

**LATINA SEGUROS C.A.
SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA
SOLICITUD DE SEGURO**

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
1. ¿Alguna vez ha sido negada o pospuesta otra 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿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:

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

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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	¿Está embarazada? Indique cuantas semanas o meses	<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.