



**SOLICITUD GASTOS MÉDICOS MAYORES  
INDIVIDUAL Y/O FAMILIAR MÉDICA LATINO**

Eje Central Lázaro Cárdenas 2,  
8° Piso, 06007, Ciudad de  
México  
Tel.: 5130-2800  
www.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 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, solo si es diferente a la persona a asegurar				
Nombre completo / Denominación o Razón Social				
Fecha de Nacimiento o Constitución		R. F. C.(3)	C.U.R.P. (1)	
Domicilio:	Calle	Número (Exterior e Interior)	Código Postal	Colonia
Delegación o Municipio		Ciudad o Población		Entidad Federativa
Datos de la persona a asegurar				
Nombre completo _____				Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha de Nacimiento		Lugar de nacimiento	R. F. C.(3)	C.U.R.P. (1)
Domicilio:	Calle	Número (Exterior e Interior)	Código Postal	Colonia
Delegación o Municipio		Ciudad o Población		Entidad Federativa
Especifique en que consisten sus labores		Ocupación preponderante	Tiempo que lleva desempeñándola	
Trabaja	Oficina <input type="checkbox"/>	Taller <input type="checkbox"/>	Vía pública <input type="checkbox"/>	Comercio <input type="checkbox"/>
¿Utiliza motocicleta para desempeñar sus labores?		¿Porta arma de fuego para desempeñar sus labores?		¿Ha sufrido accidentes en el desempeño de sus labores?
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (En caso afirmativo indicar en la sección del cuestionario médico)
Opciones para la contratación				
Suma Asegurada desde \$400,000 _____ hasta \$40,000,000		Coaseguro por evento		
Deducible por evento desde 1 hasta 55 SMGMVDF* _____		Con tope de coaseguro Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		5% <input type="checkbox"/> \$ 20,000	10% <input type="checkbox"/> \$ 30,000	15% <input type="checkbox"/> \$ 50,000
		<input type="checkbox"/> \$ 30,000	<input type="checkbox"/> \$ 40,000	<input type="checkbox"/> \$ 60,000
		<input type="checkbox"/> \$ 40,000	<input type="checkbox"/> \$ 50,000	<input type="checkbox"/> \$ 70,000
				<input type="checkbox"/> \$ 55,000
				<input type="checkbox"/> \$ 65,000
				<input type="checkbox"/> \$ 75,000
Honorarios Quirúrgicos y Nivel Hospitalario (Aplica según la zona geográfica de contratación)				
Latino Médica 100 (LM100) 40* <input type="checkbox"/> 45* <input type="checkbox"/> GUA <input type="checkbox"/>		Latino Médica 200 (LM200) 25* <input type="checkbox"/> 30* <input type="checkbox"/> 35* <input type="checkbox"/>		Latino Médica 300 (Lm300) 20* <input type="checkbox"/>
GUA (Gasto Usual y Acostumbrado)				

**Coberturas opcionales**

Ampliación de la Cobertura en el Extranjero Si  No  Enfermedades Catastróficas en el Extranjero Si  No  Preexistencia declarada\*\* Si  No

Beneficio Continuidad de Cobertura Familiar Si  No  Deportes Peligrosos \*\*\* Si  No  Pago de complementos\*\* Si  No

\*Salario Mínimo General Mensual Vigente en el Distrito Federal

\*\*Anexar relación de padecimientos, incluyendo diagnóstico emitido de la enfermedad, fecha de ocurrido y montos reclamados.

\*\*\* Anexar cuestionario de deportes peligrosos.

**Dependiente(s) económico(s) de la persona a asegurar titular que desea incluir**

Parentesco con la persona a asegurar	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Fecha de nacimiento dd/mm/aa	Femenino Masculino	Ocupación
1						
2						
3						
4						

**Otros (Aplica al posible Asegurado titular y sus dependientes)**

¿ En alguna Solicitud de seguro ha sido rechazado, extraprimado, aplazado o le han aplicado endosos de exclusión? Si  No

En caso afirmativo dar detalles \_\_\_\_\_

¿ Ha presentado reclamaciones de Gastos Médicos o Accidentes Personales en está o en otras compañías? Si  No

En caso afirmativo indique (si requiere más espacio anexar información en hoja adicional):

Nombre de la compañía	Motivo de la reclamación (diagnóstico del padecimiento)

**Aficiones, deportes y aviación (Aplica a la persona a asegurar titular y sus dependientes)**

	Deporte y/o afición que practica	¿Lo practica como profesional?	¿Participa en competencias?	Periodicidad (diario, semanal, mensual, anual)	¿Desea cubrir el riesgo?
Titular		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Dependiente 1		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Dependiente 2		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Dependiente 3		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Dependiente 4		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

**¿Alguno de los solicitantes hace uso de aeronaves que no pertenezcan a líneas comerciales con itinerario fijo o aeronaves privadas?**

Si  No

En caso afirmativo indicar que solicitante(s): \_\_\_\_\_ Indicar razón de los vuelos: Placer  Negocio y/o trabajo

**¿Desea cubrir el riesgo?**

Si  No

En caso afirmativo se requiere proporcionar el cuestionario correspondiente totalmente contestado.

Si alguno de los integrantes practica aviación o cualquier deporte peligroso y desea cubrir el riesgo, llenar el cuestionario correspondiente.

**Hábitos (aplica la persona a asegurar Titular y sus dependientes)**

	Estatura metros	Peso kilos	¿Fuma?		¿Desde cuándo? Año	Frecuencia y cantidad	¿Ingiere o ha ingerido bebidas alcohólicas?		¿Desde cuándo? Año	Frecuencia y cantidad
			Si	No			Si	No		
Titular			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Dependiente 1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Dependiente 2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Dependiente 3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Dependiente 4			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Hábitos (aplica la persona a asegurar Titular y sus dependientes)				
	¿Ingiere o ha ingerido drogas y/o estimulantes?		¿Desde cuándo? Año	Frecuencia y cantidad
	Si	No		
Titular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Dependiente 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Dependiente 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Dependiente 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Dependiente 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

### Cuestionario Médico (Aplica a la persona a asegurar titular y sus dependientes)

#### Antecedentes familiares

	Padecimientos y/o enfermedades					Edad	En caso de fallecimiento especificar la causa
	Sanos	Diabetes	cardiovasculares	Cáncer			
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____	_____
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____	_____
Hermano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____	_____

**Si ambos padres del posible Asegurado titular y/o de sus dependientes son diabéticos, se requiere exámen médico.** Indique quién \_\_\_\_\_

#### Información médica(en caso de alguna respuesta afirmativa indique el detalle en el apartado 5 de esta sección)

1. ¿Algún solicitante padece o ha padecido alguna enfermedad como hipertensión arterial, infarto, hepatitis, diabetes, epilepsia, esclerosis, fiebre reumática, SIDA, cáncer, tumores, enfermedades mentales, pulmonares, renales, neurológicas y cardiovasculares? Si  No

2. ¿Algún solicitante ha sido hospitalizado o le han hecho alguna cirugía por cualquier enfermedad o accidente o alteración congénita o reconstructiva o estética? especifique causas, secuelas y complicaciones. Fecha y estado actual. Si  No

3. ¿Algún solicitante padece o padeció alguna otra enfermedad no referida en el apartado 1, está y/o estuvo en tratamiento o tiene programada atención médica o quirúrgica? Si  No

#### 4. Exclusivo para mujeres

	Solicitante	Especificación
Si ha estado embarazada ¿Ha tenido alguna complicación en alguno de sus embarazos anteriores? especifique meses de gestión y tipo de complicación.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Alguna solicitante está actualmente embarazada? Especifique meses de gestión.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

#### 5. Información a detalle para casos de respuesta afirmativa

Solicitante	Enfermedad o accidente	¿Estuvo hospitalizado?
	Tratamiento	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Estado actual de salud	¿Quedo con alguna complicación?	¿Quedo con alguna complicación?
		Fecha de inicio día/mes/año

#### Información del medico tratante

Solicitante	Enfermedad o accidente	¿Estuvo hospitalizado?
	Tratamiento	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Estado actual de salud	¿Quedo con alguna complicación?	¿Quedo con alguna complicación?
		Fecha de inicio día/mes/año

#### Información del medico tratante

Solicitante	Enfermedad o accidente	¿Estuvo hospitalizado?
	Tratamiento	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Estado actual de salud	¿Quedo con alguna complicación?	¿Quedo con alguna complicación?
		Fecha de inicio día/mes/año

#### Información del medico tratante

Solicitante	Enfermedad o accidente			¿Estuvo hospitalizado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Tratamiento			
Estado actual de salud	¿Quedo con alguna complicación?	¿Quedo con alguna complicación?	Fecha de inicio día/mes/año	
Información del medico tratante				
¿Desea manifestar algún hecho importante o relevante para la apreciación del riesgo?				
<b>Datos Generales</b>				
Vigencia solicitada desde _____ hasta _____ Día/Mes/Año                      Día/Mes/Año				
Forma de pago: Efectivo <input type="checkbox"/> Otro _____ Periodo de pago: Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>				
<b>Instrumento de pago</b>				
Tarjeta: Crédito <input type="checkbox"/> Débito <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Agente <input type="checkbox"/>			Aplica solo para pago Anual y Semestral mayor a 3,000 M.N. Diferir a: 6 meses <input type="checkbox"/> 12 meses <input type="checkbox"/>	
<b>Convenio de cargo automático para pago de primas (Conducto de cobro con tarjeta de crédito o cuenta de banco)</b>				
Nombre del tarjetahabiente o titular de la cuenta		Número de tarjeta o cuenta	Vencimiento	Tipo de cuenta
Visa <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/>		Banco	Código de seguridad	
<p>Acepto se carguen las primas del seguro, motivo de esta solicitud a mi tarjeta o cuenta según se indicó anteriormente con abono a la cuenta de La Latinoamericana, Seguros, S. A., precisamente el día de sus vencimientos, si el plan prevé futuras modificaciones a la prima, acepto que los cargos se realicen a mi cuenta por la nueva cantidad, previo conocimiento acerca del incremento a las tarifas que realice esa institución.</p> <p>En caso de que no sea posible el cargo por causas ajenas a La Latinoamericana, Seguros, S. A., dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de vencimiento de la prima respectiva, cesarán los efectos del contrato por la falta de pago oportuno.</p>				
_____			_____	
Lugar y fecha			Firma del tarjetahabiente o titular de la cuenta	
Por este pagaré me obligo incondicionalmente a pagar a la orden del Banco referenciado el importe establecido en este título con cargo a la línea de crédito que me fue otorgada por la Institución Bancaria emisora de la tarjeta				
<b>Datos de identificación de quien solicita el seguro</b>				
¿Existe alguna persona además del Asegurado o Beneficiario que obtiene los beneficios de este seguro?				
Si <input type="checkbox"/> responder la sección A y C del formato Entrevista      No <input type="checkbox"/>				
¿Cuál es el origen de los recursos con los que pagará la prima de su póliza? _____				
<b>La persona a asegura deberá responder (2)</b>				
En caso de que el Asegurado y el Contratante sean diferentes, el Contratante deberá responder la sección A y E del formato de Entrevista				
Nacionalidad(2) Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ E-mail(1) _____				
País de nacimiento(2) _____				
Número de serie de la firma electrónica avanzada(1) _____ Teléfono(2) _____				
<b>Verificación de la identificación del posible Asegurado por el Agente (solo si la prima es mayor a 2,500 dólares americanos o su equivalente en moneda nacional)</b>				
Tipo de identificación(2) _____		Número(2) _____	Emisor(2) _____	
<b>NOTAS:</b>				
En caso de que la prima rebase los 7,500 dólares americanos o su equivalente en moneda nacional deberá responder el formato de entrevista sección A y B				
(1) Sólo en caso de que cuente con ellos.				
(2) Datos indispensables si la prima es mayor a 2,500 dólares americanos o su equivalente en moneda nacional.				
(3) En caso de requerir factura y para persona moral será dato indispensable si la prima es mayor 2,500 dólares americanos o su equivalente en moneda nacional.				

## Importante

Declaro que el origen y procedencia de los recursos a ser aportados con motivo del contrato de seguro que derive de la presente solicitud, son de procedencia lícita. Asimismo, manifiesto que los datos proporcionados en este acto son verídicos y autorizo a La Latinoamericana Seguros, S.A., para corroborar esta información.

Si solicita el seguro por cuenta propia indicar  
Nombre y firma del Solicitante

Si solicita el seguro por cuenta de un tercero indicar

Nombre del representante o apoderado

Nombre

Firma

Nombre del asegurado o contratante

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. 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](http://latinoseguros.com.mx), y estoy conforme con las mismas. Asimismo manifiesto que es mi deseo que me sean enviadas dichas condiciones generales y toda la documentación relativa al seguro solicitado a través de mi correo electrónico.

Si  No  En caso afirmativo, indique el correo electrónico al cual le serán enviadas: \_\_\_\_\_

Cualquier duda o comentario esta a su disposición el área de Unidad de Atención Especializada en los siguientes números telefónicos 01800 0011-900, 5130-28-00 ext.1633 y 2828, en el correo electrónico [unidad\\_especializada@latinoseguros.com.mx](mailto:unidad_especializada@latinoseguros.com.mx) o directamente en Eje Central Lázaro Cárdenas numero 2 Piso 8 Colonia Centro Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México.

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

### 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, 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 (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](http://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](mailto: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](http://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 5130-2800 ext. 1338. 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

Lugar y fecha

Nombre del Asegurado

Firma del Asegurado

### 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 del Agente

Clave del Agente

Firma del Agente

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la <sup>6</sup> 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 23 de noviembre de 2015, con el número RESP-S0013-0639-2015, del día 7 de enero de 2016, con el número CGEN-S0013-0011-2016 y del día 14 de junio de 2013, con el número CNSF-S0013-0026-2013 / CONDUSEF-001893-01.