



**SOLICITUD
GASTOS MÉDICOS MAYORES
COLECTIVO MÉDICA LATINO**

Eje Central Lázaro Cárdenas 2,
8° Piso, 06000, Ciudad
de México.
Tel.: 555130-2800
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
Alcaldía o Municipio		Ciudad o Población		Entidad Federativa
Responder solo si la prima es mayor a 2,500 USD o su equivalente en moneda nacional				
Nacionalidad(2) _____			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) _____				
Aporado 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 PLD FO-01 (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 <input type="checkbox"/> responder la sección A y C del formato PLD FO-01(entrevista) No <input type="checkbox"/>				
¿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)) _____				
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 <input type="checkbox"/> Después de transcurridos <input type="checkbox"/> (Especificar tiempo) _____				
La presente solicitud de aseguramiento tiene por objeto la expedición de una póliza de seguro que garantice prestaciones u obligaciones Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				

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 _____

Deducible por evento _____ (Mínimo 1 máximo 15)

Coaseguro por evento

5% <input type="checkbox"/>	10% <input type="checkbox"/>	15% <input type="checkbox"/>	20% <input type="checkbox"/>
\$ 30,000	\$ 50,000	\$ 70,000	\$ 75,000

Con tope de coaseguro Si No

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 UMA* 35 UMA* 40 UMA* 45 UMA* GUA***

Latino Médica 200 25 UMA* 30 UMA* 35 UMA*

Latino Médica 300 20 UMA*

Coberturas Opcionales

Deportes peligrosos Ampliación de la Cobertura en el Extranjero Preexistencia** Pago de complementos**

*Unidades de Medida y Actualización.

**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:

NOTAS:

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

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

Nombre y firma del Solicitante

Nombre

Firma

Si solicita el seguro por cuenta de un tercero indicar

Nombre del representante o apoderado

Nombre del asegurado o contratante

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 800 0011 -900, 555130-28 -00 ext.1633, en el correo electrónico unidad_especializada@latinoseguros.com.mx o directamente en Eje Central Lázaro Cárdenas numero 2 Piso 8 Colonia Centro Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México.

Fecha en _____ el _____ de _____ de _____

Nombre y firma del Proponente o Contratante

Aviso de privacidad

La Latinoamericana Seguros S.A. (“La Latino”), con domicilio en Eje Central Lázaro Cárdenas No. 2, 8º piso, Centro, Cuauhtémoc, 06007, 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, 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), proporcionados mediante la solicitud, cuestionarios o formatos del seguro o por cualquier medio o tecnología, o los que se generen de la relación que se establezca 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 obligaciones de conformidad con la Ley sobre el Contrato de Seguro y demás normatividad aplicable. 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 las autoridades que los requieran con el fin de cumplir con obligaciones legales, así como a otras Aseguradoras para fines de selección de riesgos. 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, revocar su consentimiento, o limitar el uso y divulgación de sus datos utilizando el procedimiento que se encuentra a su disposición en la página de internet: latinoseguros.com.mx, sección “Aviso de Privacidad”, por escrito dirigido al Oficial de Protección de Datos Personales, en el domicilio de La Latino, al correo electrónico: protecciondatos@latinoseguros.com.mx o comunicarse al 555130-2800 ext. 1338. Las modificaciones al presente Aviso de Privacidad, estarán a su disposición en el domicilio y/o la página de internet de La Latino. El llenado del presente documento constituye el otorgamiento de mi consentimiento expreso a La Latino para el tratamiento de mis datos personales.

Fecha de actualización: 10 de octubre de 2016.

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

Lugar y fecha

Nombre y Firma del titular 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 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