

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

**SOLICITANTE**

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

**VIGENCIA DEL SEGURO A SOLICITAR**

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

**FORMA DE COBERTURA**

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

**LIMITES DE COBERTURAS**

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

**FORMA DE PAGO:**

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

**BENEFICIARIOS**

Nombres	Porcentaje	Parentesco

**ANTECEDENTES DE ASEGURABILIDAD**

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