

SOLICITUD UNIVERSAL PARA SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

Eje Central Lázaro Cárdenas 2,
8° Piso, 06007, México, D. F.
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, el llenado del presente es prueba del otorgamiento de mi consentimiento expreso a dicha institución para el tratamiento de los mismos.

Datos del Contratante, Persona Física (PF) Persona Moral (PM) solo si es diferente al posible Asegurado

Apellido Paterno, Materno, Nombre(s) / Denominación o Razón Social		Ocupación / giro	
Fecha de Nacimiento o Constitución	Día / Mes / Año	R. F. C. con homoclave(1)(2)	C.U.R.P. (1)
Número de serie de la firma electrónica(1)	Correo electrónico(1)	Teléfono(s)	
Calle	Número (Exterior e Interior)	Código Postal	Colonia
Delegación o Municipio	Ciudad o Población	Entidad Federativa	
Nacionalidad: Mexicana ☐ Extranjera ☐ (responder la sección A y D del formato PLD FO-01) País de nacimiento _____			

Datos del posible Asegurado

Apellido Paterno, Materno, Nombre(s)		Ocupación / giro	Sexo Masculino ☐ Femenino ☐
Fecha de Nacimiento	Día/Mes/Año	Correo electrónico(1)	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	Categoría o puesto en la empresa	
Número de serie de la firma electrónica(1)	R. F. C. con homoclave(1)(2)	C.U.R.P. (1)	
Nacionalidad: Mexicana ☐ Extranjera ☐ (responder la sección A y D del formato PLD FO-01) País de nacimiento _____			
¿Utiliza motocicleta? Si ☐ No ☐		¿Porta arma de fuego para desempeñar sus labores? Si ☐ No ☐	
¿Ha sido sometido a tratamiento médico o ha estado bajo vigilancia médica o padece alguna enfermedad, lesión corporal o ha tenido algún accidente? Si ☐ No ☐		Trabaja en: Oficina ☐ Vía pública ☐	
En caso de respuesta afirmativa a las preguntas anteriores, dar detalles al respecto		Otro(s) _____	

VIDA INDIVIDUAL

Forma de pago: Efectivo ☐ Otro _____ Periodo de pago: Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual ☐
Quiere definir ☐ el monto de la protección (Sumas Aseguradas) o ☐ el monto de la Prima Anual Total por \$ _____,
en este caso las Sumas Aseguradas se ajustaran a la prima solicitada.

1. Seguro de Vida Tradicional

Moneda	Plan de seguro	Duración del seguro en años y plazo de pago de primas	Suma Asegurada
Nacional ☐ Dólares americanos ☐	☐ Temporal	1 5 10 15 20 o bien a Edad alcanzada 60 65	\$ _____
	☐ Dotal	5 10 15<sup>(a)</sup> 20 Otro ^{(a)(b)} o bien a Edad alcanzada ^(a) 60 65	\$ _____
	☐ OV(Ordinario de Vida)		\$ _____
	☐ VPL (Vida Pagos Limitados)	Plazo de pago 5 10 15 20 o bien a Edad alcanzada 60 65	\$ _____

(a) No aplica para Dólares

(b) Indicar otro plazo de 2 a 30 años solo dotal _____

2. Seguro de Vida Continuidad de Salario (Moneda Nacional)

Capitalizable☐

Renta Mensual Contratada \$_____ M.N.

PADI (3) \$_____ M.N.

Protección Pura☐

Renta Mensual Contratada \$_____ M.N.

% de Indexación

0

5

10

15

Número de Rentas Garantizadas

36

60

120

180

Fondo de Respaldo Económico "FORE"
(Veces de Renta Contratada)

0

5

10

15

20

25

30

3. Seguro de Vida Flexible (LIDER)

Moneda Nacional

Plan de seguro

☐ LIDER

Duración del seguro

5

10

15

20

OV

Suma Asegurada

\$ _____

PADI (3)

\$ _____

Coberturas adicionales

Seleccione la cobertura adicional que desee contratar

Escala

Suma Asegurada

☐ IPSA AE

Invalidez con Pago de la Suma Asegurada por Accidente o Enfermedad

\$ _____

☐ IPSA ACC**

Invalidez con Pago de la Suma Asegurada por Accidente

\$ _____

☐ IPSA ENF**

Invalidez con Pago de la Suma Asegurada por Enfermedad

\$ _____

☐ BIT

Exención de Pago de Primas por Invalidez

☐ DI-MA

Indemnización por Muerte Accidental

\$ _____

☐ DI-MAPO

Indemnización por Muerte o Pérdidas Orgánicas en Accidente

A

B

\$ _____

☐ DI-MAPOC

Indemnización por Muerte o Pérdidas Orgánicas en Accidente Colectivo

A

B

\$ _____

☐ BAGE

Enfermedades Graves

\$ _____

☐ BUG

Pago Inmediato de últimos gastos

☐ AEG

Anticipo por Enfermedades Graves

** No aplica para Dólares Americanos

Las coberturas seleccionadas estarán sujetas a que se encuentren previstas en el producto solicitado.

Modalidad mancomunada (deberá llenarse una solicitud adicional por el asegurado mancomunado)

En caso de requerir esta modalidad , indique el nombre del asegurado mancomunado

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	Carácter
					Revocable ☐ Irrevocable ☐
					Revocable ☐ Irrevocable ☐
					Revocable ☐ Irrevocable ☐

Aficiones, deportes y aviación del posible Asegurado

Deporte y/o afición

¿Lo practica como profesional?

¿Participa en competencias?

Periodicidad (diario, semanal, mensual, anual)

¿Desea cubrir el riesgo?

Si ☐ No ☐

Si ☐ No ☐

Si ☐ No ☐

2

¿El solicitante hace uso de aeronaves que no pertenezcan a líneas comerciales con itinerario fijo o aeronaves privadas?

Si ☐ No ☐ Indicar razón de los vuelos: Placer ☐ Negocio y/o trabajo ☐

¿Desea cubrir el riesgo?

Si ☐ No ☐

Si el posible Asegurado practica aviación o cualquier deporte peligroso y desea cubrir el riesgo, llenar el cuestionario correspondiente.

Hábitos del posible Asegurado

¿Fuma?	¿Desde cuándo? Año	Frecuencia y cantidad	¿Ingiere o ha ingerido bebidas alcohólicas?	¿Desde cuándo? Año	Frecuencia y cantidad
Si ☐ No ☐			Si ☐ No ☐		
¿Ingiere o ha ingerido drogas y/o estimulantes?			¿Desde cuándo? Año		Frecuencia y cantidad
Si ☐ No ☐					

Cuestionario Médico

	Si	No		Si	No
1. ¿Tiene o ha tenido algún padecimiento o defecto en la vista o audición?	☐	☐	10. ¿Padece o ha padecido enfermedades inmunológicas?	☐	☐
2. ¿Padece alguna deformidad o le falta algún miembro o parte de él?	☐	☐	11. ¿Está bajo tratamiento médico o tomando algún medicamento?	☐	☐
3. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad del sistema nervioso, neurológico o psiquiátricas?	☐	☐	12. ¿Ha estado internado en algún hospital, clínica o sanatorio para diagnóstico o tratamiento?	☐	☐
4. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad del corazón o presión arterial?	☐	☐	13. ¿Se le han practicado electrocardiogramas, ultrasonidos, rayos X, tomografía o resonancia magnética?	☐	☐
5. ¿Padece o ha padecido de cáncer o alguna tumoración?	☐	☐	14. ¿Ha recibido tratamiento por alcoholismo o por cualquier hábito de drogas?	☐	☐
6. ¿Padece o ha padecido de diabetes y/o algún trastorno metabólico?	☐	☐	15. ¿Padece o ha padecido alguna otra enfermedad no mencionada en este cuestionario?	☐	☐
7. ¿Padece o a padecido alguna enfermedad de transmisión sexual como sífilis, gonorrea, SIDA o complejo relacionado al SIDA?	☐	☐	16. ¿Ha sufrido algún accidente?	☐	☐
8. ¿Padece o ha padecido de alguna enfermedad renal?	☐	☐	17. En su ocupación ¿Está expuesto a sustancias químicas, radiaciones, armas de fuego, explosivos, maquinaria pesada relacionada con la construcción y/o minería?	☐	☐
9. ¿Se le ha practicado o tiene pendiente alguna Intervención Quirúrgica?	☐	☐			

Contestar lo siguiente solo si se trata de mujer

18. ¿Padece o ha padecido de preeclampsia, embarazo ectópico u otro padecimiento ginecológico o de las glándulas mamarias?	☐	☐	19. ¿Está embarazada? En caso afirmativo, de cuánto tiempo _____ Mes(es)	☐	☐
--	--------------------------	--------------------------	--	--------------------------	--------------------------

En caso de que cualquier respuesta sea afirmativa, proporcionar amplia información en el cuadro siguiente.

Número de pregunta	Nombre de las enfermedades, estudios o tratamientos, tipo de afección e intervenciones	Fecha en que las sufrió o se la(s) practicaron	Duración o número de veces	Condición física actual (sano o en tratamiento)

Médicos tratantes o en su caso al que acostumbra consultar.						
Nombre			Domicilio		Teléfono	
Cuestionario Médico del posible Asegurado						
Antecedentes familiares						
	Sanos	Diabetes	Padecimientos y/o enfermedades cardiovasculares	Cáncer	Edad	En caso de fallecimiento especificar la causa
Padre	☐	☐	☐	☐	_____	_____
Madre	☐	☐	☐	☐	_____	_____
Hermanos	☐	☐	☐	☐	_____	_____
Si ambos padres del posible Asegurado son diabéticos, se requiere examen médico.						
La persona a asegurar tiene pólizas vigentes de vida y/o accidente personales SI ☐ NO ☐						
¿En qué compañía(s)?			Número de Póliza		Suma Asegurada	
Nombres y domicilios de dos personas no familiares que puedan dar referencias de la persona a asegurar						
Nombre completo		Domicilio completo			Teléfono	
En caso de que el posible Asegurado haya solicitado un Seguro con anterioridad						
¿Ha sido Rechazado ☐ Extraprimado ☐ Aplazado ☐ le han aplicado endosos de exclusión ☐ en alguna Solicitud de Seguro? 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)				
¿Desea manifestar algún hecho importante o relevante para la apreciación del riesgo?						
Notas						
(1) Sólo en caso de que cuente con ellos.						
(2) En caso de requerir factura este dato es indispensable.						
(3) Programa de aportaciones adicionales.						
Importante						
Mandato para administración de valores Seguro de Vida Flexible (LIDER)						
De conformidad con las fracciones III, IV, V, XXI, XXII, XXIII, y demás relativos aplicables del artículo 118 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, así como para la emisión de Estados de Cuenta por las inversiones realizadas como parte de dichas operaciones, OTORGO MANDATO DE ADMINISTRACIÓN a La Latinoamericana Seguros, S.A., para que administre en valores los dividendos que produzca el Contrato al cuál se adhiere este mandato, mismos que conjuntamente con los intereses que se generen de la inversión, se destinarán a mantener mi Póliza en vigor.						
En caso que durante la vigencia de la Póliza, desee retirar parcial o totalmente el fondo en administración constituido, me obligo a solicitarlo con un mínimo de sesenta días de anticipación. Si a la terminación del Contrato, o a su cancelación anticipada, hubiere un remanente en la inversión, éste me será devuelto.						
Acepto que el mandatario no puede garantizar un tipo de interés y éste seguirá las condiciones del mercado.						
Manifiesto expresamente que, encomiando a dicha Aseguradora, el que después de mi fallecimiento, el importe del fondo que hubiere lo entregue a los beneficiarios designados por mí, en la Póliza.						
Acepto ☐ No acepto ☐						

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, 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: _____

En caso de siniestro, comunicarse de inmediato a los teléfonos 5130-2800 o 01 800 0011 900.

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 o directamente en Eje Central Lázaro Cárdenas numero 2 Piso 8 Colonia Centro Delegación Cuauhtémoc, México, D.F.

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, 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 5130-2800 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

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 28 de junio del 2016 CNSF S0013-0567-2016/ CONDUSEF 000909-01.