



**SOLICITUD
GASTOS MÉDICOS MAYORES COLECTIVO
TRADICIONAL**

Eje Central Lázaro Cárdenas 2, 8 Piso
06007, Ciudad de México.
RFC. LSE7406056F6
Tel. 5130-2800 Fax:51302821
www.latinoseguros.com.mx

Para facilitar los trámites de la solicitud, escriba con letra de molde de puño y letra del solicitante y no omita ningún dato. Este documento no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras.

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)		CURP (1)
Nacionalidad: Mexicana Extranjera (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 la colectividad asegurar _____				
Número de serie o firma electrónica (1)		Correo electrónico (1)		Teléfono donde se pueda localizar PF/Teléfono del domicilio PM
Tipo de sociedad: Sociedad Mercantil Sociedad Civil Asociación Civil Otro (especificar) _____				
Domicilio del proponente				

Calle	Número (Exterior e Interior)	Código Postal	Colonia	
Alcaldía o Municipio		Ciudad o Población	Entidad Federativa	
Validación de la Identificación del Proponente por parte del Agente				
Tipo de Identificación _____		Número _____	Emisor _____	
Nombre de la persona que validó (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)) _____			Clave _____	
Datos Generales				
Solicito a la Latinoamericana, Seguros, S.A., la expedición de una póliza de seguro de Gastos Médicos Mayores Colectivo con vigencia desde _____ hasta _____ por lo que en mi carácter de Proponente hago las siguientes declaraciones. (Día/Mes/Año) (Día/Mes/Año)				
Datos de la Colectividad				
Nombre con que se designa la colectividad		Actividad u ocupación de la colectividad asegurable		
Características de la colectividad Asegurable		Actividad principal de la colectividad asegurable		
La solicitud de aseguramiento tiene por objeto la expedición de una póliza de seguro que garantice prestaciones u obligaciones				
Legales	Contractuales	Voluntarias empres	Voluntarias empleado	Otras _____
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: _____				
Porcentaje o cantidad con que los miembros de la colectividad contribuirán al pago de prima _____ % \$ _____				
Anexar relación de solicitantes con edad 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 prima será pagada por el contratante en forma				
Anual	Semestral	Trimestral	Mensual	
Coberturas solicitadas				
Suma asegurada	Deducible	Coaseguro	Honorarios Quirúrgicos	Nivel de Hospital
Coberturas adicionales				
Reinstalación automática de la suma asegurada	Si	No	Preexistencia	Si No
Ampliación de la cobertura en el extranjero	Si	No	Otros _____	

¿Desea manifestar algún hecho importante, relevante o adicional?

En caso de que existan circunstancias que consideren determinantes para apreciar la posibilidad de cúmulos 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 estos, 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(los) Asegurado(s) o beneficiario(s) que obtiene(n) los beneficios de este seguro?

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

¿Cuál es el origen de los recursos con los que se 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 _____ Otros, especificar _____

Datos adicionales de identificación, 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 o su cónyuge, concubina o concubinario, desempeña o ha desempeñado durante el último año algún cargo en el gobierno mexicano o extranjero?

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, actividad o giro del negocio? _____

Datos adicionales de identificación, solo Persona Moral

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

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 operaran 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 lícitas, así como manifiesto que no se realizarán transacciones destinadas a favorecer actividades lícitas.

Actúo por cuenta propia _____

Nombre y firma

Actúo por cuenta de un tercero _____

Nombre y firma del Proponente

Nombre del contratante _____

(Sólo 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 rescindirle 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.

En caso de que contribuya en el pago de este seguro, declaro que los recursos que utilizaré para el pago de este seguro con de procedencia lícita.

Manifiesto que tengo conocimiento de las Condiciones Generales del seguro solicitado, y que las mismas las he consultado en la página www.latinoseguros.com.mx y estoy conforme con estas, así mismo entiendo que en terminos del artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cuento con 30 días para efectuar cualquier rectificación a las condiciones, contenido o modificaciones de la póliza, para el caso de que no concuerden con la oferta, situación que manifestare en dicho plazo a La Latinoamericana.

El producto que va a adquirir cuenta con exclusiones y limitaciones, mismas que se encuentran especificadas en las Condiciones Generales del seguro solicitado, y que las mismas pueden ser consultadas en la página www.latinoseguros.com.mx.

“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”.

De acuerdo con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares y su Reglamento, otorgo mi consentimiento expreso a La Latinoamericana, Seguros, S.A., para el tratamiento de mis datos personales aún los sensibles, patrimoniales y/o financieros, con la finalidad de la contratación de un seguro, así como la evaluación y cuantificación del siniestro en su caso, en los términos específicos del texto publicado en www.latinoseguros.com.mx, página en la que se encuentra también el aviso de privacidad, ambos documentos que declaro conocer y en caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares, me obligo a informarles de esta entrega, así como los lugares en dónde se encuentran disponibles dichos documentos.

Fecha en _____ el ____ de _____ de ____
Nombre y firma del representante

El Agente de Seguros debe informar de manera amplia y detallada a quien pretenda contratar el seguro, al 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.

El Agente de Seguros: declaro y hago constar que verifiqué la información asentada en este formato y corresponde a los documentos entregados por el Proponente; así mismo cotejé 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(los) posible(s) Asegurado(s) y/o Contratante para la actualización del expediente mismo.

Nombre completo del Agente de Seguros que promueve o intermedia al producto Firma _____ Clave _____

Medios de pago

Efectivo Otro _____ Periodo de pago: Anual Semestral Trimestral Mensual

Instrumento de pago

Tarjeta: Crédito	Débito	Efectivo	Agente	Aplica solo para pago Anual y Semestral mayor a 3,000 M.N. Diferir a: 6 meses	12 meses
------------------	--------	----------	--------	---	----------

En caso de que no se pague la prima o fracción correspondiente de la misma en caso de pago en parcialidades dentro del periodo de gracia estipulado en las Condiciones Generales, los efectos del contrato cesarán a las 12:00 horas del último día del periodo de gracia.

Cualquier duda o comentario está a su disposición el área de Unidad de Atención Especializada en los siguientes números telefónicos 800 0011-900, 5130-2800 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. Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México.

Abreviaturas:

PM: Persona Moral

PF: Persona Física

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 registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 23 de noviembre de 2015, con el número RESP-S0013-0639-2015 y a partir del día 25 de febrero de 2020, con el número CNSF-S0013-0488-2019 /CONDUSEF-000365-05.