

**CONSENTIMIENTO
SEGURO DE VIDA GRUPO**

Eje Central Lázaro Cárdenas 2,
Piso 8, 06007, Ciudad de
México Tel.: 5130-2800
latinoseguros.com.mx

Este documento no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras

Declaro que he leído el aviso de privacidad de La Latinoamericana Seguros, S.A., mismo que se encuentra al final de este documento y estoy de acuerdo en que el tratamiento y uso de los datos personales proporcionados en este documento se efectúe por esa institución en los términos de dicho aviso. Por lo anterior es que el llenado del presente es prueba del otorgamiento de mi consentimiento expreso a dicha institución para el tratamiento de los mismos.

Datos de la póliza						
Póliza anterior _____		Póliza _____		Certificado _____	Filial _____	Categoría _____
Nombre completo del Contratante						
Datos del Asegurado						
Apellido Paterno, Materno, Nombre(s) _____					Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento Día/Mes/Año _____		Correo electrónico _____		Teléfono _____		
Calle _____		Número (Exterior e Interior) _____		Colonia _____	Código Postal _____	
Delegación o Municipio _____		Ciudad o Población _____		Entidad Federativa _____		
Sueldo Mensual _____		Ocupación o actividad principal que desempeña _____				
Fecha de ingreso a la empresa _____		Fecha de alta en el seguro de vida _____		Suma asegurada o regla para determinarla _____		
¿Utiliza motocicleta ? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Porta arma de fuego para desempeñar sus labores? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
¿Ha sido sometido a tratamiento médico y/o quirúrgico o ha estado bajo vigilancia médica o padece alguna enfermedad, lesión corporal o ha tenido algún accidente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
En caso de respuesta afirmativa a las preguntas anteriores, dar detalles al respecto						

Trabaja en: Oficina <input type="checkbox"/> Vía pública <input type="checkbox"/> Otro(s) _____						
Durante los últimos seis meses ¿ha trabajado en forma activa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de respuesta negativa indicar causa						
Causa: _____		Periodo: desde _____		hasta _____		
Datos de los Beneficiarios						
Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.						
Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.						
La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.						
Nombre	Domicilio	Porcentaje	Fecha de nacimiento	Parentesco		
					Revocable <input type="checkbox"/>	
					Irrevocable <input type="checkbox"/>	
					Revocable <input type="checkbox"/>	
					Irrevocable <input type="checkbox"/>	
					Revocable <input type="checkbox"/>	
					Irrevocable <input type="checkbox"/>	
¿Desea manifestar algún hecho importante o relevante para la apreciación del riesgo?						

Importante

El pago de la indemnización está sujeto a que el siniestro ocurra dentro de la vigencia de la póliza y se pagará de acuerdo a Condiciones Generales.

Tratándose de asegurados menores de 12 años, se pagará como suma asegurada máxima 60 veces la Unidad de Medida y Actualización Mensual Vigente. El proponente estará obligado a declarar por escrito a La Latinoamericana Seguros, S. A., de acuerdo con la solicitud y el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

De conformidad con el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cualquier omisión o inexacta declaración, facultará a La Latinoamericana Seguros, S. A., para rescindir de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro; por lo que me obligo a contestar verazmente este documento y declarar cualquier dato importante relacionado con este contrato.

Manifiesto que conozco las condiciones generales, particulares y exclusiones aplicables al seguro solicitado, las cuales también he consultado en la página latinoseguros.com.mx, y estoy conforme con las mismas.

Cualquier duda o comentario esta a su disposición el área de Unidad de Atención Especializada en los siguientes números telefónicos 01 800 0011-900, 5130-28-00 ext. 1633 y 2828, en el correo electrónico unidad_especializada@latinoseguros.com.mx o directamente en Eje Central Lázaro Cárdenas número 2 Piso 8 Colonia Centro Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México.

Aviso de privacidad integral

La Latinoamericana Seguros S. A. ("La Latino"), con domicilio en Eje Central Lázaro Cárdenas No. 2, 8º piso, Centro, Cuauhtémoc, 06007, en la Ciudad de México, en cumplimiento a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, le informa que sus datos personales (de identificación, académicos, laborales, patrimoniales, de procedimientos administrativos seguidos en forma de juicio y/o jurisdiccionales, de tránsito y movimientos migratorios), incluyendo los sensibles (ideológicos, afiliación sindical, de salud, vida sexual, características físicas y personales), proporcionados mediante la solicitud, cuestionarios o formatos del seguro o por cualquier medio o tecnología, o los que se generen de la relación que se establezca con Usted, serán tratados para evaluar su solicitud de seguro, selección de riesgos, emisión del contrato de seguro, trámite de reclamaciones de siniestros, administración de la póliza, prevención de fraude y operaciones ilícitas, estudios estadísticos y para dar cumplimiento a obligaciones de conformidad con la Ley sobre el Contrato de Seguro y demás normatividad aplicable. Sus datos podrán ser tratados para el ofrecimiento y promoción de nuestros productos, servicios y/o prospección comercial; de no estar de acuerdo con el tratamiento de sus datos personales para los fines indicados, deberá manifestarlo en el espacio destinado para tal fin. Sus datos personales podrán ser transferidos a las autoridades que los requieran con el fin de cumplir con obligaciones legales, así como a otras Aseguradoras para fines de selección de riesgos. En caso de realizar alguna transferencia que requiera su consentimiento expreso, éste será recabado. Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, revocar su consentimiento, o limitar el uso y divulgación de sus datos utilizando el procedimiento que se encuentra a su disposición en la página de internet: latinoseguros.com.mx, sección "Aviso de Privacidad", por escrito dirigido al Oficial de Protección de Datos Personales, en el domicilio de La Latino, al correo electrónico: protecciondatos@latinoseguros.com.mx o comunicarse al 5130-2800 ext. 1338.

Las modificaciones al presente Aviso de Privacidad, estarán a su disposición en el domicilio y/o la página de internet de La Latino. El llenado del presente documento constituye el otorgamiento de mi consentimiento expreso a La Latino para el tratamiento de mis datos personales.

Fecha de actualización: 10 de octubre de 2016.

Autorizo a La Latino, para tratar mis datos para ofrecimiento y/o prospección comercial.

Si

No

Lugar y fecha

Nombre y firma del titular de los Datos Personales

Este documento sólo constituye el consentimiento requerido por el artículo 167 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro y por tanto, no representa garantía alguna de que el mismo será aceptado por La Latinoamericana Seguros, S.A., ni de que en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud y de éste documento.

Lugar y fecha

Nombre del Asegurado

Firma del Asegurado

"En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 14 de agosto de 2018, con el número CNSF-S0013-0409-2018 / CONDUSEF-003386-01".²