechas, las causas y los montos de las reclamaciones pagadas?

Declaro bajo juramento que toda la información contenida en este formulario es de verídica y absoluta responsabilidad de quien lo suscribe. Autorizo 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 a la presente solicitud el número 41370, el 16 de Marzo de 2016.

SEGURO DE MARÍTIMO

SOLICITANTE

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

VIGENCIA DEL SEGURO A SOLICITAR

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

DETALLE DE LA OPERACIÓN

Años de experiencia	:	
Uso de los buques	:	
Límites de Navegación	:	
Puerto de operación	:	
Quien y donde realiza el mantenimiento de los buques	:	

DETALLE DE LOS BUQUES

Ítem	Nombre	Tipo	Matricula	Material del casco	Año de construcción
1					
2					
3					
4					
5					
6					

7					
---	--	--	--	--	--

1. ¿Ha tenido asegurado los buques antes de esta solicitud? SI NO
En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, responda las siguientes preguntas.

2. ¿Le ha sido cancelado alguna vez un seguro? SI NO

3. En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, diga ¿Cuáles fueron los motivos?

4. ¿Ha tenido siniestros en los últimos cinco años?, SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, ¿Cuáles fueron las fechas, las causas y los montos de las reclamaciones pagadas?

Declaro bajo juramento que toda la información contenida en este formulario es de verídica y absoluta responsabilidad de quien lo suscribe. Autorizo 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 a la presente solicitud el número de registro 41383, el 16 de Marzo de 2016.

SEGURO DE RIESGOS ESPECIALES

SOLICITANTE

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

VIGENCIA DEL SEGURO A SOLICITAR

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

1. Describa el riesgo a asegurar

2. ¿Ha tenido asegurado este riesgo antes de esta solicitud? SI NO
En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, responda las siguientes preguntas.

3. ¿Le ha sido cancelado alguna vez un seguro? SI NO

4. En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, diga ¿Cuáles fueron los motivos?

5. ¿Ha tenido siniestros en los últimos cinco años?, SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, ¿Cuáles fueron las fechas, las causas y los montos de las reclamaciones pagadas?

Declaro bajo juramento que toda la información contenida en este formulario es de verídica y absoluta responsabilidad de quien lo suscribe. Autorizo 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 a la presente solicitud el número de registro 41396, el 16 de Marzo de 2016.

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES colectiva

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

ACCIDENTES <input type="checkbox"/>	ACCIDENTES 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	

Beca estudiantil por accidente	USD	
Canasta Básica por accidente	USD	
Gastos Dentales por accidente	USD	
Gastos de Ambulancia por accidente	USD	

FORMA DE PAGO:

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

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 40274, el 28 de Diciembre de 2015.

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES 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 del cuestionario SI NO

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.

SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA

SOLICITANTE

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

Titular	<input type="checkbox"/>	Titular + 1	<input type="checkbox"/>	Titular + Familia	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------------	--------------------------

ASEGURADOS PROPUESTOS

Nombre	Fecha de nacimiento	Sexo	Estatura	Peso	Parentesco	Actividad

FORMA DE PAGO:

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

ANTECEDENTES DE ASEGURABILIDAD

En los casos de respuestas afirmativas para cualesquiera de las personas solicitantes, favor completar el detalle en la parte inferior del cuestionario SI NO

7. ¿Alguna vez ha sido negada o pospuesta otra solicitud de seguro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Tiene seguros de vida en otra compañía, En caso de ser afirmativa su respuesta especificar nombre y monto del seguro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿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"/>
10. ¿Consume bebidas alcohólicas? En caso afirmativo indique cantidad y	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

frecuencia		
11. ¿Ha consumido cualquier derivado de tabaco en los últimos 12 meses? En caso afirmativo indique tipo, cantidad y frecuencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Durante los últimos diez años ha consumido cocaína, marihuana, meta-anfetaminas, barbitúricos o cualquier otra sustancia controlada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Ha estado involucrado en un accidente automovilístico, declarado culpable de manejar bajo influencia de alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Alguna vez ha recibido beneficios por incapacidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Detalle de las preguntas

Número de la pregunta	Detalle

ANTECEDENTES MÉDICOS

A cualquiera de las personas solicitantes:

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

6. Nombre del ultimo médico consultado

7. ¿Motivo de la consulta?

8. Tratamiento recibido

9. Fecha de la consulta

10. Dirección, teléfono y correo electrónico del médico

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

HISTORIAL CLÍNICO

A cualquiera de las personas solicitantes, le ha sido diagnosticado, ha recibido tratamiento o ha tenido indicación de: SI NO
 En los casos de respuestas afirmativas para cualesquiera de las personas solicitantes, favor completar el detalle en la parte inferior del cuestionario.

1. ¿Enfermedad de ojos, oídos, nariz o garganta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Mareos, desmayos, convulsiones, jaquecas, alteración del habla, parálisis o apoplejía, derrame o infarto cerebral, traumatismo craneal, trastorno nervioso o mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ahogos, ronquera, tos persistente, esputos de sangre, bronquitis, pleuresía, asma, alergia, enfisema, tuberculosis o trastornos respiratorios crónicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Dolor de pecho, palpitaciones, hipertensión arterial, fiebre reumática, soplo cardiaco, infarto de miocardio, angina de pecho, aneurisma u otra enfermedad del corazón o de los vasos sanguíneos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ictericia, hepatitis, cirrosis, hemorragia intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, esofagitis, dispepsia, trastornos digestivos, del hígado o vesícula biliar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Azúcar, albumina, pus en la orina, infecciones urinarias, enfermedades venéreas, cálculos, quistes u otros trastornos renales, de vejiga, próstata u órganos reproductivos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Diabetes, hipoglicemia, híper o hipotiroidismo, trastornos del páncreas u otros trastornos endocrinos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Enfermedad de la piel, ganglios linfáticos, quistes, tumor o cáncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Anemia, leucemias, flebitis, tromboflebitis, trastornos de la sangre, vasculares o del bazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. ¿Está actualmente tomando algún medicamento, en observación o tratamiento médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Se ha realizado algún examen, consulta, chequeo u operación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Se ha realizado electrocardiograma, radiografía u otra prueba diagnóstica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Ha sido hospitalizado o internado en alguna institución o sanatorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Tiene que ser hospitalizado o internado en alguna institución o sanatorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Ha sufrido alguna enfermedad física o mental no mencionada anteriormente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Han padecido sus padres o hermanos diabetes, cáncer hipertensión arterial, enfermedad cardiaca, renal y/o mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20. Solo para hombres a. ¿Se ha realizado chequeo prostático y/o prueba de PSA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Detalle de las preguntas

Número de la pregunta	Asegurado	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 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 42277, el 23 de Septiembre de 2016.

SEGURO DE VIDA COLECTIVA

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

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

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.

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

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

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 <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 del cuestionario SI NO

15. ¿Alguna vez ha sido cancelada, negada o recargada su solicitud de seguro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. ¿Tiene seguros de vida en otra compañía, En caso de ser afirmativa su respuesta especificar nombre y monto del seguro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿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"/>
18. ¿Consume bebidas alcohólicas? En caso afirmativo indique cantidad y frecuencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Ha consumido cualquier derivado de tabaco en los últimos 12 meses? En caso afirmativo indique tipo, cantidad y frecuencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Durante los últimos diez años ha consumido cocaína, marihuana, meta-anfetaminas, barbitúricos o cualquier otra sustancia controlada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿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"/>
22. ¿Ha sido investigado, arrestado o declarado culpable por un delito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Alguna vez ha recibido beneficios por incapacidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

21. ¿Enfermedad de ojos, oídos, nariz o garganta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Mareos, desmayos, convulsiones, jaquecas, alteración del habla, parálisis o apoplejía, derrame o infarto cerebral, traumatismo craneal, trastorno nervioso o mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Ahogos, ronquera, tos persistente, esputos de sangre, bronquitis, pleuresía, asma, alergia, enfisema, tuberculosis o trastornos respiratorios crónicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Dolor de pecho, palpitaciones, hipertensión arterial, fiebre reumática, soplo cardiaco, infarto de miocardio, angina de pecho, aneurisma u otra enfermedad del corazón o de los vasos sanguíneos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿Ictericia, hepatitis, cirrosis, hemorragia intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, esofagitis, dispepsia, trastornos digestivos, del hígado o vesícula biliar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿Azúcar, albumina, pus en la orina, infecciones urinarias, enfermedades venéreas, cálculos, quistes u otros trastornos renales, de vejiga, próstata u órganos reproductivos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ¿Diabetes, hipoglicemia, híper o hipotiroidismo, trastornos del páncreas u otros trastornos endocrinos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ¿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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. ¿Enfermedad de la piel, ganglios linfáticos, quistes, tumor o cáncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. ¿Ha recibido resultados positivos por la exposición al virus de inmunodeficiencia humana, VIH, o ha sido diagnosticado de SIDA o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Complejos Relacionados o cualquier patología derivada de la infección con VIH?		
31. ¿Anemia, leucemias, flebitis, tromboflebitis, trastornos de la sangre, vasculares o del bazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. ¿Está actualmente tomando algún medicamento, en observación o tratamiento médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. ¿Se ha realizado algún examen, consulta, chequeo u operación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. ¿Se ha realizado electrocardiograma, radiografía u otra prueba diagnóstica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. ¿Ha sido hospitalizado o internado en alguna institución o sanatorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. ¿Tiene que ser hospitalizado o internado en alguna institución o sanatorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. ¿Ha sufrido alguna enfermedad física o mental no mencionada anteriormente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. ¿Han padecido sus padres o hermanos diabetes, cáncer hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, renal y/o mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Solo para mujeres a. ¿Trastornos de útero, ovarios, senos? ¿Se ha realizado chequeos ginecológicos, paptest, mamografías? b. ¿Está embarazada? Indique cuantas semanas o meses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
40. Solo para hombres a. ¿Se ha realizado chequeo prostático y/o prueba de PSA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 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 41849, el 21 de Junio de 2016.

SEGURO DE DINERO Y VALORES

SOLICITANTE

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

VIGENCIA DEL SEGURO A SOLICITAR

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

MODALIDAD DEL SEGURO

Tránsito	<input type="checkbox"/>	Permanencia	<input type="checkbox"/>	Ambos	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------	--------------------------

BIENES A ASEGURARSE

Límite de Dinero en permanencia	:		Límite de Dinero en tránsito	:	
Límite de Dinero en tránsito a pie	:		Estimado de movilización anual	:	

DETALLE DE DIRECCIONES

Ítem	Dirección

1. ¿Ha tenido asegurado sus bienes antes de esta solicitud? SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, responda las siguientes preguntas.

2. ¿Le ha sido cancelado alguna vez un seguro? SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, responda 3

3. ¿Cuáles fueron los motivos?

4. Describa las seguridades que posee en sus direcciones a asegurar

5. ¿Ha tenido siniestros en los últimos tres años?, SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, ¿Cuáles fueron las fechas, las causas y los montos de las reclamaciones pagadas?

Declaro bajo juramento que toda la información contenida en este formulario es de verídica y absoluta responsabilidad de quien lo suscribe. Autorizo 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 41708, el 17 de Mayo de 2016.

SEGURO DE INCENDIO

SOLICITANTE

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

VIGENCIA DEL SEGURO A SOLICITAR

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

BIENES A ASEGURARSE

Ítem	Suma Asegurada				
	1	2	3	4	5
Edificio					
Maquinaria					
Mercaderías					
Muebles y Enseres					
Dinero					
Total					

DETALLE DE DIRECCIONES

Ítem	Dirección

1. ¿Ha tenido asegurado sus bienes antes de esta solicitud? SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, responda las siguientes preguntas.

2. ¿Le ha sido cancelado alguna vez un seguro? SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, responda 3

3. ¿Cuáles fueron los motivos?

4. ¿Ha tenido siniestros en los últimos tres años?, SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, ¿Cuáles fueron las fechas, las causas y los montos de las reclamaciones pagadas?

Declaro bajo juramento que toda la información contenida en este formulario es de verídica y absoluta responsabilidad de quien lo suscribe. Autorizo 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 41261, el 10 de Marzo de 2016.

SEGURO DE LUCRO CESANTE POR INCENDIO

SOLICITANTE

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

VIGENCIA DEL SEGURO A SOLICITAR

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

1. Indíquese los establecimientos de su empresa que desea asegurar contra el Lucro Cesante como consecuencia de un daño de Incendio (especificación y domicilio de los establecimientos, fines de los mismos.)

2. ¿En qué Compañía están estos establecimientos asegurados contra Incendio?

3. ¿Desde cuándo existe el seguro de Incendio?

4. ¿Los bienes asegurados en el seguro de Incendio han sido cubiertas ya anteriormente contra Lucro Cesante por Incendio? SI
NO

En caso afirmativo, ¿en qué Compañía?

5. Indíquese el nombre y la dirección de su Contador y en qué períodos regulares son revisados sus libros de contabilidad.

6. ¿Cuándo fue fundada su Empresa?

7. ¿Desde cuándo existen los establecimientos por asegurar?

8. ¿Desde cuándo aplica Ud. El proceso de producción seguido en la fábrica por asegurar?

9. ¿Qué interrupciones se han presentado en el establecimiento por asegurar en los últimos cinco años a consecuencia de un siniestro de Incendio?

10. ¿Cuántos siniestros y de qué tipo?

11. ¿Qué trabajos de reparación puede efectuar la empresa misma?

12. Por favor, indique las posibilidades externas de reparación (fabricante, talleres de reparaciones)

13. ¿Qué trabajos de mantenimiento e inspecciones se realizan regularmente para mantener los bienes por asegurar?

14. ¿Cuántas personas emplea la empresa por asegurar?

- a. En total _____
- b. Para mantenimiento e inspección _____
- c. Fluctuación (%) _____

15. Tiempo normal de trabajo de la empresa por asegurar

- a. Diario Horas en Turnos
- b. Semanal Horas
- c. Anual Días

16. ¿Acusa la producción y venta de la empresa por asegurar fluctuaciones estacionales superiores al 20%? SI NO

En caso afirmativo, por favor indique las cifras mensuales.

17. ¿Hay existencias de productos terminados o semielaborados? SI NO

En caso afirmativo, ¿durante qué período de interrupción alcanzan esa existencia?

18. ¿Se efectúan suministros contra el pago por cartas de crédito? SI NO

En caso afirmativo, ¿qué porción de las ventas corresponde a dichos suministros?

19. En caso de un daño por Rotura de Maquinaria, ¿Sobrepasa la interrupción de las operaciones la duración de reparación de la máquina afectada? SI NO

En caso afirmativo, por favor indique la causa y duración de tales prolongaciones.

20. En la maquinaria generadora de energía eléctrica, ¿se ha previsto amparar sólo los gastos adicionales en caso de suministro de corriente de la red pública? SI NO

En caso afirmativo, por favor indique:

Detalle de la maquinaria por asegurar

Consumo total de energía de la empresa (kW, kWh p.a)

Porcentaje de energía generada en la planta propia

¿Hasta qué cantidad es posible obtener corriente pública (kW, kWh p.a.)?

¿A cuánto se elevan los gastos para el consumo efectivo de corriente de la red pública, por kWh?

¿Qué porcentaje de los gastos de generación propia de energía en la planta se ahorra al adquirir corriente de la red pública, por kWh?

Si se desean asegurar los gastos básicos de suministro, indique:

¿A cuánto asciende el precio básico por suministro de corriente pública por kW?

¿Cómo se calcula este precio? (Favor adjuntar copia del contrato de suministro de energía eléctrica.)

21. En caso de que desee amparar la interrupción de las operaciones por fallar el suministro público (energía eléctrica, agua, gas), por favor llénese cuestionario separado.

22. En caso de que desee amparar el riesgo de deterioro de mercancías (materias primas, productos semielaborados o elaborados), por favor llénese cuestionario separado.

23. Determinación de la suma asegurada

Serán objeto del seguro las ganancias que se deriven de la venta de las mercancías producidas en la empresa asegurada y las ganancias de prestaciones de servicio, así como todos los costos permanentes de operación que debe afrontar la empresa asegurada aun en caso de interrupción.

Es conveniente determinar la suma anual de ganancias y costos permanentes, o sea el beneficio bruto, a base de la cuenta de Pérdidas y Ganancias. El presente cálculo se basa en la cuenta de Pérdidas y Ganancias del ejercicio:

Comienzo del ejercicio:

Ingresos		
	Volumen del negocio, bruto	
	Gastos de energía pública, mercancías, materias primas, auxiliares y medios de operación para mantener el servicio de la empresa	
	Producción para fines propios anotada en el activo	
	Perjuicios por interrupción de las operaciones registradas durante el ejercicio	
	Existencias en productos elaborados y semielaborados al final del ejercicio	
	Total (1)	
Egresos		
	Deducciones del volumen del negocio (por ejemplo descuentos a clientes, rebajas, bonificaciones)	
	Impuestos de consumo y sobre la venta	
	Consumo de energía pública, mercancías, materias primas, auxiliares y medios de operación, en total	
	Otros costos no erogados durante la interrupción de las operaciones (p.ej. fletes por cuenta ajena, derechos de aduana, gastos de franqueo, primas de seguros dependientes de las ventas, licencias)	
	Existencias en productos elaborados y semielaborados al comienzo del ejercicio	
	Total (2)	
Valor asegurado(beneficio bruto) = (1) –(2)		
Monto previsto para aumentos futuros		
Suma asegurada		

Si se desea un período de indemnización separado para salarios, habrá que repartir en forma correspondiente la suma asegurada. Se indicará una posición separada de salarios con el período de indemnización deseado bajo el punto 24.

24. Resumen de las prestaciones del seguro solicitadas

Numeral	Objeto del seguro	Suma asegurada
1	Beneficio bruto	
2	Gastos adicionales para el consumo efectivo de corriente de la red pública	
3	Gastos adicionales para el precio básico de conexión	
4		
5		

25. Franquicia temporal deseada (franquicia temporal mínima 2 días)

- 2 días
 5 días
 7 días
 14 días

26. ¿Ha tenido asegurado sus bienes antes de esta solicitud? SI NO

27. En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, responda las siguientes preguntas.

28. ¿Le ha sido cancelado alguna vez un seguro? SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, responda 32

29. ¿Cuáles fueron los motivos?

30. ¿Ha tenido siniestros en los últimos tres años?, SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, ¿Cuáles fueron las fechas, las causas y los montos de las reclamaciones pagadas?

Declaro bajo juramento que toda la información contenida en este formulario es de verídica y absoluta responsabilidad de quien lo suscribe. Autorizo 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 41324, el 10 de Marzo de 2016.

SEGURO DE MULTIRIESGO HOGAR

SOLICITANTE

Nombre	:			
C.I. / R.U.C.	:			
Dirección	:			
Actividad	:			
Ciudad	:	Provincia	:	
Teléfono	:	Celular	:	

Email	:	
A.P.S.	:	

VIGENCIA DEL SEGURO A SOLICITAR

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

BIENES A ASEGURARSE

SECCIÓN INCENDIO

Ítem	Edificio	Menaje	Total

SECCIÓN ROBO

MODALIDAD DEL SEGURO

Valor Total	<input type="checkbox"/>	Primer Riesgo Relativo	<input type="checkbox"/>	Primer Riesgo Absoluto	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------

Ítem	Limite Asegurado

SECCIÓN EQUIPO ELECTRÓNICO

Ítem	Equipos Fijos	Equipos Portátiles	Total

SECCION RESPONSABILIDAD CIVIL

Suma Asegurada	:	
----------------	---	--

1. ¿Los bienes asegurados están expuestos en forma agravada a alguno de los siguientes riesgos?

Incendio, explosión	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Avenida, inundación	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Huracán, tempestad, ciclón	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Maremoto, terremoto,	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Otros (especificar):					

2. ¿Ha tenido asegurado sus bienes antes de esta solicitud? SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, responda las siguientes preguntas.

3. ¿Le ha sido cancelado alguna vez un seguro? SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, responda 4

4. ¿Cuáles fueron los motivos?

5. ¿Ha tenido siniestros en los últimos tres años?, SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, ¿Cuáles fueron las fechas, las causas y los montos de las reclamaciones pagadas?

Declaro bajo juramento que toda la información contenida en este formulario es de verídica y absoluta responsabilidad de quien lo suscribe. Autorizo 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 44538, el 07 de Marzo de 2017.

SEGURO DE MULTIRIESGO INDUSTRIAL

SOLICITANTE

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

VIGENCIA DEL SEGURO A SOLICITAR

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

BIENES A ASEGURARSE

SECCIÓN INCENDIO

Ítem	Suma Asegurada por ubicación				
	1	2	3	4	5
Edificios					
Maquinaria					
Mercaderías					
Muebles y Enseres					
Dinero					
Total					

SECCIÓN ROBO

MODALIDAD DEL SEGURO

Valor Total	<input type="checkbox"/>	Primer Riesgo Relativo	<input type="checkbox"/>	Primer Riesgo Absoluto	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------

Ítem	Límite Asegurado

SECCIÓN DINERO Y VALORES

MODALIDAD DEL SEGURO

Tránsito	<input type="checkbox"/>	Permanencia	<input type="checkbox"/>	Ambos	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------	--------------------------

DETALLE DEL DINERO DURANTE EL TRANSITO

Límite de Dinero en tránsito	:		Estimado de movilización anual	:	
------------------------------	---	--	--------------------------------	---	--

DETALLE DEL DINERO DURANTE LA PERMANENCIA

Ítem	Límite de Dinero en Permanencia

SECCIÓN EQUIPO ELECTRÓNICO

Ítem	Suma Asegurada Equipos Fijos	Suma Asegurada Equipos Portátiles

SECCIÓN ROTURA DE MAQUINARIA

Ítem	Suma Asegurada Total	Suma Asegurada Maquina más costosa

SECCIÓN LUCRO CESANTE A CONSECUENCIA DE INCENDIO Y PÉRDIDA DE BENEFICIOS POR ROTURA DE MAQUINARIA

SUMA ASEGURADA: _____

Favor llenar formulario de determinación de suma asegurada adicional

DETALLE DE DIRECCIONES

Ítem	Dirección

1. ¿Los bienes asegurados están expuestos en forma agravada a alguno de los siguientes riesgos?

Incendio, explosión	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Avenida, inundación	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Huracán, tempestad, ciclón	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Maremoto, terremoto,	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Otros (especificar):					

2. ¿Desea incluir la cobertura de Portadores de datos externos? SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, indique el límite de indemnización

3. ¿Desea incluir la cobertura de Incrementos en el costo de la operación? SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, indique el límite de indemnización

4. ¿Desea incluir la cobertura de gastos adicionales para Horas extras, trabajo nocturno, trabajo en días festivos? SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, indique el límite de indemnización

5. ¿Desea incluir la cobertura de gastos adicionales para Flete Aéreo? SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, indique el límite de indemnización

6. ¿Ha tenido asegurado sus bienes antes de esta solicitud? SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, responda las siguientes preguntas.

7. ¿Le ha sido cancelado alguna vez un seguro? SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, ¿Cuáles fueron los motivos?

8. ¿Ha tenido siniestros en los últimos tres años?, SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, ¿Cuáles fueron las fechas, las causas y los montos de las reclamaciones pagadas?

Declaro bajo juramento que toda la información contenida en este formulario es de verídica y absoluta responsabilidad de quien lo suscribe. Autorizo 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 46012, el 09 de Mayo de 2017.

SEGURO DE ROBO Y ASALTO

SOLICITANTE

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

VIGENCIA DEL SEGURO A SOLICITAR

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

MODALIDAD DEL SEGURO

Valor Total	<input type="checkbox"/>	Primer Riesgo Relativo	<input type="checkbox"/>	Primer Riesgo Absoluto	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------	------------------------	--------------------------	------------------------	--------------------------

BIENES A ASEGURARSE

Ítem	Suma Asegurada				
	1	2	3	4	5
Maquinaria					
Mercaderías					
Muebles y Enseres					
Dinero					
Total					

DETALLE DE DIRECCIONES

Ítem	Dirección

1. ¿Ha tenido asegurado sus bienes antes de esta solicitud? SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, responda las siguientes preguntas.

2. ¿Le ha sido cancelado alguna vez un seguro? SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, responda 3

3. ¿Cuáles fueron los motivos?

4. Describa las seguridades que posee en sus direcciones a asegurar

5. ¿Ha tenido siniestros en los últimos tres años?, SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, ¿Cuáles fueron las fechas, las causas y los montos de las reclamaciones pagadas?

Declaro bajo juramento que toda la información contenida en este formulario es de verídica y absoluta responsabilidad de quien lo suscribe. Autorizo 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 41189, el 10 de Marzo de 2016.

SEGURO DE TRANSPORTE

SOLICITANTE

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

VIGENCIA DEL SEGURO A SOLICITAR

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

TIPO DE SEGURO

Interno	<input type="checkbox"/>	Importaciones	<input type="checkbox"/>	Exportaciones	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	---------------	--------------------------	---------------	--------------------------

MODALIDAD DEL SEGURO

Todo riesgo	<input type="checkbox"/>	Libre Avería Particular	<input type="checkbox"/>	Con Avería Particular	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------	-------------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------

INFORMACION DEL RIESGO

Limite por embarque	:		Estimado de Movilización anual	:	
Detalle las principales mercaderías a movilizar	:				
Detalle las principales rutas de movilización	:				

1. ¿Ha tenido asegurado sus bienes antes de esta solicitud? SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, responda las siguientes preguntas.

2. ¿Le ha sido cancelado alguna vez un seguro? SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, responda 3

3. ¿Cuáles fueron los motivos?

4. ¿Ha tenido siniestros en los últimos tres años?, SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, ¿Cuáles fueron las fechas, las causas y los montos de las reclamaciones pagadas?

Declaro bajo juramento que toda la información contenida en este formulario es de verídica y absoluta responsabilidad de quien lo suscribe. Autorizo 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 41230, el 10 de Marzo de 2016.

SEGURO DE EQUIPO ELECTRÓNICO

SOLICITANTE

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

VIGENCIA DEL SEGURO A SOLICITAR

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

BIENES A ASEGURARSE

Dirección	Suma Asegurada Equipos Fijos	Suma Asegurada Equipos Portátiles

1. ¿Ha tenido asegurado sus bienes antes de esta solicitud? SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, responda las siguientes preguntas.

2. ¿Le ha sido cancelado alguna vez un seguro? SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, responda 3

3. ¿Cuáles fueron los motivos?

4. ¿Ha tenido siniestros en los últimos tres años?, SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, ¿Cuáles fueron las fechas, las causas y los montos de las reclamaciones pagadas?

Declaro bajo juramento que toda la información contenida en este formulario es de verídica y absoluta responsabilidad de quien lo suscribe. Autorizo 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 40654, el 15 de Enero de 2016.

SEGURO DE EQUIPO Y MAQUINARIA PARA CONTRATISTA

SOLICITANTE

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

VIGENCIA DEL SEGURO A SOLICITAR

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

BIENES A ASEGURARSE

Dirección	Suma Asegurada	Número de Equipos

1. ¿Ha tenido asegurado sus bienes antes de esta solicitud? SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, responda las siguientes preguntas.

2. ¿Le ha sido cancelado alguna vez un seguro? SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, responda 3

3. ¿Cuáles fueron los motivos?

4. ¿Ha tenido siniestros en los últimos tres años?, SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, ¿Cuáles fueron las fechas, las causas y los montos de las reclamaciones pagadas?

Declaro bajo juramento que toda la información contenida en este formulario es de verídica y absoluta responsabilidad de quien lo suscribe. Autorizo 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 40655, el 15 de Enero de 2016.

SEGURO DE PÉRDIDA DE BENEFICIOS POR ROTURA DE MAQUINARIA

SOLICITANTE

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

VIGENCIA DEL SEGURO A SOLICITAR

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

- Indíquese los establecimientos de su empresa que desea asegurar contra el Lucro Cesante como consecuencia de un daño de Rotura de Maquinaria (especificación y domicilio de los establecimientos, fines de los mismos.)

- ¿En qué Compañía están estos establecimientos asegurados contra Incendio y Lucro cesante por incendio?

3. ¿En qué Compañía están cubiertas las máquinas por asegurar contra el riesgo de Rotura de Maquinaria?

4. ¿Desde cuándo existe el seguro de Rotura de Maquinaria?

5. ¿Las máquinas por asegurar han sido cubiertas ya anteriormente contra Lucro Cesante a consecuencia de Rotura de Maquinaria? SI NO

6. En caso afirmativo, ¿en qué Compañía?

7. Indíquese el nombre y la dirección de su Contador y en qué períodos regulares son revisados sus libros de contabilidad.

8. ¿Cuándo fue fundada su Empresa?

9. ¿Desde cuándo existen los establecimientos por asegurar?

10. ¿Desde cuándo aplica Ud. El proceso de producción seguido en la fábrica por asegurar?

11. ¿Qué interrupciones se han presentado en el establecimiento por asegurar en los últimos cinco años a consecuencia de un daño por Rotura de Maquinaria?

12. ¿Cuántas interrupciones y de qué tipo?

Duración _____

Causadas por qué tipo de máquina _____

13. Describese en pocas palabras el proceso de fabricación de los productos, teniendo en cuenta particularmente la maquinaria clave, y adjúntese un esquema del flujo de producción marcando la maquinaria por asegurar.

14. ¿Qué trabajos de reparación puede efectuar la empresa misma?

15. Por favor, indique las posibilidades externas de reparación (fabricante, talleres de reparaciones) en la especificación de maquinaria.

16. ¿Qué trabajos de mantenimiento e inspecciones se realizan regularmente para mantener la maquinaria por asegurar?

17. ¿Cuántas personas emplea la empresa por asegurar?

- a. En total _____
- b. Para mantenimiento e inspección _____
- c. Fluctuación (%) _____

18. Tiempo normal de trabajo de la empresa por asegurar

- a. Diario Horas en Turnos
- b. Semanal Horas
- c. Anual Días

19. ¿Acusa la producción y venta de la empresa por asegurar fluctuaciones estacionales superiores al 20%? SI NO

En caso afirmativo, por favor indique las cifras mensuales.

20. ¿Hay existencias de productos terminados o semielaborados? SI NO

En caso afirmativo, ¿durante qué período de interrupción alcanzan esa existencia?

21. ¿Se efectúan suministros contra el pago por cartas de crédito? SI NO

En caso afirmativo, ¿qué porción de las ventas corresponde a dichos suministros?

22. En caso de un daño por Rotura de Maquinaria, ¿Sobrepasa la interrupción de las operaciones la duración de reparación de la máquina afectada? SI NO

En caso afirmativo, por favor indique la causa y duración de tales prolongaciones.

23. En la maquinaria generadora de energía eléctrica, ¿se ha previsto amparar sólo los gastos adicionales en caso de suministro de corriente de la red pública? SI NO

En caso afirmativo, por favor indique:

Detalle de la maquinaria por asegurar

Consumo total de energía de la empresa (kW, kWh p.a)

Porcentaje de energía generada en la planta propia

¿Hasta qué cantidad es posible obtener corriente pública (kW, kWh p.a.)?

¿A cuánto se elevan los gastos para el consumo efectivo de corriente de la red pública, por kWh?

¿Qué porcentaje de los gastos de generación propia de energía en la planta se ahorra al adquirir corriente de la red pública, por kWh?

Si se desean asegurar los gastos básicos de suministro, indique:

¿A cuánto asciende el precio básico por suministro de corriente pública por kW?

¿Cómo se calcula este precio? (Favor adjuntar copia del contrato de suministro de energía eléctrica.)

- 24. En caso de que desee amparar la interrupción de las operaciones por fallar el suministro público (energía eléctrica, agua, gas), por favor llénese cuestionario separado.
- 25. En caso de que desee amparar el riesgo de deterioro de mercancías (materias primas, productos semielaborados o elaborados), por favor llénese cuestionario separado.
- 26. Determinación de la suma asegurada

Serán objeto del seguro las ganancias que se deriven de la venta de las mercancías producidas en la empresa asegurada y las ganancias de prestaciones de servicio, así como todos los costos permanentes de operación que debe afrontar la empresa asegurada aun en caso de interrupción.

Es conveniente determinar la suma anual de ganancias y costos permanentes, o sea el beneficio bruto, a base de la cuenta de Pérdidas y Ganancias. El presente cálculo se basa en la cuenta de Pérdidas y Ganancias del ejercicio:

Comienzo del ejercicio:

Ingresos		
	Volumen del negocio, bruto	
	Gastos de energía pública, mercancías, materias primas, auxiliares y medios de operación para mantener el servicio de la empresa	
	Producción para fines propios anotada en el activo	
	Perjuicios por interrupción de las operaciones registradas durante el ejercicio	
	Existencias en productos elaborados y semielaborados al final del ejercicio	
	Total (1)	
Egresos		
	Deducciones del volumen del negocio (por ejemplo descuentos a clientes, rebajas, bonificaciones)	
	Impuestos de consumo y sobre la venta	
	Consumo de energía pública, mercancías, materias primas, auxiliares y medios de operación, en total	
	Otros costos no erogados durante la interrupción de las operaciones (p.ej. fletes por cuenta ajena, derechos de aduana, gastos de franqueo, primas de seguros dependientes de las ventas, licencias)	
	Existencias en productos elaborados y semielaborados al comienzo del ejercicio	
	Total (2)	
Valor asegurado(beneficio bruto) = (1) –(2)		
Monto previsto para aumentos futuros		
Suma asegurada		

Si se desea un período de indemnización separado para salarios, habrá que repartir en forma correspondiente la suma asegurada. Se indicará una posición separada de salarios con el período de indemnización deseado bajo el punto 27.

27. Resumen de las prestaciones del seguro solicitadas

Numeral	Objeto del seguro	Suma asegurada
1	Beneficio bruto	
2	Gastos adicionales para el consumo efectivo de corriente de la red pública	
3	Gastos adicionales para el precio básico de conexión	
4		
5		

28. Franquicia temporal deseada (franquicia temporal mínima 2 días)

2 días 5 días 7 días 14 días

29. ¿Ha tenido asegurado sus bienes antes de esta solicitud? SI NO

30. En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, responda las siguientes preguntas.

31. ¿Le ha sido cancelado alguna vez un seguro? SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, responda 32

32. ¿Cuáles fueron los motivos?

33. ¿Ha tenido siniestros en los últimos tres años?, SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, ¿Cuáles fueron las fechas, las causas y los montos de las reclamaciones pagadas?

Declaro bajo juramento que toda la información contenida en este formulario es de verídica y absoluta responsabilidad de quien lo suscribe. Autorizo 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 40657, el 15 de Enero de 2016.

SEGURO DE OBRAS CIVILES TERMINADAS

SOLICITANTE

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

VIGENCIA DEL SEGURO A SOLICITAR

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

- Nombre de la obra (si la obra consta de varias secciones especificar las que van a ser aseguradas)

- Nombre del propietario de la obra

- Descripción detallada de la obra (dar información técnica detallada como: dimensiones, longitud, altura, profundidad, claros, números de pisos, diámetros, etc.)

4. Ubicación de la obra

5. Contratista que ejecutó la obra

6. Métodos de construcción aplicados

7. Materiales de construcción aplicados

8. Periodo de construcción

Inicio de trabajos _____

Duración de construcción _____

Fecha de terminación _____

Periodo de mantenimiento _____

9. ¿Ocurrió algún accidente durante la construcción? SI NO
En caso de ser afirmativa su respuesta dar detalles

10. ¿Ocurrió algún accidente después de la construcción? SI NO
En caso de ser afirmativa su respuesta dar detalles

11. ¿Se encuentra la obra ocupada y vigilada continuamente? SI NO
En caso de ser afirmativa su respuesta dar detalles

12. ¿Se han efectuado reparaciones mayores desde la terminación de la construcción original?

SI NO

En caso de ser afirmativa su respuesta dar detalles

13. ¿Se realizan en la zona trabajos de construcción que pudieran afectar la obra durante el periodo asegurado?

SI NO

En caso de ser afirmativa su respuesta dar detalles

14. ¿Estuvo asegurada la obra durante la construcción?

SI NO

15. ¿Estuvo asegurada la obra después de la construcción?

SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, responda las siguientes preguntas.

16. ¿Le ha sido cancelado alguna vez un seguro?

SI NO

17. En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, diga ¿Cuáles fueron los motivos?

18. ¿Ha tenido siniestros en los últimos tres años?,

SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, ¿Cuáles fueron las fechas, las causas y los montos de las reclamaciones pagadas?

SUMAS ASEGURADAS

Concepto a asegurar		Suma por Asegurar
Valor de reposición a nuevo de la obra completa	USD	
Remoción de escombros	USD	
Suma Asegurada Total	USD	

Declaro bajo juramento que toda la información contenida en este formulario es de verídica y absoluta responsabilidad de quien lo suscribe. Autorizo 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 40920, el 4 de Febrero de 2016.

SEGURO DE ROTURA DE MAQUINARIA

SOLICITANTE

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

VIGENCIA DEL SEGURO A SOLICITAR

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

BIENES A ASEGURARSE

Dirección	Suma Asegurada Total	Suma Asegurada Maquina más costosa

1. ¿Ha tenido asegurado sus bienes antes de esta solicitud? SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, responda las siguientes preguntas.

2. ¿Le ha sido cancelado alguna vez un seguro? SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, responda 3

3. ¿Cuáles fueron los motivos?

4. ¿Ha tenido siniestros en los últimos tres años?, SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, ¿Cuáles fueron las fechas, las causas y los montos de las reclamaciones pagadas?

Declaro bajo juramento que toda la información contenida en este formulario es de verídica y absoluta responsabilidad de quien lo suscribe. Autorizo 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 40656, el 15 de Enero de 2016.

SEGURO DE TODO RIESGO CONSTRUCCIÓN

SOLICITANTE

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

1. Nombre del proyecto de construcción (Si el proyecto consiste de varias secciones, indicar la(s) sección(es) a asegurar)

2. Lugar de la obra (indicando Cantón y Provincia)

3. Nombre y dirección del propietario de la obra

4. Nombre y dirección del (de los) contratista (s) de la obra

5. Nombre y dirección del (de los) subcontratista (s) de la obra

6. Nombre y dirección del Ingeniero Consultor de la obra

7. Descripción detallada de la obra (dar información técnica detallada como: dimensiones, longitud, altura, profundidad, claros, números de pisos, diámetros, etc.)

Tipo de cimentación y profundidad máxima de excavación

Método de Construcción

Materiales de Construcción

8. Experiencia del contratista en obras similares o en este método de construcción

SI NO

9. Vigencia del seguro

Comienzo del seguro _____

Duración de pre- almacenaje _____

Comienzo de la construcción _____

Periodo de construcción _____ meses

Periodo de mantenimiento _____ meses

Tipo de cobertura requerida Simple Amplia

Terminación del seguro _____

10. ¿Qué trabajos serán efectuados por subcontratistas?

11. Existe algún riesgo agravado de:

Incendio, explosión SI NO

Avenida, inundación SI NO

Derrumbes, tempestad, ciclón SI NO

Voladuras SI NO

Vulcanismos, maremoto SI NO

¿Se han registrado terremotos en dicha zona? SI NO

En caso afirmativo, indicar Intensidad (Mercalli):

¿Se han tomado en cuenta en el diseño de la obra a asegurar normas antisísmicas vigentes? SI NO

Otros (especificar):

12. Subsuelo

Roca <input type="checkbox"/>	Grava <input type="checkbox"/>	Arena <input type="checkbox"/>	Arcilla <input type="checkbox"/>
-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	----------------------------------

Otro: _____

¿Existen fallas geológicas en la zona cercana? SI NO

13. Nivel freático _____ m nivel bajo terreno

14. Río, lago, mar, etc. más próximo

Nombre

Distancia

Nivel de agua: mínimo, medio y máximo registrado hasta ahora, especificar fecha

15. Datos meteorológicos

Temporada de lluvia desde _____ hasta _____

Precipitaciones máximas (mm) por _____ hora _____ día _____ mes _____

Riesgos de tempestad bajo moderado alto

16. Estimar, de ser posible, la pérdida máxima probable expresada en porcentaje de la suma asegurada de un solo evento:

a) por terremoto _____

b) por incendio _____

c) por otra causa (especificar) _____

17. ¿Se requiere cobertura de equipo de construcción/montaje (andamios, cobertizos, herramientas, etc.)? SI NO

Describir brevemente y fijar su valor bajo el numeral 23.2

18. ¿Se requiere cobertura de maquinaria de construcción/montaje (excavadoras, grúas, etc.)? SI NO

* Agregar lista de máquinas mayores, indicando valor de reposición a nuevo así como el valor total bajo el numeral 23.3

19. ¿Existen edificaciones y/o estructuras en o adyacentes a la obra, propiedad o mantenidas bajo cuidado, control y custodia del propietario y/o contratista, que deban ser aseguradas contra cualquier daño como consecuencia directa o indirecta de los trabajos de construcción? SI NO

De ser así, favor describir exactamente estas edificaciones / estructuras

20. ¿Se desea incluir la cobertura de Responsabilidad Civil Extracontractual? SI NO

Especificar límite de indemnización _____

Detalles de edificaciones existentes o propiedades vecinas que puedan ser afectadas por el trabajo contratado, por ejemplo excavaciones, recalces, pilotajes, vibraciones, descenso del nivel freático Se desea incluir la cobertura de Responsabilidad Civil Extracontractual por separado

21. ¿Ha suscrito una póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual por separado? SI NO

Especificar límite de indemnización _____

22. ¿Se desea incluir gastos adicionales por horas extra, trabajo nocturno, trabajo en días festivos? SI NO

Especificar límite de indemnización _____

23. Indicar aquí las sumas que han de ser aseguradas y los límites de indemnización requeridos

Bienes Asegurados		Sumas Aseguradas
1. Obras Civiles (obras civiles definitivas y	USD	

provisionales, incluyendo todos los materiales utilizados para las mismas)		
a. Valor del contrato de construcción	USD	
b. Materiales o elementos constructivos suministrados por el (los) propietario(s)	USD	
2. Herramientas de construcción / montaje en el lugar de la obra	USD	
3. Equipo y maquinaria de construcción según relación anexa	USD	
4. Costos de remoción de escombros	USD	
Suma Asegurada	USD	

Responsabilidad Civil		Sumas Aseguradas
1. Daños a terceros en sus personas	USD	
a. Para una persona	USD	
b. Para varias personas	USD	
2. Daños a terceros en sus bienes	USD	
Suma Asegurada	USD	

24. ¿Ha tenido siniestros en los últimos tres años?, SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, ¿Cuáles fueron las fechas, las causas y los montos de las reclamaciones pagadas?

Declaro bajo juramento que toda la información contenida en este formulario es de verídica y absoluta responsabilidad de quien lo suscribe. Autorizo 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 40943, el 4 de Febrero de 2016.

SEGURO DE TODO RIESGO MONTAJE

SOLICITANTE

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

- Nombre del proyecto de montaje (Si el proyecto consiste de varias secciones, indicar la(s) sección(es) a asegurar)

- Lugar de la obra (indicando Cantón y Provincia)

- Nombre y dirección del propietario de la obra

- Nombre y dirección del (de los) contratista (s) de la obra

- Nombre y dirección del (de los) subcontratista (s) de la obra

- Nombre y dirección del Fabricante de las unidades principales

7. Nombre y dirección de la Firma Supervisora de la obra

8. Nombre y dirección del Ingeniero Consultor de la obra

9. Descripción exacta del objeto a montar (indicar si se trata de unidades usadas). En caso de maquinaria: nombre del fabricante, número, tipo, tamaño, capacidad, peso, presión, temperatura, revoluciones, año de fabricación de unidades mayores. En caso de instalaciones completas: diseño general de la planta, tipo de trabajo de ingeniería civil (si lo hubiera)

10. Experiencia del contratista en obras similares o en este método de montaje

SI NO

11. Vigencia del seguro

Comienzo del seguro _____

Duración de pre- almacenaje _____

Comienzo de los trabajos de montaje _____

Periodo de montaje _____ meses

Periodo de prueba _____ meses

Periodo de mantenimiento _____ meses

Tipo de cobertura requerida Simple Amplia

Terminación del seguro _____

12. ¿Los planos, diseños y materiales de éste tipo usados en este proyecto han sido utilizados y/o ensayados en:

a. Construcciones previas?

SI NO

b. Construcciones previas del (de los) contratista(s)? SI NO

En caso dado, favor indicar datos sobre proyectos semejantes anteriores del (de los) contratistas

13. ¿Es ésta una ampliación de la instalación ya existente? SI NO

En caso dado, durante el período de montaje: ¿continuará en operación la planta existente? (incluir planos) SI
 NO

14. ¿Están terminados completamente los edificios y las obras de ingeniería civil? SI NO

15. Trabajo a ejecutar por el(los) subcontratista(s)

16. Existe algún riesgo agravado de :

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Incendio, explosión | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Avenida, inundación | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Derrumbes, tempestad, ciclón | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Voladuras | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Vulcanismos, maremoto | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| ¿Se han registrado terremotos en dicha zona? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

En caso afirmativo, indicar Intensidad (Mercalli):

¿Se han tomado en cuenta en el diseño de la obra a asegurar normas antisísmicas vigentes? SI NO

Otros (especificar):

17. Subsuelo

Roca <input type="checkbox"/>	Grava <input type="checkbox"/>	Arena <input type="checkbox"/>	Arcilla <input type="checkbox"/>
-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	----------------------------------

Otro: _____

¿Existen fallas geológicas en la zona cercana? SI NO

18. Nivel freático _____ m nivel bajo terreno

19. Río, lago, mar, etc. más próximo

Nombre

Distancia

Nivel de agua: mínimo, medio y máximo registrado hasta ahora, especificar fecha

20. Datos meteorológicos

Temporada de lluvia desde _____ hasta _____

Precipitaciones máximas (mm) por _____ hora _____ día _____ mes _____

Riesgos de tempestad bajo moderado alto

21. Estimar, de ser posible, la pérdida máxima probable expresada en porcentaje de la suma asegurada de un solo evento:

a) por terremoto _____

b) por incendio _____

c) por otra causa (especificar) _____

22. ¿Se requiere cobertura de equipo de construcción/montaje (andamios, cobertizos, herramientas, etc.)? SI NO

Describir brevemente y fijar su valor bajo el numeral 28.3

23. ¿Se requiere cobertura de maquinaria de construcción/montaje (excavadoras, grúas, etc.)? SI NO

* Agregar lista de máquinas mayores, indicando valor de reposición a nuevo así como el valor total bajo el numeral 28.4

24. ¿Existen edificaciones y/o estructuras en o adyacentes a la obra, propiedad o mantenidas bajo cuidado, control y custodia del propietario y/o contratista, que deban ser aseguradas contra cualquier daño como consecuencia directa o indirecta de los trabajos de construcción? SI NO

De ser así, favor describir exactamente estas edificaciones / estructuras

25. ¿Se desea incluir la cobertura de Responsabilidad Civil Extracontractual?
 SI NO

Especificar límite de indemnización _____

Detalles de edificaciones existentes o propiedades vecinas que puedan ser afectadas por el trabajo contratado, por ejemplo excavaciones, recalces, pilotajes, vibraciones, descenso del nivel freático Se desea incluir la cobertura de Responsabilidad Civil Extracontractual por separado

26. ¿Ha suscrito una póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual por separado?
 SI NO

Especificar límite de indemnización _____

27. ¿Se desea incluir gastos adicionales por horas extra, trabajo nocturno, trabajo en días festivos?
 SI NO

Especificar límite de indemnización _____

28. Indicar aquí las sumas que han de ser aseguradas y los límites de indemnización requeridos

Bienes Asegurados		Sumas Aseguradas
5. Objeto de montaje, clasificar como sigue:	USD	
a. Bienes a montar	USD	
b. Fletes	USD	
c. Derechos aduaneros e impuestos	USD	
d. Costos de montaje	USD	
6. Trabajos de ingeniería civil	USD	
7. Herramientas de construcción / montaje en el lugar de la obra	USD	
8. Equipo y maquinaria de construcción según relación anexa	USD	
9. Costos de remoción de escombros	USD	
Suma Asegurada	USD	

Responsabilidad Civil		Sumas Aseguradas
3. Daños a terceros en sus personas	USD	
a. Para una persona	USD	
b. Para varias personas	USD	
4. Daños a terceros en sus bienes	USD	
Suma Asegurada	USD	

29. ¿Ha tenido siniestros en los últimos tres años?, SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, ¿Cuáles fueron las fechas, las causas y los montos de las reclamaciones pagadas?

Declaro bajo juramento que toda la información contenida en este formulario es de verídica y absoluta responsabilidad de quien lo suscribe. Autorizo 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, podrán 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 40989, el 4 de Febrero de 2016.

SEGURO DE VEHÍCULOS

SOLICITANTE

Nombre	:			
C.I. / RUC	:			
Dirección	:			
Actividad	:			
Ciudad	:	Provincia	:	
Teléfono	:	Celular	:	
Tipo de Licencia	:	Fecha de caducidad	:	
Email	:			
APS	:			

VIGENCIA DEL SEGURO A SOLICITAR

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

INFORMACIÓN DEL VEHÍCULO

Marca	:		Modelo	:	
Año	:		Placa	:	
Uso	:		Color	:	

1. ¿Ha tenido asegurado sus vehículos antes de esta solicitud? SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, responda las siguientes preguntas.

2. ¿Le ha sido cancelado alguna vez un seguro? SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, responda 3

3. ¿Cuáles fueron los motivos?

4. ¿Ha tenido siniestros en los últimos tres años?, SI NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, ¿Cuáles fueron las fechas, las causas y los montos de las reclamaciones pagadas?



Declaro bajo juramento que toda la información contenida en este formulario es de verídica y absoluta responsabilidad de quien lo suscribe. Autorizo 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 SCVS-6-7-0-SF-11, el 10 de Marzo de 2017.