



**CONSENTIMIENTO  
SEGURO DE 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

Este documento no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras

Por el presente otorgo mi consentimiento para quedar asegurado, en los términos que se estipulan en las Condiciones Generales de la Póliza, en caso de ser aceptada la propuesta de aseguramiento.

Número Póliza	Número Certificado	Número SubGrupo
---------------	--------------------	-----------------

<b>Nombre de la Colectividad y/o Proponente</b>				
<b>Datos del Posible Asegurado</b>				
Apellido Paterno, Materno, Nombre (s) _____			Masculino	Femenino
Sexo			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento	Día/Mes/Año	Edad	Estado Civil	RFC con Homoclave (1)
CURP (1) _____				
Nombre de la empresa u organización donde trabaja, en caso de filiales _____				
Fecha de ingreso	Día/Mes/Año	Ocupación	Categoría dentro de la misma	
Nacionalidad: Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera <input type="checkbox"/> (Responder la sección A y D del formato PLD FO-01) País de nacimiento _____				
Número de serie de la firma electrónica (1)		Correo electrónico (1)	Teléfono donde se pueda localizar	
<b>Domicilio del posible Asegurado</b>				
Calle	Número (exterior e interior)		Código Postal	Colonia
Alcaldía o Municipio		Ciudad o Población	Entidad Federativa	
<b>Información particular del posible Asegurado titular</b>				
Ocupación Principal		Detalle en qué consisten sus labores		
Nombre de la empresa en que labora		Giro de la empresa		
Fecha de ingreso a la empresa	Sueldo mensual		Contribuiré al pago de la prima con	
¿Utiliza motocicleta para desempeñar sus labores?	¿Porta arma de fuego para desempeñar sus labores?	¿Ha sufrido accidentes en el desempeño de sus labores?		
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
<b>Validación de la identificación del posible Asegurado por parte del Agente</b>				
Tipo de identificación _____		Número _____	Emisor _____	
Nombre de la persona que validó (Apellido Paterno, Materno, Nombre) _____			Clave _____	
<b>Datos Gnerales</b>				
Suma Asegurada		Categoría		
<b>Dependientes económicos del posible Asegurado Titular que desea asegurar con el Seguro de Gastos Médicos Mayores</b>				
Parentesco con el posible asegurado Titular	Apellido paterno	Apellido materno	Fecha de nacimiento	Sexo
	Nombre (s)		Día/Mes/Año	Masculino
				Femenino
				Ocupación
Domicilio particular de(los) dependientes(s) en caso de no ser el mismo del Proponente (Si requiere más espacio anexar la información en hoja adicional)				
Calle	Número (exterior e interior)		Código Postal	Colonia
Alcaldía o Municipio		Ciudad o Población	Entidad Federativa	

Aficiones (Aplica al Solicitante y sus dependientes)									
Parentesco con el posible Asegurado titular	Deporte	¿Lo practica como profesional?	Número de veces	Periodicidad (diario, semanal, mensual, anual)	¿Desea cubrir el riesgo?				
Titular		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Dependiente 1		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Dependiente 2		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Dependiente 3		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Dependiente 4		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Si practica deportes peligrosos (alpinismo, buceo, motociclismo, etc.) y desea cubrir el riesgo, llenar el cuestionario correspondiente.									
Hábitos (Aplica al posible Asegurado y sus dependientes)									
Parentesco con el posible Asegurado titular	¿Fuma? Si No	¿Desde cuándo? Mes/Año	Frecuencia cantidad de cigarrillos	Ingiere o ha ingerido bebidas alcohólicas	¿Desde cuándo? Mes/Año	Frecuencia cantidad de copas	Ingiere o ha ingerido drogas y/o estimulantes	¿Desde cuándo? Mes/Año	Frecuencia a cantidad de copas
Titular	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Dependiente 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Dependiente 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Dependiente 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Dependiente 4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Peso y estatura (El exceso de peso evidente requiere examen médico)									
	Estatura	Peso	¿Ha variado su peso en los últimos 12 meses?		Kgs aumentados	Kgs disminuidos	Causa		
Titular			Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>					
Dependiente 1			Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>					
Dependiente 2			Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>					
Dependiente 3			Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>					
Dependiente 4			Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>					
Cuestionario Médico (Aplica al Solicitante y sus dependientes)									
Antecedentes familiares									
	Sanos	Diabetes	Padecen de: Corazón (infarto, dolor, etc)		Cáncer	Edad	En caso de fallecimiento especificar causas		
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____		
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____		
Hermanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____		
<b>Si ambos padres del posible Asegurado titular y/o cónyuge son diabéticos, se requiere examen médico de quien corresponda</b>									
Datos Clínicos (Aplica al Solicitante y sus dependientes)									
			Si	No				Si	No
1. Enfermedades del sistema cardiovascular Hipertensión arterial, infarto al miocardio, angina de pecho, válvulas cardiacas, accidente vascular cerebral, aneurismas, infarto cerebral, arteriosclerosis, marcapasos, arritmias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Enfermedades de oído y la visión Sordera, osteoesclerosis, catarata, glaucoma, miopía.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Enfermedades digestivas Esofagitis, gastritis, úlceras, colitis, divertículos, hepatitis, pancreatitis, obstrucción intestinal, cirrosis hepática.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Enfermedades hematológicas Anemia, lupus eritematoso sistémico, púrpura, policitemia vera de la coagulación del bazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Enfermedades endócrinas Diabetes, de la tiroides, de las glándulas suprarrenales, gota hiperlipidemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Enfermedades neoplásicas Cáncer, tumores malignos, tumores benignos, leucemia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Si	No		Si	No
4. Enfermedades neurológicas y mentales Epilepsia y/o crisis convulsivas, parálisis, esclerosis múltiple, neuritis, retardo mental, Síndrome de Down, Alzheimer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. ¿Antecedentes por alcoholismo o por cualquier hábito de drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Enfermedades psiquiátricas Depresión, psicosis, esquizofrenia, demencia, delirio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. ¿Se le ha practicado o tiene pendiente alguna intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Enfermedades de transmisión sexual Sífilis, SIDA, complejo relacionado al SIDA, seropositivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. ¿Le hace falta algún miembro u órgano del cuerpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Enfermedades del sistema respiratorio Neumonía, tuberculosis, enfisema pulmonar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. ¿Ha sufrido algún accidente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Enfermedades genitourinarias Insuficiencia renal, nefritis, nefrectomía, de la próstata, testiculares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. ¿Alguno de los solicitantes ha sido rechazado, o puesto para algún seguro de vida, accidentes o de gastos médicos mayores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Enfermedades musculo-esqueléticas Amputaciones, de la columna vertebral, hernia de disco, artritis, articulaciones de rodilla, distrofia muscular progresiva, osteoporosis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. ¿Padece o ha padecido alguna otra enfermedad NO mencionada en este cuestionario o manifiesta algún signo o síntoma, o ha recibido algún tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contestar lo siguiente solo si se trata de mujer					
19. ¿Padece o ha padecido de útero, de los ovarios, endometriosis, preeclampsia, eclampsia, de las glándulas mamarias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. ¿Está embarazada? En caso afirmativo, de cuánto 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	¿Quién?	Nombre de las enfermedades, estudios tratamientos, tipo de afección e intervenciones	Fecha en que las sufrió o se las 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

**Datos de identificación persona física**

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

Si  Especificar \_\_\_\_\_ No

**En caso de que cualquier respuesta sea afirmativa, proporcionar amplia información en el cuadro siguiente.**

¿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 de(los) Asegurados(s) o Beneficiarios(s) que obtiene(n) los beneficios de este seguro?

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

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 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? \_\_\_\_\_

¿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 \_\_\_\_\_

**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 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 Contratante \_\_\_\_\_  
(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. En caso de que contribuya en el pago de este seguro, declaro que los recursos que utilizare para el pago de este seguro son 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](http://www.latinoseguros.com.mx) y estoy conforme con las mismas.

De acuerdo con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los 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](http://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 donde se encuentran disponibles dichos documentos.

Fecha en \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nombre y firma del Contratante Se

previene al solicitante que, conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos importantes a que se refieren las preguntas de esta solicitud, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmar, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho que se le pregunte, podría originar la pérdida de los derechos del Asegurado o del beneficiario en su caso

Hago constar que leí y me he enterado debidamente y estoy de acuerdo con las Condiciones Generales que se anexa a esta solicitud de seguro y que contiene la póliza a que la presente solicitud se refiere y me he informado que tanto los datos proporcionados de ésta, como los requisitos médicos que La Latinoamericana, Seguros, S. A. considera necesarios, forman parte de la misma; por lo cual otorgo de manera expresa mi conformidad con las mismas

Enterado de lo que antecede y para efecto de esta solicitud de seguro, declaro estar dispuesto a pasar un examen médico por mi cuenta si La Latinoamericana, Seguros, S. A., lo estima conveniente. Además, autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado, a los hospitales o clínicas a los que haya ingresado para diagnóstico y/o tratamiento de cualquier enfermedad, para que proporcionen a La Latinoamericana, Seguros, S. A., todos los informes que se refieran a mi salud, inclusive todos los datos de enfermedades anteriores. Para tal efecto relevo a las personas arriba mencionadas del secreto profesional en este caso, aceptando que será suficiente la presentación de una copia fotostática de este documento para que se proporcionen a La Latinoamericana, Seguros, S. A. los datos mencionados

Declaro que todos los datos incluidos en este consentimiento son verídicos, de encontrar que alguna de las aseveraciones aquí descritas sean falsas, acepto que se proceda de acuerdo con las condiciones generales de la póliza, enterado de lo que antecede autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido a mi o a cualquiera de mis dependientes registrados a los hospitales o clínicas a los que se haya ingresado para diagnóstico y/o tratamiento de cualquier enfermedad, para que proporcionen a La Latinoamericana, Seguros, S. A. Todos los informes que se refieran a mi salud o la de mis dependientes, inclusive todos los datos de enfermedades anteriores. Para tal efecto relevo a las personas o instituciones antes mencionadas del secreto profesional, en este caso, aceptando que será suficiente la presentación de una copia fotostática de este documento para que se proporcionen a la compañía los datos relacionados.

Así mismo reconozco que los padecimientos preexistentes (según condiciones generales de la póliza) no quedarán cubiertos en la misma, salvo si fueron expresamente cubiertos por la aseguradora, considerando este documento como parte integrante de mi contrato para todos los efectos a que haya lugar.

Esta información puede ser requerida al momento de presentar mi solicitud de seguro, en caso de reclamación o en cualquier momento que La Latinoamericana, Seguros, S. A. lo considere oportuno. Asimismo autorizo a las Compañías de Seguros a las que previamente he solicitado pólizas, para que proporcionen a La Latinoamericana, Seguros, S. A., la información de su conocimiento para la correcta evaluación de mi solicitud y que a su vez La Latinoamericana, Seguros, S. A., proporcione a cualquier otra empresa del ramo, la información que se derive de esta solicitud y de otras que sean de su conocimiento, a efecto de que pueda evaluar cualquier propuesta de contratación de seguro del ramo que le sea solicitada por mi persona.

Fecha en \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Nombre del posible Asegurado Titular

El Agente de Seguros debe informar de manera amplia y detallada 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.

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 del que tenga conocimiento en cuanto a esta información del(los) posible(s) Asegurado(s) para la actualización del expediente del mismo

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

**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 07 de septiembre de 2021, con el número CNSF-S0013-0225-2021 /CONDUSEF-004923-01.**