

SOLICITUD UNIVERSAL PARA SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

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

Este documento no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras

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 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 <input type="checkbox"/> Extranjera <input type="checkbox"/> (responder la sección A y D del formato PLD FO-01) País de nacimiento _____			
Datos del posible Asegurado			
Apellido Paterno, Materno, Nombre(s)			Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento		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 <input type="checkbox"/> Extranjera <input type="checkbox"/> (responder la sección A y D del formato PLD FO-01) País de nacimiento _____			
¿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 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"/>			Trabaja en: Oficina <input type="checkbox"/> Vía pública <input type="checkbox"/>
En caso de respuesta afirmativa a las preguntas anteriores, dar detalles al respecto			Otro(s) _____
VIDA INDIVIDUAL			
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"/>			
Quiere definir <input type="checkbox"/> el monto de la protección (Sumas Aseguradas) o <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Dólares americanos <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Temporal	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="10"/> <input type="text" value="15"/> <input type="text" value="20"/> o bien a <input type="text" value="Edad alcanzada 60 65"/>	\$ _____
	<input type="checkbox"/> Dotal	<input type="text" value="5"/> <input type="text" value="10"/> <input type="text" value="15<sup>(a)</sup>"/> <input type="text" value="20"/> <input type="text" value="Otro<sup>(a)(b)</sup>"/> o bien a <input type="text" value="Edad alcanzada<sup>(a)</sup> 60 65"/>	\$ _____
	<input type="checkbox"/> OV(Ordinario de Vida)		\$ _____
	<input type="checkbox"/> VPL (Vida Pagos Limitados)	Plazo de pago <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="10"/> <input type="text" value="15"/> <input type="text" value="20"/> o bien a <input type="text" value="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				Número de Rentas Garantizadas				Fondo de Respaldo Económico "FORE" (Veces de Renta Contratada)						
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 36	<input type="checkbox"/> 60	<input type="checkbox"/> 120	<input type="checkbox"/> 180	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 30

3. Seguro de Vida Flexible (LIDER)

Moneda Nacional	Plan de seguro	Duración del seguro	Suma Asegurada	PADI (3)
	<input type="checkbox"/> LIDER	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> OV	\$ _____	\$ _____

Coberturas adicionales

Seleccione la cobertura adicional que desee contratar	Escala	Suma Asegurada
<input type="checkbox"/> IPSA AE Invalidez con Pago de la Suma Asegurada por Accidente o Enfermedad		\$ _____
<input type="checkbox"/> IPSA ACC** Invalidez con Pago de la Suma Asegurada por Accidente		\$ _____
<input type="checkbox"/> IPSA ENF** Invalidez con Pago de la Suma Asegurada por Enfermedad		\$ _____
<input type="checkbox"/> BIT Exención de Pago de Primas por Invalidez		
<input type="checkbox"/> DI-MA Indemnización por Muerte Accidental		\$ _____
<input type="checkbox"/> DI-MAPO Indemnización por Muerte o Pérdidas Orgánicas en Accidente	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	\$ _____
<input type="checkbox"/> DI-MAPOC Indemnización por Muerte o Pérdidas Orgánicas en Accidente Colectivo	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	\$ _____
<input type="checkbox"/> BAGE Enfermedades Graves		\$ _____
<input type="checkbox"/> BUG Pago Inmediato de últimos gastos		
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Irrevocable <input type="checkbox"/>
					Revocable <input type="checkbox"/> Irrevocable <input type="checkbox"/>
					Revocable <input type="checkbox"/> Irrevocable <input type="checkbox"/>

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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

¿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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Ingiere o ha ingerido drogas y/o estimulantes?			¿Desde cuándo? Año		Frecuencia y cantidad
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					

Cuestionario Médico

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

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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19. ¿Está embarazada? En caso afirmativo, de cuanto tiempo _____ Mes(es) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|

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		
	Padecimientos y/o enfermedades	
	Sanos	Diabetes
	cardiovasculares	
	Cáncer	Edad
	En caso de fallecimiento especificar la causa	
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
¿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 <input type="checkbox"/> Extraprimado <input type="checkbox"/> Aplazado <input type="checkbox"/> le han aplicado endosos de exclusión <input type="checkbox"/> en alguna Solicitud de Seguro? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo dar detalles _____		
¿Ha presentado reclamaciones de Gastos Médicos o Accidentes Personales en está o en otras compañías? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
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, encomiendo 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 <input type="checkbox"/> No acepto <input type="checkbox"/>		

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 20 de diciembre del 2016 CNSF-S0013-0450-2016/CONDUSEF 001573-01.