

**LATINA SEGUROS C.A.
SEGURO DE VIDA COLECTIVA
DECLARACION DE ASEGURABILIDAD**

ASEGURADO

Nombre	:			
C.I.	:	Actividad	:	
Dirección	:	Teléfono	:	
Fecha de Nacimiento	:	Lugar de Nacimiento	:	
Peso (libras)	:	Estatura (m)	:	
Email	:			
Solicitante	:			

ANTECEDENTES DE ASEGURABILIDAD

En los casos de respuestas afirmativa, 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 vida 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. ¿Consume bebidas alcohólicas? En caso afirmativo indique cantidad y frecuencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿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"/>
6. ¿Durante los últimos diez años ha consumido cocaína, marihuana, meta-anfetaminas, barbitúricos o cualquier otra sustancia controlada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Ha estado involucrado en un accidente automovilístico, declarado culpable de manejar bajo influencia de alcohol o drogas o ha tenido más de una infracción de tránsito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Alguna vez ha recibido beneficios por incapacidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Número de la pregunta	Detalle

HISTORIAL CLINICO

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

1. ¿Tiene médico personal? En caso de ser afirmativa su respuesta cita el nombre del médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Está actualmente tomando algún medicamento, en observación o tratamiento médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Se ha realizado algún examen, consulta, chequeo u operación en los últimos tres (3) años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha sido hospitalizado o internado en alguna institución o sanatorio en los últimos tres (3) años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tiene que ser hospitalizado o internado en alguna institución o sanatorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha sufrido alguna enfermedad física o mental no mencionada anteriormente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Han padecido sus padres o hermanos diabetes, cáncer hipertensión arterial, enfermedad cardiaca, renal y/o mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Solo para mujeres, ¿Está embarazada? Indique cuantas semanas o meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Autorizo a cualquier médico, hospital, clínica o cualquier otros establecimiento de servicios médico o relacionados o compañía de seguros, que posea datos referentes al diagnóstico, tratamiento o pronosis de alguna enfermedad y/o tratamiento físico o mental o que posea información que no sea médica sobre mi persona que suministre a LATINA SEGUROS C.A., o a su representación legal, toda la información que le sea solicitada. Autorizo a LATINA SEGUROS C.A. a que realice todo tipo de examen médico incluido sin limitarse todos aquellos que sirvan para diagnóstico de enfermedades de notificación obligatoria de acuerdo a la normativa vigente de salud, Esta autorización será válida por dos años y medio a partir de la fecha que se indica a continuación.

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

Lugar y Fecha:

Firma del Solicitante

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

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente solicitud el número de registro 43576, el 13 de Diciembre de 2016.