

Solicitud No. \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

### SOLICITUD DE SEGURO BÁSICO DE ACCIDENTES PERSONALES

Para facilitar los trámites de esta solicitud le pedimos que sea llenada con letra de molde y tinta. No será atendida su propuesta de aseguramiento si presenta tachaduras, enmendaduras o falta alguno de los datos solicitados

#### AUTORIZACIÓN

De interés para el Solicitante (debe leerlo antes de firmar)

“De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal como los conozca o deba conocer en el momento de firmar la misma, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se le pregunten darán a la cancelación de la póliza y en consecuencia a la pérdida de los derechos a los beneficiarios.”

**Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.**

#### DATOS DEL SOLICITANTE

##### Nombre completo del Solicitante

Nombre(s)						Apellido Paterno		Apellido Materno	
Fecha de nacimiento			Sexo		Edad	Estado civil	Nacionalidad	Ciudad y estado de nacimiento	
Día	Mes	Año	Masculino	<input type="checkbox"/>					
			Femenino	<input type="checkbox"/>					

##### Datos laborales

Nombre de la Empresa donde trabaja		RFC con homoclave		CURP	
Profesión u Ocupación Principal		Nombre de su puesto y en qué consisten sus labores		Giro de la Empresa	
Domicilio del lugar de trabajo					
Alguna otra ocupación		Describa en que consisten sus labores		Empresa en que las desempeña su labor	

##### Domicilio Particular

Calle y Número Exterior		Número Interior		Colonia		Ciudad o Población	
Municipio o Delegación		Estado		C.P.		Teléfono Particular	
				Teléfono Oficina		Correo Electrónico	

#### DATOS DEL CONTRATANTE (En caso de ser diferente al Solicitante)

##### Nombre completo del Contratante

Nombre y/o Razón Social:		Apellido Materno		Nombre(s)	
Apellido Paterno					
Relación con el solicitante:					
RFC con Homoclave		CURP		Nacionalidad	
				Sexo	
				M <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
				Correo Electrónico	
				Teléfono Particular	
Domicilio Particular					
Calle y Número Exterior		Número Interior		Colonia	
Delegación o Municipio		Ciudad o Población		Estado	
				Código Postal	

**DATOS DEL PLAN**

<b>Seguro Básico Accidentes Personales</b>	<b>Suma Asegurada (Moneda nacional): Elegir sólo una opción</b>		<b>Forma de pago ANUAL</b>
	100,000 ( )	200,000 ( )	

**DATOS DE LOS BENEFICIARIOS**

**Advertencia:** En el caso de que 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 por que 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(s) del (os) Beneficiario(s)	Parentesco (para efectos de identificación)	Participación % de la suma asegurada

**OTROS SEGUROS DE VIDA O ACCIDENTES PERSONALES**

¿Está solicitando o ha solicitado seguros en otra Compañía? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Compañía	Suma Asegurada
¿Le han rechazado, limitado o extraprimado alguna solicitud? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo ¿Por qué motivo?	

Seguros expedidos y solicitados (en vigor o cancelados)

Compañía	Suma Asegurada	Moneda	Plan	Estado Actual

Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios y/o establecimiento de salud, a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad, accidente, o lesión y/o a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen a La Latinoamericana, Seguros, S. A., aún cuando no exista una orden judicial o administrativa toda la información referente a mis antecedentes personales patológicos, historial clínico, indicaciones médicas, resultados de estudios de laboratorio y gabinete y cualquier información contenida en mi expediente clínico, misma que podrá ser requerida en cualquier momento que La Latinoamericana, Seguros, S. A., lo considere oportuno, inclusive después de mi fallecimiento. Con la presente autorización relevo de cualquier responsabilidad derivada del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información requerida, asimismo autorizo a las compañías de seguros a la que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguros para que proporcionen a La Latinoamericana, Seguros, S. A. la información de su conocimiento y que a su vez La Latinoamericana, Seguros, S. A. proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador la información que requiera y que se derive de este documento y de otros que sean de su conocimiento.

Lugar y Fecha	
Firma del Contratante	Firma del Solicitante

**PARA ASPECTOS INTERNOS DE LA COMPAÑÍA(de acuerdo al conducto de venta)**

Cualquier duda o comentario esta a su disposición el área de Unidad de Atención Especializada en los siguientes números telefónicos 01800 0011 900, 5130-2800 ext. 1633, 2828, en el correo electrónico [unidad\\_especializada@latinoaseguros.com.mx](mailto:unidad_especializada@latinoaseguros.com.mx) o directamente en Eje Central Lázaro Cárdenas número 2 Piso 8 Colonia Centro, Delegación Cuauhtémoc, México, D.F., o bien, podrá acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) cuya dirección electrónica es [condusef.gob.mx](http://condusef.gob.mx) o a los Teléfonos (55)5340-0999 y (01 800) 999 8080 o al correo electrónico [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx)

### 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 (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](http://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](mailto: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](http://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 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 de Fianzas a partir del día 01 de marzo de 2016 con el número CNSF-S0013-0025-2016 / CONDUSEF-005566-01.**