

**SOLICITUD
SEGURO VIDA GRUPO DEFENSA LATINO**

Este documento no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras

Eje Central Lázaro Cárdenas 2,
Piso 8, 06007, Ciudad de
México Tel.: 55 5130-2800
latinoseguros.com.mx

Datos del Proponente, Persona Física (PF) Persona Moral (PM)			
Apellido Paterno, Materno, Nombre(s) / Denominación o Razón Social _____			
Fecha de Nacimiento o Constitución	Día / Mes / Año	R. F. C. con homoclave(1)	C.U.R.P. (1)
Número de serie de la firma electrónica(1) Correo electrónico (1) Teléfono donde se pueda localizar PF/teléfono del domicilio PM _____			
Nacionalidad: Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera <input type="checkbox"/> (responder la sección A y D del formato PLD FO-01) País de nacimiento _____			
Actividad o giro de la empresa o negocio _____			
Relación del Contratante con el grupo a asegurar _____			
Domicilio del Proponente			
Calle	Número (Exterior e Interior)	Código Postal	Colonia
Delegación o Municipio		Ciudad o Población	Entidad Federativa
Verificación de la identificación del Proponente por el Agente			
Tipo de identificación _____	Número _____	Emisor _____	Clave _____
Nombre de la persona que validó (Apellido Paterno, Materno y Nombre (s)) _____			
Datos Generales			
Solicito a La Latinoamericana Seguros, S. A., la expedición de una póliza de seguro de Vida Grupo con vigencia desde _____ hasta _____ por lo que en mi carácter de Proponente hago las siguientes declaraciones: Día/Mes/Año Día/Mes/Año			
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 integrarán el Grupo Asegurable _____			
Número de personas que de ser aceptadas se aseguran y que han dado su Consentimiento firmado _____			
Anexar relación de solicitantes con fecha de nacimiento y sexo, así como los Consentimientos de cada uno de los miembros del Grupo.			
Las personas que ingresen 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 Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
En caso afirmativo especificar:			
Legales <input type="checkbox"/>	Contractuales <input type="checkbox"/>	Voluntarias empleado <input type="checkbox"/>	Voluntarias empresa <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> _____
Porcentaje o cantidad con la que los miembros del Grupo contribuirán al pago de la prima: _____% \$ _____			

Opciones para la contratación del seguro de Vida Grupo

Moneda Nacional Cobertura de fallecimiento
Suma asegurada o regla para determinarla _____

Beneficios adicionales solicitados

Gastos Funerarios: Cónyuge (GFC) Hijos (GFH)

Forma de pago	Tipo de venta	Periodo de pago
Efectivo <input type="checkbox"/>	Cargo a tarjeta de crédito <input type="checkbox"/>	Anual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/>
Otro: _____	Otro: _____	Semestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>
		Otro: _____

¿Desea manifestar algún hecho importante o relevante adicional?

En caso de descuento por tarjeta de crédito, el estado de cuenta, folio o número de confirmación de transacción hará prueba plena del pago, hasta en tanto se entregue el comprobante por parte de la Compañía. En caso de que existan circunstancias que se consideren determinantes para apreciar la posibilidad de cúmulo de pérdidas derivados de la ocurrencia simultánea de siniestros a varios integrantes del grupo y que puedan ser ocasionados en forma directa por la actividad que realicen éstas, se deberán declarar a continuación:

Datos de identificación del Contratante Persona Física o Persona Moral

¿Cuenta con más de una póliza contratada con La Latinoamericana, Seguros, S. A.?

Si Especificar _____ No

En respuestas afirmativas responder las secciones indicadas, del formato PLD FO-01

¿Estima que la prima de su póliza es mayor a \$7,500 dólares o su equivalente en moneda nacional?

Si Sección A y H No

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

Si Responder y requisitar sección A, E y H según corresponda. No

Seguro Si
Contributorio No

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

Fideicomiso Ahorro Sueldo Herencia Inversión Comisión Venta de bienes, muebles e inmuebles
Pensión Bono Prima Honorarios Aguinaldo Recursos Gubernamentales

Comercio, especificar _____ Otro, especificar _____

Datos adicionales de identificación del Contratante, solo Persona Física

En respuestas afirmativas, responder las secciones indicadas, del formato PLD FO-01

Durante el último año, ¿ha desempeñado algún cargo en el gobierno mexicano o extranjero?

Si Sección A, B y C No

¿ Los padres, hijos, abuelos, hermanos, nietos, de usted o su cónyuge, concubina o concubinario, desempeña o ha desempeñado durante el último año algún cargo

Si Sección A, B y C No

¿Es accionista de una o más personas morales y ejerce control sobre ellos?

Si Sección A y G No

¿Cuál es su profesión, ocupación o actividad? _____

Datos adicionales de identificación del Contratante, solo Persona Física

Actividad, giro mercantil u objeto social _____ Folio mercantil _____

Nombre del apoderado legal (Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)) _____

Apoderado legal; cuando se estime que la prima de la póliza es mayor de \$7,500 dólares o su equivalente en moneda nacional. Responder la sección A y H del formato PLD FO-01.

NOTAS:

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

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.

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.

Actúo por cuenta propia _____
Nombre y firma

Actúo por cuenta de un tercero _____
Nombre y firma del proponente

Nombre del posible Asegurado titular _____

(Solo en caso de actuar en nombre del Contratante)

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.

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: _____

“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”.

Cualquier duda o comentario esta a su disposición el área de Unidad de Atención Especializada en los siguientes números telefónicos 800 0011-900, 55 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.

Fecha en _____ el _____ de _____ de _____

Nombre y firma del Proponente o Contratante

Aviso de privacidad integral

La Latinoamericana Seguros, S. A. ("La Latino Seguros"), con domicilio en Eje Central Lázaro Cárdenas No. 2, 8º piso, Centro, C.P. 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, bancarios, de procedimientos administrativos seguidos en forma de juicio y/o jurisdiccionales, de tránsito y movimientos migratorios), incluyendo los sensibles (ideológicos, afiliación sindical, de salud, biométricos, vida sexual, características físicas, fisiológicas, personales, de comportamiento o rasgos de la personalidad medibles); proporcionados mediante la solicitud de seguro, cuestionarios, formatos institucionales, facturas, estudios clínicos, informes médicos y documentación de los bienes asegurables, recabados por cualquier medio o tecnología, o los que se generen durante la relación jurídica que se establezca con Usted, serán tratados, con el fin de evaluar su solicitud de seguro, selección de riesgos, emisión del contrato de seguro, trámites, valoraciones, estudio e investigación de siniestros, subasta de salvamentos, administración de la póliza, pago de primas, prevención de operaciones ilícitas y fraude, estudios estadísticos, financieros y de calidad, dar servicio y soporte técnico por los productos y servicios contratados y para cumplimiento de obligaciones contractuales y las contempladas en 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: i. las autoridades que los requieran con el fin de cumplir obligaciones legales; ii. Instituciones del sector para fines estadísticos, de selección de riesgos y prevención de operaciones ilícitas y fraude; iii. al contratante de la póliza para fines de administración; y, iv. a personas nacionales o extranjeras vinculadas con esta aseguradora, quienes estarán obligados en los mismos términos del presente aviso, para cumplir con los fines mencionados. Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, revocar su consentimiento, o limitar el uso y divulgación de datos personales: a) utilizando el procedimiento que se encuentra en la página de internet: latinoseguros.com.mx, sección "Aviso de Privacidad"; b) por escrito dirigido al Oficial de Protección de Datos Personales, en el domicilio de La Latino Seguros; c) por correo electrónico: protecciondatos@latinoseguros.com.mx; o d) comunicándose al 5130-2800 ext. 1338, o al 01-800-001-1900 del interior de la República. Las modificaciones al presente Aviso de Privacidad, estarán a su disposición en el domicilio y/o la página de internet de La Latino Seguros. La firma del presente documento constituye el otorgamiento del consentimiento expreso del titular de los datos personales a La Latino Seguros para el tratamiento de sus datos personales en los términos del presente Aviso de Privacidad, quien manifiesta que en caso de proporcionar datos personales de terceros, necesarios para la relación establecida con La Latino Seguros o, en su caso, solicitar información de siniestralidad de los miembros de un grupo o colectividad, cuenta con el consentimiento expreso de sus titulares, asimismo se hace sabedor de que La Latino Seguros no es responsable del contenido de información generada por terceros, incluidos estudios clínicos.

Fecha de actualización: 27 de mayo de 2019.

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

Lugar y fecha

Nombre y firma del titular de los Datos Personales

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 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 05 de febrero de 2020 con CNSF-S0013-0040-2020/CONDUSEF-004096-01".