

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

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 (dd/mm/aaaa):	R.F.C. con homoclave:		
C.U.R.P. :	Régimen Fiscal:		
Correo electrónico:	Teléfono:		
Domicilio			
Calle:			
Número exterior:	Número interior:	Colonia:	Código postal:
Alcaldía o Municipio:	Estado:		

En el caso de Persona Moral, deberá presentar identificación del apoderado legal y comprobante de domicilio del contratante.

Datos de la persona a asegurar Solicitante 1 - Titular

Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombre (s):
Denominación o Razón Social:	Giro Comercial:	
Fecha de nacimiento o constitución (dd/mm/aaaa):	R.F.C. con homoclave:	
C.U.R.P. :	Género de nacimiento: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	
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 [*]:	
Correo electrónico:	No. de identificación fiscal extranjeros:	
País que emite [*]:		
En el último año ¿Ha desempeñado algún cargo de Gobierno Estatal, Municipal o Federal? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
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:

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 o constitución (dd/mm/aaaa):	
C.U.R.P. :	Género de nacimiento: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	
Parentesco con el Solicitante 1 - Titular:	Ocupación (detallar sus actividades):	

Datos de la persona a asegurar Solicitante 3 (Dependiente económico del Solicitante 1 - Titular)

Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombre (s):
Estado Civil:	Fecha de nacimiento o constitución (dd/mm/aaaa):	
C.U.R.P. :	Género de nacimiento: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	
Parentesco con el Solicitante 1 - Titular:	Ocupación (detallar sus actividades):	

Datos de la persona a asegurar Solicitante 4 (Dependiente económico del Solicitante 1 - Titular)

Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombre (s):
Estado Civil:	Fecha de nacimiento o constitución (dd/mm/aaaa):	
C.U.R.P. :	Género de nacimiento: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	
Parentesco con el Solicitante 1 - Titular:	Ocupación (detallar sus actividades):	

[*] Opcional.

Condiciones para la contratación

Suma Asegurada	Coaseguro por evento			
Desde \$400,000 M.N. hasta \$80,000,000 M.N.	5% <input type="checkbox"/> Sin tope. <input type="checkbox"/> \$20,000 M.N. <input type="checkbox"/> \$30,000 M.N. <input type="checkbox"/> \$40,000 M.N.	10% <input type="checkbox"/> Sin tope. <input type="checkbox"/> \$30,000 M.N. <input type="checkbox"/> \$40,000 M.N. <input type="checkbox"/> \$50,000 M.N.	15% <input type="checkbox"/> Sin tope. <input type="checkbox"/> \$50,000 M.N. <input type="checkbox"/> \$60,000 M.N. <input type="checkbox"/> \$70,000 M.N.	20% <input type="checkbox"/> Sin tope. <input type="checkbox"/> \$55,000 M.N. <input type="checkbox"/> \$65,000 M.N. <input type="checkbox"/> \$75,000 M.N.
Deducible por evento (SMM)				
Desde 1 SMM hasta 55 SMM*				

Nivel Hospitalario y Honorarios Quirúrgicos (Aplica según la zona geográfica de residencia)

Latino Médica 100 (LM 100) <input type="checkbox"/>	GUA (Gasto Usual y Acostumbrado) <input type="checkbox"/>
Latino Médica 200 (LM 200) <input type="checkbox"/>	45* <input type="checkbox"/> 40* <input type="checkbox"/> 35* <input type="checkbox"/> 30* <input type="checkbox"/> 25* <input type="checkbox"/> 20* <input type="checkbox"/>

Coberturas opcionales	Si	No	Coberturas opcionales	Si	No
Ampliación de la Cobertura en el Extranjero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Preexistencia declarada**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beneficio Continuidad de Cobertura Familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pago de complementos**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Catastróficas en el Extranjero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deportes Peligrosos***	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Salario Mínimo General Mensual Vigente en el Ciudad de México.

**Anexar relación de padecimientos, incluyendo diagnóstico emitido de la enfermedad, fecha de ocurrido y montos reclamados, examen médico indicando su estado actual de salud, estudios de gabinete y/o laboratorios, relacionados al o los padecimientos.

***Anexar cuestionario de deportes peligrosos.

Forma de pago

Forma de pago: Anual Semestral Trimestral Mensual

Reconocimiento de antigüedad

Nota: En caso de solicitar reconocimiento de antigüedad es necesario anexar cualquiera de los siguientes documentos:
1) Carátula y comprobante de pago de la póliza cuya vigencia acaba de concluir o, 2) Constancia (carta) de reconocimiento de antigüedad expedida por la última compañía.

Aplica para todos los Solicitantes

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

No. de Solicitante:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Nombre de la compañía
---------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------

Detalles:

No. de Solicitante:	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Nombre de la compañía
---------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------

Detalles:

¿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. Visita o asiste a obra de construcción, opera maquinaria pesada									
2. Trabaja con explosivos, solventes, productos químicos peligrosos o sustancias radioactivas, fertilizantes, pesticidas, herbicidas o similares.									
3. Utiliza, maneja o su trabajo esta relacionado con el uso de portación de arma de fuego seguridad o rescate.									
4. Utiliza motocicleta y/o viaja en aviones particulates más de 40 horas anuales.									

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

¿Algún Solicitante práctica algún Deporte de manera profesional?

No. de Solicitante	¿Desea cubrir el riesgo?	Deporte	Frecuencia semanal	Práctica profesional (percibe remuneración)
1	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Hasta 3 <input type="checkbox"/> Más de 3 veces <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Hasta 3 <input type="checkbox"/> Más de 3 veces <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Hasta 3 <input type="checkbox"/> Más de 3 veces <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Hasta 3 <input type="checkbox"/> Más de 3 veces <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

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

Hábitos (Aplica para todos los Solicitantes)

No. de Solicitante	¿Algún Solicitante ingiere o ha ingerido bebidas alcohólicas?		Desde - Hasta		Cantidad y Frecuencia	Tipo
	Si	No	Año	Año		
1						
2						
3						
4						

No. de Solicitante	¿Consumo o ha consumido algún tipo de estupefaciente o droga?		Desde - Hasta		Cantidad y Frecuencia	Tipo	¿Algún Solicitante fuma o fumó (incluyendo cigarro electrónico??)		Desde - Hasta		Cantidad y Frecuencia	Tipo
	Si	No	Año	Año			Si	No	Año	Año		
1												
2												
3												
4												

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		Solicitante 2		Solicitante 3		Solicitante 4	
Mts.	Kgs.	Mts.	Kgs.	Mts.	Kgs.	Mts.	Kgs.

Pregunta	No. de Solicitante	1		2		3		4	
		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
2. ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?									
a. ¿Usted padece o ha padecido de enfermedades, afecciones o lesiones: neurológicas y/o cerebrovasculares entre ellos hemorragia o derrame cerebral, infarto, isquemia o embolia cerebral, esclerosis múltiple; lupus eritematoso; endocrinológicas o metabólicas como diabetes mellitus, tiroides, colesterol y/o triglicéridos altos, obesidad; oculares como miopía, astigmatismo, hipermetropía, cataratas, glaucoma; del aparato respiratorio, nariz, senos paranasales, sinusitis, enfisema pulmonar, dificultad respiratoria, asma, bronquitis?									
b. ¿Usted padece o ha padecido de enfermedades, afecciones o lesiones: cardiovasculares incluyendo angina de pecho, arritmias, infartos, colocación de stent, embolias, trombosis o várices en cualquier parte del cuerpo; del aparato digestivo, afecciones del esófago, hernia hiatal, úlcera gástrica, úlcera duodenal, de vesícula incluyendo piedras, afecciones hepáticas como cirrosis, insuficiencia hepática, hepatitis B, hepatitis C, colitis o colon irritable?									
c. ¿Usted padece o ha padecido de enfermedades, afecciones o lesiones: del aparato genitourinario, renales entre ellos insuficiencia renal de cualquier tipo, cálculos o piedras en el riñón o vías urinarias, de la próstata, miomatosis uterina, quistes ováricos; de los huesos y/o articulaciones. artritis reumatoide, artrosis, osteoporosis; de la columna vertebral incluyendo deformidades; hipertensión arterial (presión arterial alta); cáncer, linfomas, leucemia, tumoraciones de cualquier tipo; hernias de cualquier tipo; VIH, SIDA o seropositivo al VIH; Covid-19?									
d. ¿Padece o ha padecido algún accidente, enfermedad o padecimiento no mencionado en las preguntas a, b y c?									
e. ¿Ha sido hospitalizado en los últimos 5 años?									
f. ¿Se le ha practicado y/o tiene pendiente alguna intervención quirúrgica, hospitalización, estudios de laboratorio y/o gabinete por cualquier causa, incluyendo cesárea u otras?									
g. Condiciones congénitas o cromosómicas									
3. ¿Se ha practicado o está bajo algún tratamiento de reasignación de sexo?		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No

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.

Exclusivo para Mujeres

Pregunta	No. de Solicitante	1		2		3		4	
4. ¿Ha necesitado atención médica y/o quirúrgica por afecciones en las glándulas mamarias, ovarios, útero (matriz) o por trastornos en la menstruación?		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No

Pregunta	No. de Solicitante	1		2		3		4	
5. ¿Ha presentado complicaciones durante el embarazo?		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No

6. ¿Está embarazada actualmente? En caso afirmativa indicar tiempo (meses) de embarazo y fecha de la última menstruación.

No. de Solicitante: _____ Meses de embarazo: _____ Fecha de la última menstruación (dd/mm/aaaa): _____

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.

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) Sólo 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: _____

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 sólo 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

La Latinoamericana Seguros S.A. ("La Latino"), con domicilio en Eje Central Lázaro Cárdenas No. 2, 8° piso, Centro, Cuauhtémoc, 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, 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. El Aviso de Privacidad Integral y las modificaciones al mismo, estarán a su disposición en el domicilio y/o la página de internet de La Latino latinoseguros.com.mx, sección "Aviso de Privacidad". El llenado del presente documento constituye el otorgamiento de mi consentimiento expreso a La Latino para el tratamiento de mis datos personales.

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

DECLARACIONES PERSONAS FÍSICAS (Campos obligatorios)

- Declaro que actúo por cuenta propia.
 - En caso de actuar por cuenta de un tercero, llenare el formulario correspondiente.
 - ¿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 La Latino, 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 que 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 23 de junio de 2025 con el número CNSF-S0013-0133-2025 / CONDUSEF-006839-02 y CONDUSEF-G-01615-001.