

CONSENTIMIENTO DE SEGURO COLECTIVO PARA ALTERACIONES DE LA SALUD Y ACCIDENTES

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

Este documento no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras

Datos de la póliza				
Número de póliza anterior		Número de póliza		
Número de certificado		Número de filial		
Datos del posible asegurado titular				
Nombre completo _____				
Fecha de Nacimiento		R. F. C.		C.U.R.P. (1)
Domicilio:	Calle	Número (Exterior e Interior)	Código Postal	Colonia
Delegación o Municipio		Ciudad o Población		Entidad Federativa
Ocupación preponderante		Tiempo que lleva desempeñándola		Ingresos anuales
Nombre de la empresa en que labora		Giro de la empresa		Fecha de ingreso a la empresa día/mes/año
Detalle en que consisten sus labores				
¿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"/> (En caso afirmativo indicar en la sección del cuestionario médico)
Datos generales		Beneficiarios		Parentesco % de S.A.
Suma asegurada	Categoría			
Otros (Aplica al posible Asegurado titular y sus dependientes)				
¿ Ha sido rechazado <input type="checkbox"/> extraprimado <input type="checkbox"/> aplazado <input type="checkbox"/> o le han aplicado endosos de exclusión <input type="checkbox"/> en alguna solicitud de seguro?				
En caso afirmativo dar detalles _____				
¿Ha presentado reclamaciones de Gastos Médicos o Accidentes Personales en esta o en otras compañías? En caso afirmativo indique (si requiere más espacio anexar información en hoja adicional):				
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Nombre de la compañía		Motivo de la reclamación (diagnóstico del padecimiento)		

Aficiones, deportes y aviación

	Deporte y/o afición que practica	¿Lo practica como profesional?	¿Participa en competencias?	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"/>		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.

¿Hace uso de aeronaves como pasajero? Si No En caso afirmativo indicar:

Utiliza Avión Helicóptero

Vuela por Placer Negocio y/o trabajo

Los vuelos los efectúa en aeronaves Comerciales Del gobierno Propias Particulares Empresa Otras

Indique horas de vuelo Durante el último año _____ Próximo año _____

¿Desea cubrir el riesgo? Si No

Hábitos de fumar

	¿Usted fuma?	¿Usted ha fumado?	¿Usted que fuma?	Si actualmente no fuma ¿En qué fecha dejó de fumar?	¿Cuántos fuma o fumaba al día?
Titular	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cigarrillo <input type="checkbox"/> Puro <input type="checkbox"/> Pipa <input type="checkbox"/>		

Hábitos de drogas y bebidas alcohólicas

	¿Usted ha usado drogas o estupefacientes?(en caso de amplia información)	¿Ingiere bebidas alcohólicas?	Clase/tipo de bebida	Frecuencia
Titular	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Peso y estatura

	Estatura	Peso	¿Ha variado su peso en los últimos 12 meses?	kilogramos Aumentados	kilogramos Disminuidos	Causa
Titular			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

Responder solo si la prima es mayor a 2,500 USD o su equivalente en moneda nacional

Nacionalidad Mexicana Extranjera ¿Cuál? _____ E-mail(1) _____

País de nacimiento _____

Número de serie de la firma electrónica avanzada(1) _____ Teléfono _____

Datos de identificación de quien solicita el seguro

¿Existe alguna persona además del Asegurado o Beneficiario que obtiene los beneficios de este seguro?

Si responder la sección A y C del formato Entrevista No

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

Verificación de la identificación del posible Asegurado por el Agente (solo si la prima es mayor a 2,500 dólares americanos 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)) _____ Clave _____

Importante

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, facultará

NOTAS:

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

a La Latinoamericana Seguros, S. A., 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. 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. Cualquier duda o comentario esta a su disposición el área de Unidad de Atención Especializada en los siguientes números telefónicos 800 0011-900, 55 5130-28-00 ext.1633, en el correo electrónico unidad_especializada@latinoseguros.com.mx! o! directamente! en! Eje! Central! Lázaro! Cárdenas! número! 2! Piso! 8! Colonia! Centro! Alcaldía! Cuauhtémoc,! México,! D.F.

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, 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 Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares; 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 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

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 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. Fecha de la última actualización al presente Aviso de Privacidad: 23 de Octubre de 2013.

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

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

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 25 de julio de 2024, con el número PPAQ-S0013-0019-2024 / CONDUSEF-006339-02.