



**SOLICITUD  
GASTOS MÉDICOS MAYORES  
COLECTIVO MÉDICA LATINO**

Eje Central Lázaro Cárdenas 2,  
8° Piso, 06000, CDMX.  
Tel.: 55 5130-2800  
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                   |
| 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  | <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: _____% \$ _____   |                          |  |                              |                                      |
| Datos Generales  |                          |  |                              |                                      |
| Vigencia solicitada desde _____ hasta _____<br>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"/>  |                          |  |                              |                                      |
| Opciones para la contratación del seguro de Gastos Médicos Mayores en moneda   |                          |  |                              |                                      |
| Suma Asegurada _____   |                          |  |                              |                                      |
| Deducible por evento _____ UDCMVCMX* (Mínimo 1 máximo 15)  |                          |  |                              |                                      |
| Coaseguro por evento   |                          | 5% <input type="checkbox"/>                                | 10% <input type="checkbox"/> | 15% <input type="checkbox"/>         |
|  |                          | 20% <input type="checkbox"/>                               |                              |                                      |
| Con tope de coaseguro  |                          | Si <input type="checkbox"/>                                | No <input type="checkbox"/>  |                                      |
|  |                          | \$ 30,000  | \$ 50,000                    | \$ 70,000                            |
|  |                          | \$ 75,000  |                              |                                      |

**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 UDCMVCMX\*  35 UDCMVCMX\*  40 UDCMVCMX\*  45 UDCMVCMX\*  GUA\*\*\*

Latino Médica 200 25 UDCMVCMX\*  30 UDCMVCMX\*  35 UDCMVCMX\*

Latino Médica 300 20 UDCMVCMX\*

### Coberturas Opcionales

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

\*Unidad de Cuenta Mensual Vigente en la Ciudad de México

\*\*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:

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 \_\_\_\_\_ Folio mercantil (solo persona moral) \_\_\_\_\_

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

Nombre 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?

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 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 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, 55 5130-28-00 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, CDMX

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

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Proponente o Contratante

#### Aviso de privacidad integral

La Latinoamericana Seguros S.A. ("La Latino"), con domicilio en Eje Central Lázaro Cárdenas No. 2, 8° 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 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 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 14 de mayo de 2024 con el número CNSF-S0013-0006-2024 / CONDUSEF-006428-01