

**SOLICITUD
SEGURO DE VIDA GRUPO CON DESEMPLEO**

Este documento no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras

Eje Central Lázaro Cárdenas 2,
8° Piso, 06007, México, D. F.
Tel.: 5130-2800
latinoseguros.com.mx

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 esta solicitud se efectúe por esa institución en los términos de dicho aviso. Por lo anterior es que el llenado de la presente solicitud de aseguramiento es prueba del otorgamiento de mi consentimiento expreso a dicha institución para el tratamiento de los mismos.

Datos del Contratante: Persona Física o Persona Moral				
Apellido paterno, Apellido materno y Nombre(s) / Denominación o Razón Social				
Fecha de Nacimiento o Constitución		R. F. C.		C.U.R.P. (1)
Domicilio:	Calle	Número (Exterior e Interior)	Código Postal	Colonia
Delegación o Municipio		Ciudad o Población		Entidad Federativa
Datos del grupo				
Nombre con que se designa el grupo			Profesión u ocupación actual del grupo asegurable	
Características del grupo asegurable			Actividad principal del grupo asegurable	
Número de personas que, en caso de ser aceptadas, integrarán el grupo asegurable _____				
Número de personas que, en caso de ser aceptadas, se aseguran y que han dado su consentimiento firmado _____				
Porcentaje o cantidad con la que los miembros del grupo contribuirán al pago de la prima: _____ % \$ _____				
Anexar relación de solicitantes con fecha de nacimiento y sexo, así como los consentimientos de cada uno de los miembros del grupo asegurable.				
Las personas que en caso de ser aceptadas ingresarán al grupo asegurable adquieren el derecho de ser dados de alta en el seguro:				
Inmediatamente <input type="checkbox"/> Después de transcurridos <input type="checkbox"/> (Especificar tiempo) _____				
La presente solicitud de aseguramiento tiene por objeto la expedición de una póliza de seguro que garantice prestaciones u obligaciones				
Legales <input type="checkbox"/> Contractuales <input type="checkbox"/> Voluntarias empleado <input type="checkbox"/> Voluntarias empresa <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> _____				
Datos de la póliza				
Forma de pago				
Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Número de póliza anterior _____ Número de Cotización _____				
Opciones para la contratación del seguro de Vida Grupo con desempleo en moneda nacional para la cobertura de fallecimiento				
Suma asegurada o regla para determinarla				
Beneficios adicionales solicitados				
Desempleo <input type="checkbox"/> Renta mensual de \$ _____ durante un periodo de <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 meses				
Dividendo Experiencia General		Tipo de venta		El pago de la prima se realizará mediante
Sin dividendos <input type="checkbox"/>		Descuento por nómina <input type="checkbox"/>		Tarjeta: Crédito <input type="checkbox"/> Agente de seguros <input type="checkbox"/>
Con dividendos <input type="checkbox"/>		Cargo a tarjeta de crédito <input type="checkbox"/>		Débito <input type="checkbox"/>
		Otro: _____		

IMPORTANTE DECLARAR:

¿Existe algún hecho importante o relevante para la apreciación del riesgo y/o alguna(s) circunstancia(s) que pueda(n) afectar de manera simultánea a varios integrantes del grupo asegurado por la actividad que realizan?

Datos de identificación de quien solicita el seguro

¿Existe alguna persona además del Asegurado o Beneficiario que obtiene los beneficios de este seguro?

Si responder la sección A y C del formato Entrevista No

¿Cuál es el origen de los recursos con los que pagará la prima de su póliza? _____

Responder solo si la prima es mayor a 2,500 dólares americanos o su equivalente en moneda nacional

Nacionalidad: Mexicana Extranjera ¿Cuál? _____ E-mail(1) _____

País de nacimiento (solo persona física) _____

Ocupación, profesión, actividad o giro del negocio _____ Folio mercantil (solo persona moral) _____

Número de serie de la firma electrónica avanzada(1) _____ Teléfono _____

Apellido paterno, Apellido materno y Nombre(s) del apoderado legal (solo Persona Moral) _____

Apoderado legal: Si la prima del seguro solicitado es mayor de 7,500 dólares americanos o su equivalente en moneda nacional, responder la sección A y B del formato Entrevista

Verificación de la identificación del Contratante por el Agente (solo si la prima es mayor a 2,500 dólares americanos o su equivalente en moneda nacional)

Tipo de identificación _____ Número _____ Emisor _____

NOTAS:

(1) Sólo en caso de que cuente con ellos.

Importante

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 de los hechos, facultará a La Latinoamericana, Seguros, S. A., para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro; por lo que me obligo a contestar todas las preguntas de forma veraz en este documento y a declarar cualquier dato importante relacionado con este contrato.

“Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por La Latinoamericana, Seguros, S. A., ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud”.

Importante

Declaro que el origen y procedencia de los fondos con los que, por cuenta propia o en representación de un tercero habré de operar u opero proceden de actividades lícitas. Asimismo, manifiesto que los datos proporcionados en este acto son verídicos y autorizo a que se corrobore esta información de estimarse conveniente. Declaro que terceros no operarán con mi consentimiento o el de mi representada en los productos, cuentas, contratos o servicios financieros donde actúo y opero, con recursos provenientes de actividades ilícitas, así mismo, manifiesto que no se realizarán transacciones destinadas a favorecer actividades ilícitas.

Se actúa por cuenta propia

Se actúa en representación de terceros

Nombre y firma del Contratante

Nombre y firma de quien proporciona los datos

Nombre del Contratante

(Solo en caso de actuar en nombre del Contratante)

Aviso de privacidad integral

La Latinoamericana Seguros S.A, con domicilio en Eje Central Lázaro Cárdenas No. 2, 8º piso, Colonia Centro, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06007, México D.F, en cumplimiento a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, le informa que sus datos personales (patrimoniales, académicos, laborales, de identificación, 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) obtenidos o proporcionados mediante la solicitud, cuestionarios o formatos del seguro o por cualquier medio o tecnología, o bien los que se generen de la relación que en su caso se celebre 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 nuestras obligaciones de conformidad con la Ley sobre el Contrato de Seguro y demás normatividad aplicable. Sus datos personales 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 en este párrafo, 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 nuestras obligaciones legales, así como a otras Aseguradoras para fines de selección de riesgos. Dichas transferencias serán realizadas sin su consentimiento conforme al artículo 37 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares; 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, así como revocar el consentimiento otorgado, utilizando los formularios, guías y procedimientos que se encuentran a su disposición en la página de internet latinoseguros.com.mx en la sección "Aviso de Privacidad", o por escrito libre dirigido al Oficial de Protección de Datos Personales, entregado en el domicilio de La Latinoamericana Seguros, S.A., o a través del correo electrónico: protecciondatos@latinoseguros.com.mx. Para conocer las opciones que La Latinoamericana Seguros, S.A. tiene para limitar el uso y divulgación de sus datos personales, puede consultar la página de internet latinoseguros.com.mx en la sección "Aviso de Privacidad" o consultarlas en el domicilio de ésta. El presente Aviso de Privacidad o sus actualizaciones, los conocerá en nuestras oficinas, mediante comunicados que nuestro personal y agentes pueden hacerle llegar, en nuestra página de internet, o bien en el teléfono 5130-2881.

Fecha de la última actualización al presente Aviso de Privacidad: 23 de Octubre de 2013.

Autorizo a La Latinoamericana Seguros, S. A, para tratar mis datos para ofrecimiento y/o prospección comercial. Si No

Manifiesto que tengo conocimiento de las Condiciones Generales del seguro solicitado, y que las mismas las he consultado en la página www.latinoseguros.com.mx y estoy conforme con las mismas.

Hago constar que me he enterado debidamente que tanto los datos proporcionados en esta solicitud, como los requisitos médicos que La Latinoamericana Seguros, S. A., considere necesarios, formaran parte del contrato.

Declaro que el origen y procedencia de los recursos que lleguen a ser aportados con motivo del contrato de seguro que en su caso se llegue a celebrar derivado de la presente solicitud de aseguramiento, son de procedencia lícita. Así mismo, manifiesto que los datos proporcionados en este actp son verídicos y autorizo a La Latinoamericana Seguros, S. A., para que corrobore esta información de estimarlo conveniente y/o necesario.

Estoy enterado de las leyendas mencionadas anteriormente, declarándome conforme con ellas y otorgo mi consentimiento para quedar asegurado.

Lugar y fecha

Nombre y firma del Contratante

Nota importante para el Agente

El Agente de seguros debe informar detalladamente a quien pretenda contratar el seguro, el alcance real de la cobertura y la forma de conservarla o darla por terminada y proporcionar a La Latinoamericana Seguros S.A. la información completa del riesgo a amparar para su correcta contratación.

Agente de Seguros: declaro que y hago constar que verifiqué la información de este formato y corresponde a los documentos entregados por el Proponente, así mismo coteje los presentes documentos con el original y/o copias certificadas que tuve a la vista y que la firma del Proponente y/o Contratante estampada corresponde a la asentada en esta solicitud. Además informaré a La Latinoamericana Seguros S.A., inmediatamente cuando conozca sobre cualquier cambio que tenga conocimiento en cuanto a esta información del Contratante para la actualización del expediente del mismo.

Nombre completo del Agente de Seguros que promueve o intermedia al producto

Firma

Clave

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la ³ Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-C de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0013-0564-2014 de fecha 27 de abril del 2015 y número RESP-S0013-0626-2015 de fecha 05 de noviembre del 2015