



**SOLICITUD
GASTOS MÉDICOS MAYORES
COLECTIVO MÉDICA LATINO**

Eje Central Lázaro Cárdenas 2,
8° Piso, 06007, Ciudad de
México Tel.: 5130-2800
Fax: 5130-2821
www.latinoseguros.com.mx

Este documento no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras

Datos del Proponente, Persona Física (PF) Persona Moral (PM)													
Nombre completo /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									
Dato de la Colectividad													
Nombre con que se designa la Colectividad		Actividad u Ocupación actual de la Colectividad Asegurable											
Características de la Colectividad Asegurable		Actividad principal de la Colectividad Asegurable											
Número de personas que en caso de ser aceptadas integrarán la colectividad asegurable _____													
Número de personas que se aseguran y que han dado su consentimiento firmado _____													
Anexar relación de solicitantes con edad, fecha de nacimiento y sexo, así como los consentimientos de cada uno de los miembros de la colectividad asegurable.													
Las personas que en caso de ser aceptadas ingresarán a la colectividad asegurable adquieren el derecho de ser dados de alta en el seguro: Inmediatamente ☐ Después de transcurridos ☐ (Especificar tiempo) _____													
La presente solicitud de aseguramiento tiene por objeto la expedición de una póliza de seguro que garantice prestaciones u obligaciones Si ☐ No ☐													
En caso afirmativo especificar:													
Legales ☐ Contractuales ☐ Voluntarias empleado ☐ Voluntarias empresa ☐ Otras ☐ _____													
Porcentaje o cantidad con la que los miembros de la colectividad contribuirán al pago de la prima: _____% \$ _____													
Datos Generales													
Vigencia solicitada desde _____ hasta _____ Día/Mes/Año Día/Mes/Año													
Forma de pago: Efectivo ☐ Otro ☐ _____ Periodo de pago: Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual ☐													
Opciones para la contratación del seguro de Gastos Médicos Mayores en moneda													
Suma Asegurada _____ (Desde \$200,000 hasta \$8,000,000 en múltiplos de \$100,000)													
Deducible por evento _____ UDCMVCMX* (Mínimo 1 máximo 15)													
Coaseguro por evento		<table border="1"><tr><td>5% ☐</td><td>10% ☐</td><td>15% ☐</td><td>20% ☐</td></tr><tr><td>Con tope de coaseguro Si ☐ No ☐</td><td>\$ 30,000</td><td>\$ 50,000</td><td>\$ 70,000</td><td>\$ 75,000</td></tr></table>			5% ☐	10% ☐	15% ☐	20% ☐	Con tope de coaseguro Si ☐ No ☐	\$ 30,000	\$ 50,000	\$ 70,000	\$ 75,000
5% ☐	10% ☐	15% ☐	20% ☐										
Con tope de coaseguro Si ☐ No ☐	\$ 30,000	\$ 50,000	\$ 70,000	\$ 75,000									

Nivel hospitalario	Latino Médica 100 (LM 100) ☐	Latino Médica 200 (LM 200) ☐	Latino Médica 300 (LM 300) ☐
Honorarios Quirúrgicos según Nivel Hospitalario. Aplica según la zona geográfica de contratación			
Latino Médica 100	30 UDCMVCMX* ☐	35 UDCMVCMX* ☐	40 UDCMVCMX* ☐ 45 UDCMVCMX* ☐ GUA*** ☐
Latino Médica 200	25 UDCMVCMX* ☐	30 UDCMVCMX* ☐	35 UDCMVCMX* ☐
Latino Médica 300	20 UDCMVCMX* ☐		
Coberturas Opcionales			
Deportes peligrosos ☐ Ampliación de la Cobertura en el Extranjero ☐ Preexistencia** ☐ Pago de complementos** ☐			
*Unidad de Cuenta Mensual Vigente en la Ciudad de México			
**Anexar relación de padecimientos, incluyendo diagnóstico emitido de la enfermedad, fecha de ocurrido y montos reclamados.			
*** Gasto Usual y Acostumbrado.			
¿Desea manifestar algún hecho importante o relevante adicional?			
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 de la colectividad y que puedan ser ocasionados en forma directa por la actividad que realicen éstas, se deberán declarar a continuación:			
Responder solo si la prima es mayor a 2,500 USD o su equivalente en moneda nacional			
Nacionalidad(2) 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 _____ Nombre completo del apoderado legal (solo persona moral) _____ Apoderado legal: Si la prima del asegurado solicitado es mayor a 7,500 USD o su equivalente en moneda nacional, responder la sección Ay B del formato Entrevista			
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? _____			
Verificación de la identificación del Contratante por el Agente (solo si la prima es mayor a 2,500 USD o su equivalente en moneda nacional)			
Tipo de identificación _____ Número _____ Emisor _____			
Nombre de la persona que verificó y validó (apellido Paterno, Materno y Nombre (s)) _____			
NOTAS:			
(1) Sólo en caso de que cuente con ellos.			
Importante			
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, Asimismo, manifiesto que los datos proporcionados en este acto son verídicos y autorizo a La Latinoamericana, Seguros, S.A., para que corrobore esta información de estimarlo conveniente y/o necesario.			
Actúo por cuenta propia _____		Actúo por cuenta de un tercero _____	
Nombre y firma		Nombre y firma del proponente	
Nombre del posible Asegurado titular _____ (Solo en caso de actuar en nombre del posible Asegurado titular)			

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 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 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, Ciudad de México.

Fecha en _____ el _____ de _____ de _____

Nombre y firma del Proponente o 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, Ciudad de México, en cumplimiento a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (la “Ley”), 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; 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. El llenado del presente documento es prueba del otorgamiento de mi consentimiento expreso a La Latinoamericana Seguros S.A, para el tratamiento de mis datos personales. Fecha de la última actualización al presente Aviso de Privacidad: 21 de Octubre de 2015.

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

Lugar y fecha

Nombre del Contratante

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 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 12 de julio de 2016 con el número CNSF-S0013-0459-2016/CONDUSEF-000367-01.