

## SOLICITUD SEGURO COLECTIVO PARA ALTERACIONES DE LA SALUD Y ACCIDENTES

**Este documento no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras**

<b>Datos del Proponente, Persona Física (PF) Persona Moral (PM)</b>				
Nombre completo /Denominación o Razón Social				
Fecha de Nacimiento o Constitución		R. F. C.		C.8.R.P. (1)
Domicilio:	Calle	Número (Exterior e Interior)	Código Postal	Colonia
Delegación o Municipio		Ciudad o Población		Entidad Federativa
<b>Dato de la Colectividad</b>				
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 <input type="checkbox"/> Contractuales <input type="checkbox"/> Voluntarias empleado <input type="checkbox"/> Voluntarias empresa <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> _____				
Porcentaje o cantidad con la que los miembros de la colectividad contribuirán al pago de la prima: _____% \$ _____				
<b>Datos Generales</b>				
Vigencia solicitada desde _____ hasta _____ Día/Mes/Año Día/Mes/Año				
Forma de pago: Efectivo <input type="checkbox"/> Otro _____ Periodo de pago: Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>				
<b>Opciones para la contratación del seguro de Gastos Médicos Mayores en moneda</b>				
Suma Asegurada _____				
Deducible por evento _____ Expresado en pesos:				
Coaseguro por evento 5% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 15% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/>				
<b>Competencias</b>				
Nacional <input type="checkbox"/>		Internacional <input type="checkbox"/>		Vigencia: 1 a 30 días <input type="checkbox"/>
			Vigencia: 1 a 90 días <input type="checkbox"/>	

¿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:

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

Nacionalidad (2) Mexicana  Extranjera  ¿Cuál? \_\_\_\_\_ E-mail(1) \_\_\_\_\_

País de nacimiento (solo persona física) \_\_\_\_\_

Ocupación, profesión, actividad o giro del negocio Número \_\_\_\_\_ Folio mercantil (solo persona moral) \_\_\_\_\_

de serie de la firma electrónica avanzada (1) Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

completo del apoderado legal (solo persona moral) \_\_\_\_\_

Apoderado 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 Entrevista

**Datos de identificación de quien solicita el seguro**

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

**NOTAS:**

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

**Importante**

Declaro que el origen y procedencia de los recursos que lleguen a ser aportados con motivo del contrato de seguro que en su caso se llegue a celebrar derivado de la presente solicitud de aseguramiento, son de procedencia lícita, Asimismo, manifiesto que los datos proporcionados en este acto son verídicos y autorizo a La Latinoamericana, Seguros, S.A., para que corrobore esta información de estimarlo conveniente y/o necesario.

Actúo por cuenta propia \_\_\_\_\_ Actúo por cuenta de un tercero \_\_\_\_\_  
Nombre y firma Nombre y firma del proponente

Nombre del posible Asegurado titular \_\_\_\_\_  
(Solo en caso de actuar en nombre del posible Asegurado titular)

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 [latinoaseguros.com.mx](http://latinoaseguros.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 está a su disposición el área de Unidad de Atención Especializada en los siguientes números telefónicos 800 011 900, 55 5130 28 00 ext.1633, en el correo electrónico [unidad\\_especializada@latinoseguros.com.mx](mailto: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 integral

**La Latinoamericana Seguros, S. A. (“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; Además en caso de ser necesario 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; En caso de no estar de acuerdo con el tratamiento de sus datos personales para los fines indicados o no estar de acuerdo con el presente aviso deberá manifestarlo en el espacio destinado para tal fin 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](http://latinoseguros.com.mx), sección “Aviso de Privacidad”; b) por escrito dirigido al Oficial de Protección de Datos Personales, en el domicilio de La Latino Seguros; c) por correo electrónico: [protecciondatos@latinoseguros.com.mx](mailto: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](http://latinoseguros.com.mx)).

Este Aviso de Privacidad puede actualizarse sin previo aviso, la versión más reciente se publicará en nuestro sitio web con la fecha de entrada en vigor. La firma del presente documento constituye el otorgamiento del consentimiento expreso del titular de los datos personales a La 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 La 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 La Latino Seguros no es responsable del contenido de información generada por terceros, incluidos estudios clínicos.

Para cualquier pregunta sobre este Aviso de Privacidad o nuestras prácticas de privacidad contáctanos por correo electrónico: [protecciondatos@latinoseguros.com.mx](mailto:protecciondatos@latinoseguros.com.mx); o comunicándose al 55-5130-2800 ext. 1339, o al 01-800-001-1900 del interior de la República.

Fecha de actualización: 22 de noviembre de 2023.

Autorizo a La Latinoamericana Seguros, S. A., para tratar mis datos para ofrecimiento y/o prospección comercial. Si  No

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Contratante

\_\_\_\_\_  
Firma del Contratante

**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 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 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.**