



## CONSENTIMIENTO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES COLECTIVO MEDICA LATINO

Este documento no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras

Eje Central Lázaro Cárdenas 2,  
8° Piso, 06007, Ciudad de México  
Tel.: 5130-2800 Fax: 5130-2821  
www.latinoseguros.com.mx

Datos de la póliza				
Número de póliza anterior		Número de póliza		
Número de certificado		Número de filial		
Datos del posible asegurado titular				
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre (s)
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/ Actividad		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)
Responder solo si la prima es mayor a 2,500 USD o su equivalente en moneda nacional				
Nacionalidad _____		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 <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 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 _____

Datos generales						
Suma asegurada				Categoría		
Dependientes económicos del posible asegurado que desea incluir en el seguro de Gastos Médicos Mayores						
Parentesco con la persona a asegurar	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Fecha de nacimiento dd/mm/aaaa	Sexo	Ocupación
1						
2						
3						
4						
Lugar de nacimiento		Domicilio completo				
1						
2						
3						
4						
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 está o en otras compañías? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
En caso afirmativo indique (si requiere más espacio anexar información en hoja adicional):						
Nombre de la compañía			Motivo de la reclamación (diagnóstico del padecimiento)			
Aficiones, deportes y aviación (Aplica al posible Asegurado titular y sus dependientes)						
	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"/>	
Dependiente 1		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Dependiente 2		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Dependiente 3		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Dependiente 4		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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo indicar:						
Utiliza Avión <input type="checkbox"/> Helicóptero <input type="checkbox"/>						
Vuela por Placer <input type="checkbox"/> Negocio y/o trabajo <input type="checkbox"/>						
Los vuelos los efectúa en aeronaves Comerciales <input type="checkbox"/> Del gobierno <input type="checkbox"/> Propias <input type="checkbox"/> Particulares <input type="checkbox"/> Empresa <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/>						
Indique horas de vuelo Durante el último año _____ Próximo año _____						
¿Desea cubrir el riesgo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
Hábitos de fumar (aplica la persona a asegurar titular y sus dependientes)						
	¿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"/>			
Dependiente 1	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"/>			
Dependiente 2	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"/>			
Dependiente 3	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"/>			
Dependiente 4	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 (aplica al posible asegurado titular y sus dependientes)							
	¿Usted ha usado drogas o estupefacientes? (en caso afirmativo dar 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"/>			
Dependiente 1	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
Dependiente 2	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
Dependiente 3	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
Dependiente 4	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
Peso y estatura (aplica la persona a asegurar Titular y sus dependientes)							
	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"/>			
Dependiente 1			Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
Dependiente 2			Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
Dependiente 3			Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
Dependiente 4			Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
Cuestionario Médico (Aplica al posible asegurado titular y sus dependientes)							
Antecedentes familiares							
	Sanos	Diabetes	Padecimientos y/o enfermedades cardiovasculares		Cáncer	Edad	En caso de fallecimiento especificar la causa
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Hermanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<b>Si ambos padres del posible Asegurado titular y/o de sus dependientes son diabéticos, se requiere examen médico.</b>					<b>Indique quién</b> _____		
Información médica(en caso de alguna respuesta afirmativa indique el detalle en el apartado 5 de esta sección)							
1. ¿Algún solicitante padece o ha padecido alguna enfermedad como hipertensión arterial, infarto, hepatitis, diabetes, epilepsia, esclerosis, fiebre reumática, SIDA, cáncer, tumores, enfermedades mentales, pulmonares, renales, neurológicas y cardiovasculares? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
2. ¿Algún solicitante ha sido hospitalizado o le han hecho alguna cirugía por cualquier enfermedad o accidente o alteración congénita o reconstructiva o estética? especifique causas, secuelas y complicaciones. Fecha y estado actual. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
3. ¿Algún solicitante padece o padeció alguna otra enfermedad no referida en el apartado 1, está y/o estuvo en tratamiento o tiene programada atención médica o quirúrgica? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
4. Exclusivo para mujeres							
Si ha estado embarazada ¿Ha tenido alguna complicación en alguno de sus embarazos anteriores? especifique meses de gestión y tipo de complicación.		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Solicitante	Especificación		
¿ Alguna solicitante está actualmente embarazada? Especifique meses de gestión.		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>				
5. Información a detalle para casos de respuesta afirmativa							
Solicitante	Enfermedad o accidente					¿Estuvo hospitalizado?	
	Tratamiento					Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Estado actual de salud	¿Quedo con alguna complicación?		¿Quedo con alguna complicación?		Fecha de inicio día/mes/año		

Información del medico tratante			
Solicitante	Enfermedad o accidente		¿Estuvo hospitalizado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Tratamiento		
Estado actual de salud	¿Quedo con alguna complicación?	¿Quedo con alguna complicación?	Fecha de inicio día/mes/año

Información del medico tratante			
Solicitante	Enfermedad o accidente		¿Estuvo hospitalizado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Tratamiento		
Estado actual de salud	¿Quedo con alguna complicación?	¿Quedo con alguna complicación?	Fecha de inicio día/mes/año

Información del medico tratante			
Solicitante	Enfermedad o accidente		¿Estuvo hospitalizado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Tratamiento		
Estado actual de salud	¿Quedo con alguna complicación?	¿Quedo con alguna complicación?	Fecha de inicio día/mes/año

Información del medico tratante			
¿Desea manifestar algún hecho importante o relevante para la apreciación del riesgo?			

#### NOTAS:

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

#### 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 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](http://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 01800 0011 - 900 , 5130 - 28 - 00 ext. 1633 y 2828 , 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 Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México.

#### 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](http://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](mailto:protecciondatos@latinoseguros.com.mx) o comunicarse al 5130-2800 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