

SOLICITUD DE GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL Y/O FAMILIAR MÉDICA LATINO 360

LA LATINOAMERICANA SEGUROS, S.A.

Eje Central Lázaro Cárdenas 2, Piso 8, Col. Centro, Alc. Cuauhtémoc, C.P. 06000, CDMX.
Tel. 55-5130-2800 R.F.C.: LSE7406056F6 www.latinoseguros.com.mx



Declaro que he leído el aviso de privacidad de La Latinoamericana Seguros, S.A. (Latino Seguros), mismo que se encuentra al final de este documento, estando de acuerdo en que el tratamiento y uso de los datos personales proporcionados en esta solicitud se efectúe por Latino Seguros en los términos de dicho aviso. Por lo anterior, el llenado de la presente solicitud de aseguramiento y propuesta de riesgo, es prueba del otorgamiento de mi consentimiento expreso a Latino Seguros para el tratamiento de los mismos.

Este Formato debe ser llenado por el Contratante y Solicitante 1 - Titular con letra de molde y tinta de un solo color. No deben dejarse preguntas sin contestar ni espacios vacíos. Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan modificaciones posteriores.

Datos del Contratante (El que paga la prima) (Persona Física o Persona Moral), solo si es diferente al Solicitante 1 - Titular)

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____
Nombre (s): _____
Denominación o Razón Social: _____
Giro Comercial: _____ Fecha de nacimiento o constitución (día/mes/año): | | |
R.F.C. con homoclave: [] C.U.R.P. : []
Régimen Fiscal: _____ Correo electrónico: _____ Teléfono: _____ Teléfono móvil: _____
Domicilio
Calle: _____
Número exterior: _____ Número interior: _____ Colonia: _____ Código postal: _____
Alcaldía o Municipio: _____ Estado: _____
En caso de persona moral, indicar del apoderado
Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____
Nombre (s): _____
Correo electrónico: _____ Tipo de identificación: _____
Institución emisora: _____
Folio de la identificación: _____

Datos de la persona a asegurar Solicitante 1 - Titular

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____
Nombre (s): _____
Estado Civil: _____ Fecha de nacimiento (día/mes/año): | | |
R.F.C. con homoclave: [] C.U.R.P. : []
Género de nacimiento: Masculino Femenino Régimen Fiscal: _____
Ocupación (detallar sus actividades): _____
País de nacimiento: _____ Entidad federativa de residencia: _____
Nacionalidad (si es distinta a la mexicana): _____
No. Serie del certificado digital de la FIEL [1]: _____
Correo electrónico: _____
No. de identificación fiscal extranjeros: _____
País que emite [2]: _____
En el último año ¿Ha desempeñado algún cargo de Gobierno Estatal, Municipal o Federal? Si No
Cargo y Dependencia: _____
¿Qué relación tiene con el Contratante en caso de ser diferente al Solicitante 1 - Titular? _____
Domicilio particular
Calle: _____
Número exterior: _____ Número interior: _____ Colonia: _____ Código postal: _____
Alcaldía o Municipio: _____ Estado: _____
Teléfono: _____ Extensión: _____ Teléfono móvil: _____
Datos requeridos solo si el Solicitante 1 - Titular es igual al Contratante
Tipo de identificación: _____ Institución emisora: _____
Folio de la identificación: _____

Datos de la persona a asegurar Solicitante 2 (Dependiente económico del Solicitante 1 - Titular)

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____
Nombre (s): _____
Estado Civil: _____ Fecha de nacimiento (día/mes/año): | | |
C.U.R.P. : [] Género de nacimiento: Masculino Femenino
Parentesco con el Solicitante 1 - Titular: _____ Ocupación (detallar sus actividades): _____
Domicilio particular (solo si vive en un domicilio diferente del Solicitante 1 - Titular)
Calle: _____
Número exterior: _____ Número interior: _____ Colonia: _____ Código postal: _____
Alcaldía o Municipio: _____ Estado: _____

Nombre completo	Domicilio completo	Fecha de nacimiento (día/mes/año)	Parentesco	Porcentaje
		_____		%
		_____		%
		_____		%

En caso de que el Solicitante 1 - Titular llegase a fallecer y se tuviese algún importe pendiente de pago derivado de algún reembolso por gastos médicos, dicho reembolso será entregado de acuerdo a la declaración de beneficiarios realizada en éste apartado.

Advertencia: En caso de que se 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 porque 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 obligaciones.

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 solo 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.

Reconocimiento de antigüedad

Fecha de reconocimiento de antigüedad (día/mes/año): _____

Aseguradora: _____ Número de póliza: _____

Nota: En caso de solicitar reconocimiento de antigüedad es necesario anexar la carátula y comprobante de pago de la última póliza contratada.

Aplica para todos los Solicitantes

¿Ha sido rechazado, extraprimado, aplazado o le han aplicado endosos de exclusión en alguna solicitud de seguro?
En caso afirmativo indicar Solicitante, el nombre de la compañía y dar detalles:

Solicitante 1	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre de la compañía	
Detalles:			
Solicitante 2	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre de la compañía	
Detalles:			
Solicitante 3	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre de la compañía	
Detalles:			
Solicitante 4	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre de la compañía	
Detalles:			

¿Algún Solicitante ha presentado reclamaciones de Gastos Médicos o Accidentes Personales en esta u otras compañías?
En caso afirmativo dar detalles (en caso de requerir más espacio, anexar en una hoja adicional):

Solicitante 1	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre de la compañía	
Motivo de reclamación (diagnóstico / padecimiento / tratamiento)			
Solicitante 2	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre de la compañía	
Motivo de reclamación (diagnóstico / padecimiento / tratamiento)			
Solicitante 3	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre de la compañía	
Motivo de reclamación (diagnóstico / padecimiento / tratamiento)			
Solicitante 4	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre de la compañía	
Motivo de reclamación (diagnóstico / padecimiento / tratamiento)			

¿Algún Solicitante se dedica o trabaja actualmente en algunas de las siguientes actividades?

Preguntas	No. de Solicitante	1		2		3		4	
		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
1. Labores administrativas.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Operador de maquinaria pesada.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Trabaja con explosivos, solventes, productos químicos peligrosos o sustancias radioactivas.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Visita o asiste a obras o construcciones.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Utiliza, maneja o su trabajo esta relacionado con el uso de portación de arma de fuego, seguridad o rescate.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Su actividad es agrícola con uso de fertilizantes, pesticidas, herbicidas, o similares.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Utiliza motocicleta.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Viaja en aviones particulares más de 40 horas anuales.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nota: En caso de respuesta afirmativa sobre Motociclismo y Aviación, por favor anexe el cuestionario correspondiente.

¿Algún Solicitante práctica algún Deporte de manera Amateur (No Profesional)?

No. de Solicitante	Deporte	Práctica a la semana	¿Desea cubrir el riesgo?	
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	_____	Hasta 3 veces a la semana <input type="checkbox"/> Más de 3 veces a la semana <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	_____	Hasta 3 veces a la semana <input type="checkbox"/> Más de 3 veces a la semana <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	_____	Hasta 3 veces a la semana <input type="checkbox"/> Más de 3 veces a la semana <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	_____	Hasta 3 veces a la semana <input type="checkbox"/> Más de 3 veces a la semana <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

¿Algún Solicitante práctica algún Deporte de manera profesional? (Que percibe alguna remuneración)

No. de Solicitante	Deporte	Práctica a la semana
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	_____	Hasta 3 veces a la semana <input type="checkbox"/> Más de 3 veces a la semana <input type="checkbox"/>
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	_____	Hasta 3 veces a la semana <input type="checkbox"/> Más de 3 veces a la semana <input type="checkbox"/>

Nota: En caso de respuesta afirmativa anexe el cuestionario correspondiente a Deportes.

Hábitos (Aplica para todos los Solicitantes)

Hábito 1	No. de Solicitante	1		2		3		4	
		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
¿Algún Solicitante consume o ha consumido algún tipo de estupefaciente o droga?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En caso afirmativo, especifique el tipo de estupefaciente o droga que consume o ha consumido.

Solicitante 1: _____
 Solicitante 2: _____
 Solicitante 3: _____
 Solicitante 4: _____

Especifique cantidad y frecuencia de consumo del estupefaciente o droga.

Solicitante 1: _____
 Solicitante 2: _____
 Solicitante 3: _____
 Solicitante 4: _____

Hábito 2	No. de Solicitante	1		2		3		4	
		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
¿Algún Solicitante fuma o fumó?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Cuántos cigarros o puros al día?

Solicitante 1: _____
 Solicitante 2: _____
 Solicitante 3: _____
 Solicitante 4: _____

¿Cuándo dejo de fumar?

Solicitante 1: _____
 Solicitante 2: _____
 Solicitante 3: _____
 Solicitante 4: _____

Hábito 3	No. de Solicitante	1		2		3		4	
		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
¿Algún Solicitante hace uso de cigarro electrónico?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Cuántas veces al día?

Solicitante 1: _____
 Solicitante 2: _____
 Solicitante 3: _____
 Solicitante 4: _____

¿Cuándo dejo de fumar?

Solicitante 1: _____
 Solicitante 2: _____
 Solicitante 3: _____
 Solicitante 4: _____

Hábito 4	No. de Solicitante	1		2		3		4	
		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
¿Algún Solicitante ingiere o ha ingerido bebidas alcohólicas?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Desde cuándo?

Solicitante 1: _____
 Solicitante 2: _____
 Solicitante 3: _____
 Solicitante 4: _____

Frecuencia y cantidad:

Solicitante 1: _____
 Solicitante 2: _____
 Solicitante 3: _____
 Solicitante 4: _____

Antecedentes familiares (Deberá contestarlo el Solicitante 1 - Titular y el Solicitante Cónyuge o Concubina (o))

Indica si sus padres han padecido algunas de las siguientes enfermedades

Solicitante 1 - Titular	Si	No	Solicitante Cónyuge o Concubina (o)	Si	No
Insuficiencia renal			Insuficiencia renal		
Afecciones cardíacas			Afecciones cardíacas		
Hipertensión arterial			Hipertensión arterial		
Diabetes			Diabetes		
Epilepsia			Epilepsia		
Cáncer			Cáncer		
Afección coronaria			Afección coronaria		
Afección reumática			Afección reumática		
Demencia, esquizofrenia o trastornos mentales			Demencia, esquizofrenia o trastornos mentales		

Información médica (En caso de que alguna respuesta sea afirmativa, detalle en el apartado "A" de esta sección)

1. Favor de indicar peso y talla.

Solicitante 1	Talla: _____ mts.	Peso: _____ kg.
Solicitante 2	Talla: _____ mts.	Peso: _____ kg.
Solicitante 3	Talla: _____ mts.	Peso: _____ kg.
Solicitante 4	Talla: _____ mts.	Peso: _____ kg.

Pregunta	No. de Solicitante		1		2		3		4	
2. ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
a. Infarto cerebral, hemorragia cerebral, infarto al miocardio, enfermedad isquémica del corazón, fibrosis pulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva, hepatitis A, insuficiencia hepática, cirrosis hepática, VIH, SIDA y/o lupus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Trastornos y/o anomalías genéticas, cromosómicas, neurológicas y/o de desarrollo como Síndrome de Down, distrofia muscular, síndrome de Asperger y/o trastorno de espectro autista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades de la columna vertebral, insuficiencia renal crónica, cualquier tipo de cáncer, tumor maligno y/o linfoma en cualquier etapa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Asma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Cualquier tipo de hernia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Cualquier enfermedad del estómago y/o de los intestinos donde se haya tenido algún tratamiento médico, intervención y/o algún procedimiento quirúrgico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Osteoporosis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Cualquier padecimiento de rodilla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Hipotiroidismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Hipertiroidismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Enfermedades de la vesícula biliar y vías biliares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Artritis y/o artrosis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Tumores, quistes y/o miomas mamarios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Tumores, quistes y/o miomas de útero y/o de ovario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Hepatitis B o Hepatitis C.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Cualquier enfermedad del páncreas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Neumonía.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ¿Cuándo fue su última revisión médica?

Solicitante 1 (Mes y Año): _____

Solicitante 2 (Mes y Año): _____

Solicitante 3 (Mes y Año): _____

Solicitante 4 (Mes y Año): _____

Pregunta	No. de Solicitante		1		2		3		4	
4. ¿Tiene o ha tenido algún problema al nacer que necesitará una intervención quirúrgica u hospitalización mayor a 3 días y/o se detectó algún problema al nacer mediante pruebas de laboratorio y/o de gabinete?	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual diferentes a las que se han preguntado previamente como virus del papiloma humano, sífilis, gonorrea o herpes?	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Información médica (En caso de que alguna respuesta sea afirmativa, detalle en el apartado "A" de esta sección)

6. Responder solo si aplica:

¿Cuándo fue su último examen de próstata?

Solicitante 1 (Mes y Año): _____
 Solicitante 2 (Mes y Año): _____
 Solicitante 3 (Mes y Año): _____
 Solicitante 4 (Mes y Año): _____

¿Cuál fue el resultado?

Solicitante 1: _____
 Solicitante 2: _____
 Solicitante 3: _____
 Solicitante 4: _____

7. Responder solo si aplica:

¿Cuándo fue su último papanicolau y/o colposcopia, mastografía y/o ultrasonido mamario?

Solicitante 1 (Mes y Año): _____
 Solicitante 2 (Mes y Año): _____
 Solicitante 3 (Mes y Año): _____
 Solicitante 4 (Mes y Año): _____

¿Cuál fue el resultado?

Solicitante 1: _____
 Solicitante 2: _____
 Solicitante 3: _____
 Solicitante 4: _____

Pregunta	No. de Solicitante	1		2		3		4	
8. ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
a. Tos frecuente.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Escurrimiento nasal.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Flema matutina constante.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Su boca, manos pies y/o uñas se ponen moradas.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Dolor opresivo de pecho.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Dificultad para respirar al hacer esfuerzo.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Presenta o ha presentado aumento de volumen por hernia en su abdomen, ingles o testículos?		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
a. Palpitaciones o sensación de que brinca su corazón.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Dolor opresivo en su tórax.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Le falta el aire al subir escaleras, al caminar un poco o en reposo.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
a. Desmayos frecuentes.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Pierde usted el conocimiento.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Se le paraliza el cuerpo.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Movimientos anormales del cuerpo.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
a. Ardor al orinar.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Pérdida incontrolada de la orina.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Color rojo o sangre cuando orina.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
a. Sensación de que los objetos se mueven o giran a su alrededor.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Tiene movimientos anormales de las manos o piernas.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Arrastra la lengua para hablar o no puede pronunciar las cosas por su nombre.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
a. Llanto fácil o llora más de tres veces por semana sin causa.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Pierde usted el control de sus emociones.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Taquicardia.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Temblores.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
a. Sangrado frecuente de nariz, encías, moretones, manchas rojizas en piel.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Fiebre o sudoración nocturna que moje la ropa.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Algún bulto o masa en el cuello, axilas, ingle u otras zonas.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
a. Dolores musculares o articulares frecuentes.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Deformaciones en sus manos o piernas.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Información médica (En caso de que alguna respuesta sea afirmativa, detalle en el apartado "A" de esta sección)

Pregunta		No. de Solicitante	1		2		3		4	
17. ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes síntomas?			Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
a. En el último año ha variado su peso (subir o bajar más de 10 Kg), sin estar asociado a dieta o ejercicio.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Tiene usted mucha sed, come más de lo normal y orina mucho.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Tiene usted aumento de volumen en su cuello.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Algún solicitante ha padecido SARS-COV2 (COVID-19)?			Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
¿Cuándo fue su último contagio?			¿Cuántas veces lo ha padecido?							
Solicitante 1 (Mes y Año): _____			Solicitante 1: _____							
Solicitante 2 (Mes y Año): _____			Solicitante 2: _____							
Solicitante 3 (Mes y Año): _____			Solicitante 3: _____							
Solicitante 4 (Mes y Año): _____			Solicitante 4: _____							
19. Favor de indicar si alguna vez ha estado hospitalizado para recibir tratamiento por SARS-COV2 (COVID-19).			Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Favor de indicar si alguna vez ha estado contagiado por SARS-COV2 (COVID-19) sin requerir hospitalización.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Ha requerido de alguna cirugía, tratamiento médico, hospitalización o ha tenido algún padecimiento distinto a los indicados anteriormente?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Algún Solicitante padece o padeció alguna otra enfermedad no referida en los numerales anteriores; el Solicitante esta y/o estuvo en tratamiento; o tiene programada atención médica o quirúrgica?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Responder solo si aplica:		No. de Solicitante	1		2		3		4	
			Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
En caso de haber estado embarazada, ¿ha tenido alguna complicación en alguno de sus embarazos anteriores?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especifique meses de gestación y tipo de complicación.										
Solicitante 1 (Meses y tipo de complicación): _____										
Solicitante 2 (Meses y tipo de complicación): _____										
Solicitante 3 (Meses y tipo de complicación): _____										
Solicitante 4 (Meses y tipo de complicación): _____										
24. Responder solo si aplica:		No. de Solicitante	1		2		3		4	
			Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
¿Algún Solicitante está actualmente embarazada?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especifique meses de gestación.										
25. ¿Se ha practicado o está bajo algún tratamiento de reasignación de sexo?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reasignación de sexo se refiere a los procedimientos y/o tratamientos, sean médicos o no, que modifican las características sexuales de una persona.										
Nota: En caso de respuesta afirmativa, anexe el cuestionario correspondiente a Género.										
Médicos que acostumbra consultar (Aplica para todos los Solicitantes)										
No. de Solicitante	Nombre del Médico	Domicilio Completo				Teléfono				

Sin texto en los espacios

Apartado "A" del Cuestionario Médico, información a detalle para casos de preguntas con respuesta afirmativa.

No. de Solicitante: _____ Nombre de la enfermedad o accidente: _____
Tratamiento: _____ ¿Estuvo hospitalizado? Si No Estado actual de salud: _____
¿Quedo con alguna complicación? _____ Fecha de inicio (día/mes /año): _____
Nombre completo y cédula del médico tratante: _____

No. de Solicitante: _____ Nombre de la enfermedad o accidente: _____
Tratamiento: _____ ¿Estuvo hospitalizado? Si No Estado actual de salud: _____
¿Quedo con alguna complicación? _____ Fecha de inicio (día/mes /año): _____
Nombre completo y cédula del médico tratante: _____

No. de Solicitante: _____ Nombre de la enfermedad o accidente: _____
Tratamiento: _____ ¿Estuvo hospitalizado? Si No Estado actual de salud: _____
¿Quedo con alguna complicación? _____ Fecha de inicio (día/mes /año): _____
Nombre completo y cédula del médico tratante: _____

No. de Solicitante: _____ Nombre de la enfermedad o accidente: _____
Tratamiento: _____ ¿Estuvo hospitalizado? Si No Estado actual de salud: _____
¿Quedo con alguna complicación? _____ Fecha de inicio (día/mes /año): _____
Nombre completo y cédula del médico tratante: _____

¿Desea manifestar algún hecho importante o relevante para la apreciación del riesgo?

Conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se deben declarar todos los datos requeridos en esta solicitud tal y como los conozca o deba conocerlos en forma verídica al momento de firmar, en la inteligencia que la omisión o inexacta declaración de la información solicitada, la cual es la base para la apreciación del riesgo, facultará a Latino Seguros, para rescindir el contrato celebrado aunque tales datos no hayan influido en la causa del siniestro en términos de lo previsto por los artículos 8, 9 y 10 en relación con el 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Por lo anterior en mi carácter de Solicitante 1 - Titular y/o Contratante y en representación de los demás solicitantes, bajo protesta de decir verdad declaro que todos los hechos aquí mencionados son verídicos y estoy de acuerdo en que con base en ellos, la aseguradora valorará el riesgo a contratar.

Adicionalmente autorizo a los médicos, hospitales o clínicas que me hayan asistido o a los que hayan accedido para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad y para el efecto, relevo a las personas arriba mencionadas del secreto profesional, aceptando que se proporcione a **La Latinoamericana Seguros, S.A.** la información que ésta le requiera.

APARTADO "A"

Datos para la contratación

Vigencia solicitada: Desde (día/mes/año): _____ Hasta (día/mes/año): _____

Instrumentos de pago

Tarjeta: Efectivo Agente Crédito Débito
Forma de pago: Anual Semestral Trimestral Mensual

Datos de identificación de quien solicita el seguro

¿Existe alguna persona además del Contratante y Solicitante 1 - Titular que obtiene los beneficios de este seguro?

Si responder la sección A, C y E del formato Entrevista No

¿Cuál es el origen de los recursos con los que pagará la prima de la póliza? _____

Se deberá responder (2)

En caso de que el Contratante y/o Solicitante 1 - Titular sean diferentes, el Proponente deberá responder la sección A y E del formato de Entrevista.

Nacionalidad (2): Mexicana Extranjera ¿Cuál? _____

País de nacimiento(2): _____

Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada (1) : _____

Correo electrónico(1): _____

Teléfono (2): _____

Verificación de la identificación del Contratante y/o Solicitante 1 - Titular por el Agente (Solo si la prima es mayor a 2,500 dólares americanos o su equivalente en moneda nacional)

Tipo de identificación (2): _____ Número (2): _____ Emisor (2): _____

NOTAS

En caso de que la prima rebase los 7,500 dólares americanos o su equivalente en moneda nacional deberá responder el formato de entrevista sección A y B

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

(2) Datos indispensables si la prima es mayor a 2,500 dólares americanos o su equivalente en moneda nacional.

Importante

Declaro que el origen y procedencia de los recursos a ser aportados con motivo del contrato de seguro que derive de la presente solicitud, son de procedencia lícita. Asimismo, manifiesto que los datos proporcionados en este acto son verídicos y autorizo a **La Latinoamericana Seguros, S.A.**, para corroborar esta información.

Si solicita el Seguro por cuenta propia indicar

Si solicita el Seguro por cuenta de un tercero indicar:

Nombre y firma del Solicitante 1 - Titular

Nombre y firma del Contratante o Representante / Apoderado

El pago de la indemnización está sujeto a que el siniestro ocurra dentro de la vigencia de la póliza y se pagará de acuerdo con los términos y condiciones descritos en la Documentación Contractual. El Contratante estará obligado a declarar por escrito a Latino Seguros, de acuerdo con la Solicitud y cuestionarios relativos, 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, facultará a Latino Seguros, para rescindir de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro; por lo que me obligo a contestar verazmente este documento y declarar cualquier dato importante relacionado con este contrato. Declaro conocer y estar de acuerdo con el contenido de las Condiciones Generales aplicables del seguro que se solicita, mismas que me han sido explicadas a mi satisfacción.

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: _____

Importante

En caso de solicitar la recepción de las Condiciones Generales vía correo electrónico, las mismas se tendrán por recibidas al momento en que Latino Seguros realice su envío al correo electrónico señalado en el presente documento, y dicha recepción surtirá los efectos correspondientes que una entrega física de las Condiciones Generales aplicables al seguro solicitado, mismas que también podrá consultar en la página latinoseguros.com.mx.

De igual forma, acepto y autorizo que Latino Seguros, pueda enviarme de manera enunciativa y no limitativa cualquier documento, comunicación y/o notificación relacionada con el seguro solicitado, incluyendo requerimientos de información, datos sobre reclamaciones, determinaciones de procedencia o improcedencia de las mismas o documentos tales como la carátula de póliza, sus renovaciones, endosos, notificaciones de rescisiones.

Cualquier modificación o cambio en la dirección de correo electrónico del suscrito solicitante, deberá ser notificada a Latino Seguros por escrito, al domicilio ubicado en Eje Central Lázaro Cárdenas 2, Piso 8, C.P.: 06000, Colonia Centro, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, en caso de no hacerlo, cualquier documento, comunicación y/o notificación se tendrá por hecha al correo electrónico indicado y surtirá sus efectos plenamente.

Cualquier duda o comentario, ponemos a tu disposición el Área de Unidad de Atención Especializada en los siguientes números telefónicos: 800 0011 900, 55 5130 2800 ext. 1633, en el correo electrónico: unidad_especializada@latinoseguros.com.mx o directamente en: Eje Central Lázaro Cárdenas 2, Piso 8, C.P.: 06000, Colonia Centro, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México.

El Seguro solicitado cuenta con limitaciones y exclusiones, las cuales están contenidas en las Condiciones Generales, mismas que pueden ser consultadas en la página web: www.latinoseguros.com.mx

Este documento solo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma sea aceptada por La Latinoamericana Seguros, S.A., ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Aviso de privacidad Clientes o Beneficiarios

Latino Seguros con domicilio en Eje Central Lázaro Cárdenas No. 2, 8º Piso, Centro, C.P. 06000, 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, movimientos migratorios e información de geolocalización), 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. Así mismo, 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 Latino Seguros; c) por correo electrónico: protecciondatos@latinoseguros.com.mx; o d) comunicándose al 55-5130-2800 ext. 1339, 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 Latino Seguros (latinoseguros.com.mx). La firma del presente documento constituye el otorgamiento del consentimiento expreso del titular de los datos personales a 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 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 Latino Seguros no es responsable del contenido de información generada por terceros, incluidos estudios clínicos.

DECLARACIONES PERSONAS FÍSICAS (Campos obligatorios)

1. Declaro que actúo por cuenta propia.
 - a. En caso de actuar por cuenta de un tercero, llenar el formulario correspondiente.
 2. ¿Desempeñas o has desempeñado tú o tu cónyuge o un familiar (padres, hermanos, abuelos, hijos, nietos tuyos o de tu cónyuge) funciones públicas destacadas en territorio nacional o extranjero? Si No
- En caso afirmativo, indique el nombre del cargo y órgano donde se desempeña el cargo.

Nombre de la persona políticamente expuesta: _____

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

Lugar y fecha

Nombre y firma del Contratante o Solicitante 1 - Titular
responsable 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 y hago constar que verifiqué la información de este formato y corresponde a los documentos entregados por el Contratante, así mismo coteje los presentes documentos con el original y/o copias certificadas que tuve a la vista y que la firma del Solicitante 1 - Titular 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 completo del Agente de Seguros
que promueve o intermedia el 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 registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 5 de enero de 2024 con el número CNSF-S0013-0003-2024 / CONDUSEF-006254-01, y a partir del 30 de abril de 2024, con el registro CONDUSEF-G-01615-001.

La Latinoamericana Seguros

Sin texto en los espacios

Sin texto en los espacios

Sin texto en los espacios

Sin texto en los espacios

Sin texto en los espacios

Sin texto en los espacios