

**SOLICITUD DE AFILIACIÓN**

INDIVIDUAL ☐ COLECTIVO ☐

Esta solicitud es un documento legal que agradecemos llenar en todas sus partes y firmado por el solicitante principal y agente. Si cualquiera de los solicitantes padece de alguna condición médica, debe declarar en detalle en las páginas 2 y 3.  
Los solicitantes que tengan setenta (70) años cumplidos o más, deberán suministrar la declaración del médico tratante debidamente completada y firmada por su médico.

PÓLIZA NUEVA		REHABILITACION DE PÓLIZA		INCLUSIÓN DE DEPENDIENTES			
<b>DATOS DEL PROPUESTO AFILIADO TITULAR</b>							
Nombres y Apellidos		C.I. / R.I.F./ Pasaporte		Nacionalidad		Estado civil	
Lugar Nacimiento		Fecha Nacimiento		Sexo		Profesión	
Actividad Económica		Si es Comerciante		Descripción de la Actividad			
Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/>		indicar Ramo		Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Societaria <input type="checkbox"/>			
Ingreso Anual Bs							
De 1 a 5 Salarios mínimos <input type="checkbox"/>		De 6 a 10 Salarios mínimos <input type="checkbox"/>		De 11 a 20 Salarios mínimos <input type="checkbox"/>		De 20 Salarios mínimos en adelante <input type="checkbox"/>	
Dirección de Residencia:							
Dirección de Oficina:							
Dirección de Cobro							
Teléfono:				Correo Electrónico:			
<b>DATOS DEL CONTRATANTE (De ser diferente al PROPUESTO AFILIADO TITULAR)</b>							
Nombres y Apellidos		C.I. / R.I.F./ Pasaporte		Nacionalidad		Estado civil	
Lugar Nacimiento		Fecha Nacimiento		Sexo		Profesión	
Actividad Económica		Si es Comerciante		Descripción de la Actividad			
Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/>		indicar Ramo		Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Societaria <input type="checkbox"/>			
Ingreso Anual Bs							
De 1 a 5 Salarios mínimos <input type="checkbox"/>		De 6 a 10 Salarios mínimos <input type="checkbox"/>		De 11 a 20 Salarios mínimos <input type="checkbox"/>		De 20 Salarios mínimos en adelante <input type="checkbox"/>	
Dirección de Residencia:							
Dirección de Oficina:							
Dirección de Cobro							
Teléfono:				Correo Electrónico:			
<b>En caso de ser Persona Jurídica, Datos Corporativos</b>							
Razón Social		R.I.F.		N° de Registro Mercantil		N° de Tomo	
Actividad Económica:		Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>		F/Registro			
Dirección:						Teléfono:	
Productos y Servicios que ofrece:							
Utilidad del ejercicio económico inmediatamente anterior, cuando aplique:				Patrimonio, según último estado de resultados o estado de ganancias y pérdidas:			
<b>Datos del Representante Legal</b>							
Nombre y Apellido		C.I. / R.I.F./ Pasaporte		Nacionalidad		Estado civil	
Lugar Nacimiento		Fecha Nacimiento		Sexo		Profesión	
Actividad Económica:		Dirección:		Teléfono:			
Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/>							

**SOLICITUD DE AFILIACIÓN**

INDIVIDUAL ☐ COLECTIVO ☐

PLAN SOLICITADO	Moneda	Deducible	Límite de Cobertura
Hospitalario y Ambulatorio <input type="checkbox"/> Hospitalario <input type="checkbox"/>			
Cobertura Opcional (El Contratante no esta obligado a contratar esta cobertura)	Deducible	Límite de Cobertura	
Servicio de Maternidad			
<b>Grupo Familiar (Personas a asegurar, además del Afiliado Titular) Conyuge, Hijos Naturales o niños legalmente adoptados por el Solicitante Principal</b>			
Apellidos y Nombres	Cédula de Identidad	Parentesco	Sexo
			F/Nacimiento

INFORMACIÓN DE COBERTURA PREVIA				
Tiene usted un Seguro de Salud o Plan de Cobertura Médica con alguna otra Compañía? En caso afirmativo, indique SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Nombre de la Compañía	Número de Teléfono	Plan	Valor del Deducible	Número de Póliza
Si desea que se elimine los plazos de espera, previa aceptación de la prima correspondiente, incluya una copia del Certificado de Cobertura y Recibo de pago de los últimos 12 meses de la cobertura previa				
Alguna Solicitud de Seguro de Salud ha sido rechazada o aceptada sujeta a restricciones o a una Prima Mayor que las tarifas estandares de la Aseguradora para algunos de los solicitantes? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
En caso afirmativo, favor suministrar detalles				

CONDICIONES MÉDICAS		
De acuerdo a su mejor conocimiento y entendimiento, Alguno de los Solicitantes ha recibido tratamiento médico , o se ha realizado pruebas diagnósticas y/o ha padecido alguna de estas enfermedades?		
1	Enfermedades del Oído, Nasales, de la Garganta o de la Visión	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2	Enfermedades Neurológicas, incluyendo Convulsiones, Migrañas, Parálisis, etc.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3	Enfermedades del Corazón, Sistema Circulatorio, Hipertensión Arterial y Elevación del Colesterol o Triglicéridos	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4	Enfermedades del Sistema respiratorio, Neumonía, Bronquitis, Alergia, Asma, u otros trastornos que afectan los pulmones	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5	Desórdenes del Esófago, Intestinos, Páncreas, Vesícula Biliar, Hepatitis u otras enfermedades del Hígado, así como otro desorden del Aparato Digestivo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6	Enfermedad de los Riñones o de las vías Urinarias	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7	Desórdenes o Lesiones de la Columna Vertebral, Reumatismo, Artritis, Gota, u otro desorden Muscular o de los Huesos	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
8	Cáncer o Tumores Benignos	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
9	Anemia, Leucemia, Linfoma, Trastornos de la Coagulación u otro desorden de la Sangre	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
10	Diabetes, Enfermedades de la Glándula Tiroides así como desórdenes Endocrinos / Hormonales	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
11	Enfermedades de la Piel	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
12	Enfermedades Congénitas y/o Hereditarias	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
13	Enfermedades de Transmisión Sexual de los Organos Sexuales y otros desórdenes del Sistema Reproductivo	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
14	Enfermedades de la Próstata	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

**SOLICITUD DE AFILIACIÓN**

INDIVIDUAL ☐ COLECTIVO ☐

15	Enfermedades del Útero, los Ovarios, las Mamas u otros desórdenes Ginecológicos			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
16	Está embarazada? (En caso afirmativo, indicar fecha probable del parto)			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
17	El Solicitante Principal o alguna de las Dependientes ha estado embarazada anteriormente?			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Número de Embarazos	Partos	Cesáreas	Abortos	
18	Complicación del Embarazo o del Parto , Embarazo Múltiple o un Hijo (A) con algún defecto de Nacimiento			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
19	Cualquier Enfermedad, Padecimiento, Lesión, Accidente, Cirugía, Consulta Médica, Diagnóstico, Pérdida Involuntaria de Peso u Hospitalización que no haya sido mencionada			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
20	¿Usted y/o alguna de las personas a incluir en el seguro consume alcohol, Tabaco, o cualquiera otra sustancia adictiva (por ejemplo Heroína, Cocaína, Marihuana)? Si la respuesta es Si, indique la sustancia y frecuencia de uso			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
21	¿Usted y/o alguna de las personas a incluir en el seguro ha sido donante de órganos? Si la respuesta es Si, indique fecha y órgano donado			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
22	¿Usted y/o alguna de las personas a incluir en el seguro ha recibido en donación algún órgano o transfusión de sangre? Si la respuesta es Si, indique fecha y órgano recibido			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
23	¿Practica usted o alguna de las personas a incluir en el seguro algún deporte o actividad que podría atentar contra su integridad física (por ejemplo submarinismo, carreras motorizadas, alpinismo, hipismo, paracaidismo, vuelo en ícaro, espeleología)? En caso de que su respuesta sea afirmativa , detalle el deporte o actividad			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

**Observaciones:**

Si alguna de las preguntas anteriores fue contestada afirmativamente , identifique la persona a incluir en el seguro que se afectó y detalle. En caso de enfermedades describa diagnóstico, fecha, duración, nombre y dirección de los médicos que lo atendieron. Adjunte informe médico o cualquier otro reporte, biopsia, certificaciones, y/o documentos relacionados con la enfermedad y/o procedimiento declarado.

Preg. Nro.	Parentesco	Edad	Condición	Fecha de inicio (mm/dd/aaaa)	Duración	Tratamiento	Nombre del Médico	Dirección del Hospital o Institución Nro.

¿Algún familiar de usted o de alguna de las personas a incluir en el seguro ha padecido Tuberculosis, Diabetes, Cáncer, Enfermedades del Corazón, o de los Riñones, Enfermedad Mental o ha cometido Suicidio? En caso de que la respuesta sea afirmativa, indique los datos que se solicitan a continuación

SI ☐ NO ☐

Apellidos y Nombres de la persona a incluir en el seguro	Parentesco con el familiar que padeció la enfermedad o cometió suicidio	En caso de que el familiar haya fallecido, indique:	
		Causa del Fallecimiento	Edad al fallecer

**BENEFICIARIO EN CASO DE MUERTE DEL PROPUESTO AFILIADO TITULAR**

Apellidos y Nombres	Cédula de Identidad	Sexo	F/Nacimiento	Parentesco

**En caso de muerte de algún otro AFILIADO en este seguro el BENEFICIARIO es el propuesto AFILIADO TITULAR**

**SOLICITUD DE AFILIACIÓN**

INDIVIDUAL ☐ COLECTIVO ☐

**DATOS BANCARIOS DEL CONTRATANTE**

Nombre del Titular de la Cuenta:		C.I.:	Correo Electrónico:
Cuenta Corriente <input type="checkbox"/>	Cuenta Ahorro <input type="checkbox"/>	Tarjeta Credito Visa <input type="checkbox"/>	Tarjeta Crédito MasterCard <input type="checkbox"/>
Nombre del Banco:		Nro. Cuenta/Tarjeta:	

**DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES**

Yo, \_\_\_\_\_, titular de la cédula de identidad N° \_\_\_\_\_ en mi carácter de PROPUESTO AFILIADO TITULAR,

- Declaro que he leído cuidadosamente y totalmente, una a una, todas las preguntas y respuestas consignadas en esta solicitud de seguro y que ellas son verdaderas, amplias, completas y exactas, sin omisión de ningún detalle, hecho o circunstancia con el propósito de disminuir o aminorar la gravedad del riesgo o con la intención de cambiar su objeto, pudiendo ser causal de nulidad del contrato de seguro por cualquier inexactitud u omisión contenidas en esta solicitud.
- Autorizo(amos) la verificación de la misma, así como a suministrar a terceros para fines de evaluación de riesgo. Queda entendido que la presente solicitud no otorga cobertura provisional, ni implica compromiso de aceptar la cotización del Asegurador. Así mismo autorizo a los médicos, clínicas, y hospitales o a cualquier miembro de su personal profesional, así como a cualquier médico, entidad gubernamental de salud, compañía de seguros, enfermera o personal de salud que me hubiese prestado sus servicios o tenga información sobre mi historial médico, sea en la República Bolivariana de Venezuela o en otro país, para que suministre todos los datos y antecedentes patológicos o información contenida en análisis, diagnósticos, informes, delcaraciones, expedientes clínicos o registros profesionales referentes a mi salud.
- Declaro que el correo electrónico suministrado me pertenece e identifica plenamente, por lo que autorizo expresamente a LATINA SALUD MEDICINA PREPAGADA S.A. para enviarme todos los documentos que forman parte del contrato y cualquier comunicación pertinente por este medio.

Yo, \_\_\_\_\_, titular de la cédula de identidad N° \_\_\_\_\_ en mi carácter de CONTRATANTE,

- Declaro que he leído cuidadosamente y totalmente, una a una, todas las preguntas y respuestas consignadas en esta solicitud de seguro y que ellas son verdaderas, amplias, completas y exactas, sin omisión de ningún detalle, hecho o circunstancia con el propósito de disminuir o aminorar la gravedad del riesgo o con la intención de cambiar su objeto, pudiendo ser causal de nulidad del contrato de seguro por cualquier inexactitud u omisión contenidas en esta solicitud.
- Doy fe de que el dinero utilizado para el pago de las cuotas, provienen de una fuente lícita y su origen no guarda relación alguna con capitales, bienes, haberes, valores, títulos u operaciones, producto de actividades ilícitas o que provenga de los delitos de Delincuencia Organizada u otras conductas tipificadas en la legislación venezolana.
- Autorizo a LATINA SALUD MEDICINA PREPAGADA S.A. a debitar de la Cuenta Bancaria / o cargar en la Tarjeta de Crédito, cuyos datos proporciono en esta Solicitud, los cobros de cuotas de este seguro durante su vigencia a partir de su emisión. Y me comprometo mantener el monto suficiente para cumplir con la obligación del pago de la cuota correspondiente.

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Firmas y Huellas :

<p>_____ EI CONTRATANTE</p>	<p>Huella Dactilar (Pulgar Derecho) o en su defecto Pulgar Izquierdo</p>	<p>_____ PROPUESTO AFILIADO TITULAR</p>	<p>Huella Dactilar (Pulgar Derecho) o en su defecto Pulgar Izquierdo</p>
---------------------------------	--	---	--

**INTERMEDIARIO**

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora según Providencia N° SAA-SUT-34069 de fecha 13 DE FEBRERO DE 2025