



CONSENTIMIENTO SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES COLECTIVO CENTENARIO

Eje Central Lázaro Cárdenas 2, 8° Piso
06007, México, D. F.
R.F.C. LSE7406056F6
Tel.: 5130-2800 Fax: 5130-2821
www.latinoseguros.com.mx

Este documento no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras

Por el presente otorgo mi consentimiento para quedar asegurado, en los términos que se estipulan en las Condiciones Generales de la Póliza, en caso de ser aceptada la propuesta de aseguramiento.

Número Póliza	Número Certificado	Número SubGrupo
---------------	--------------------	-----------------

Nombre de la Colectividad y/o Proponente

Datos del Contratante y/o Asegurado

Apellido Paterno, Materno, Nombre(s) _____ Sexo Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento Día / Mes / Año Edad Estado Civil R. F. C. con homoclave(1) C.U.R.P. (1)

Nombre de la empresa u organización donde trabaja, en caso de filiales _____

Fecha de ingreso Día / Mes / Año Ocupación Categoría dentro de la misma

Nacionalidad: Mexicana Extranjera (responder la sección A y D del formato PLD FO-01) País de nacimiento _____

Número de serie de la firma electrónica(1) Correo electrónico (1) Teléfono donde se pueda localizar

Domicilio del posible Asegurado

Calle Número (Exterior e Interior) Código Postal Colonia

Delegación o Municipio Ciudad o Población Entidad Federativa

Información particular del posible Asegurado

Ocupación principal	Detalle en que consisten sus labores
---------------------	--------------------------------------

Nombre de la empresa en que labora	Giro de la empresa
------------------------------------	--------------------

Fecha de ingreso a la empresa Día/Mes/Año	Sueldo mensual	Contribuiré al pago de la prima con:
--	----------------	--------------------------------------

¿Utiliza motocicleta para desempeñar sus labores? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Porta arma de fuego para desempeñar sus labores? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Ha sufrido accidentes en el desempeño de sus labores? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (En caso afirmativo dar amplia información)
--	--	---

Validación de la identificación del posible Asegurado por parte del Agente de seguros

Tipo de identificación _____ Número _____ Emisor _____

Nombre de la persona que validó (Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)) _____ Clave _____

Datos Generales

Suma asegurada	Categoría
----------------	-----------

Dependientes económicos del posible Asegurado que desea asegurar en el seguro de Gastos Médicos Mayores Colectivo

Parentesco con el posible Asegurado	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Fecha de nacimiento Día /Mes/Año	Sexo Masculino Femenino	Ocupación
1						
2						
3						
4						

Domicilio particular del(los) dependiente(s) en caso de no ser el mismo del posible Asegurado Titular (Si requiere más espacio anexar información en hoja adicional)

Calle Número (Exterior e Interior) Código Postal Colonia

Delegación o Municipio Ciudad o Población Entidad Federativa

Aficiones y deportes (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.

Hábitos (Aplica al posible Asegurado titular y sus dependientes)						
	¿Usted fuma?	¿Usted a fumado?	¿Usted que fuma?	Si actualmente no fuma ¿En que fecha dejo de fumar?	¿Cuántos cigarrillo al día fuma o fumaba?	
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"/>			

	¿Usted ha usado drogas o estupefacientes? (En caso afirmativo dar amplia información)	¿Hace uso de 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 (El exceso de peso evidente requiere examen médico)

	Estatura	Peso	¿Ha variado su peso en los últimos 12 meses?	Kgs. Aumentados	Kgs. 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)						
Antecedente familiares			Padecen de:			
	Sanos	Diabetes	Corazón (Infarto, dolor, etc.)	Cáncer	Edad	En caso de fallecimiento especificar la causa
Padre	<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"/>	_____	_____
Hermanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Si ambos padres del posible Asegurado titular y/o sus dependientes son diabéticos, se requiere examen médico de quien corresponda. Indique quién _____

Datos clínicos (Aplica al posible Asegurado titular y sus dependientes)						
	Si	No		Si	No	
1. Enfermedades del sistema cardiovascular Hipertensión arterial, infarto al miocardio, angina de pecho, válvulas cardíacas, accidente vascular cerebral, aneurismas, infarto cerebral, arteriosclerosis, marcapasos, arritmias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Enfermedades músculo-esqueléticas Amputaciones, de la columna vertebral, hernia de disco, artritis, articulaciones de rodilla, distrofia muscular progresiva, osteoporosis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Enfermedades digestivas Esofagitis, gastritis, úlceras, colitis, divertículos, hepatitis, pancreatitis, obstrucción intestinal, cirrosis hepática.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Enfermedades del oído y la visión Sordera, otosclerosis, catarata, glaucoma, miopía.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Enfermedades endócrinas Diabetes, de la tiroides, de las glándulas suprarrenales, gota, hiperlipidemia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Enfermedades hematológicas Anemia, lupus eritematoso sistémico, púrpura, policetima vera, de la coagulación, del bazo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Enfermedades neurológicas y mentales Epilepsia y/o crisis convulsivas, parálisis, esclerosis múltiple, neuritis, retardo mental, Síndrome de Down, Alzheimer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Enfermedades neoplásicas Cáncer, tumores malignos, tumores benignos, leucemia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Enfermedades psiquiátricas Depresión, psicosis, esquizofrenia, demencia, delirio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. ¿Antecedentes por alcoholismo o por cualquier hábito de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Enfermedades de transmisión sexual Sífilis, SIDA, complejo relacionado al SIDA, Seropositivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. ¿Se le ha practicado o tiene pendiente alguna intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Enfermedades del sistema respiratorio Neumonía, tuberculosis, enfisema pulmonar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. ¿Le hace falta algún miembro u órgano del cuerpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Enfermedades genitourinarias Insuficiencia renal, nefritis, nefrectomía, de la próstata, testiculares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. ¿Ha sufrido algún accidente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			17. ¿Alguno de los solicitantes ha sido rechazado, o pospuesto para algún seguro de vida, accidentes o de gastos médicos mayores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			18. Muy importante: ¿Padece o ha padecido alguna otra enfermedad NO mencionada en este cuestionario o manifiesta algún signo o síntoma, o ha recibido algún tipo de tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Contestar lo siguiente solo si se trata de mujer						
19. ¿Padece o ha padecido de útero, de los ovarios, endometriosis, preeclampsia, eclampsia, de las glándulas mamarias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. ¿Está embarazada? En caso afirmativo, de cuanto tiempo _____mes(es)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

En caso de que cualquier respuesta sea afirmativa, proporcionar amplia información en el cuadro siguiente.

Número de pregunta	¿Quién?	Nombre de las enfermedades, estudios o tratamientos, tipo de afección e intervenciones	Fecha en que las sufrió o se la(s) practicaron	Duración o número de veces	Condición física actual (sano o en tratamiento)

Médicos tratantes o en su caso al que acostumbra consultar.

Nombre	Domicilio	Teléfono

Datos de identificación del Asegurado

¿Cuenta con más de una póliza contratada con La Latinoamericana, Seguros, S. A.?

Si Especificar _____ No

En respuestas afirmativas responder las secciones indicadas, del formato PLD FO-01

¿Estima que la prima de su póliza es mayor a \$7,500 dólares o su equivalente en moneda nacional?

Si Sección A y H No

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

Si Responder y requisitar sección A, E y H según corresponda. No

Durante el último año, ¿ha desempeñado algún cargo en el gobierno mexicano o extranjero?

Si Sección A, B y C No

¿Los padres, hijos, abuelos, hermanos, nietos, de usted o su cónyuge, concubina o concubinario, desempeña o ha desempeñado durante el último año algún cargo en el gobierno mexicano o extranjero?

Si Sección A, B y C No

¿Es accionista de una o más personas morales y ejerce control sobre ellos?

Si Sección A y G No

¿Cuál es su profesión, ocupación, actividad o giro del negocio? _____

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

Fideicomiso Ahorro Sueldo Herencia Inversión Comisión Venta de bienes, muebles e inmuebles
Pensión Bono Prima Honorarios Aguinaldo Recursos gubernamentales

Comercio, especificar _____ Otros, especificar _____

NOTAS:

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

Importante:

Declaro que el origen y procedencia de los fondos con los que, por cuenta propia o en representación de un tercero habré de operar u opero proceden de actividades lícitas. Asimismo, manifiesto que los datos proporcionados en este acto son verídicos y autorizo a que se corrobore esta información de estimarse conveniente. Declaro que terceros no operarán con mi consentimiento o el de mi representada en los productos, cuentas, contratos o servicios financieros donde actúo y opero, con recursos provenientes de actividades ilícitas, así mismo, manifiesto que no se realizarán transacciones destinadas a favorecer actividades ilícitas.

Actúo por cuenta propia _____
Nombre y firma

Actúo por cuenta de un tercero _____
Nombre y firma del proponente

Nombre del Contratante _____
(Solo en caso de actuar en nombre del Contratante)

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. En caso de que contribuya en el pago de este seguro, declaro que los recursos que utilizare para el pago de este seguro son de procedencia lícita.

Manifiesto que tengo conocimiento de las Condiciones Generales del seguro solicitado, y que las mismas las he consultado en la página www.latinoseguros.com.mx y estoy conforme con las mismas.

“Este documento sólo constituye el consentimiento requerido por el artículo 156 de la Ley sobre el Contrato de Seguro y por tanto, no representa garantía alguna de que el mismo será aceptado por La Latinoamericana, Seguros, S. A., ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud y de éste documento”.

De acuerdo con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y su Reglamento, otorgo mi consentimiento expreso a La Latinoamericana, Seguros, S. A., para el tratamiento de mis datos personales aún los sensibles, patrimoniales y/o financieros, con la finalidad de la contratación de un seguro, así como la evaluación y cuantificación del siniestro en su caso, en los términos específicos del texto publicado en www.latinoseguros.com.mx, página en la que se encuentra también el aviso de privacidad, ambos documentos que declaro conocer y en caso de haber proporcionado datos personales de otros titulares, me obligo a informarles de esta entrega, así como los lugares en donde se encuentran disponibles dichos documentos.

Fecha en _____ el _____ de _____ de _____

Nombre y firma del Contratante

Se previene al solicitante que, conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos importantes a que se refieren las preguntas de esta solicitud, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmar, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho que se le pregunte, podría originar la pérdida de los derechos del Asegurado o del beneficiario en su caso.

Hago constar que leí y me he enterado debidamente y estoy de acuerdo con las Condiciones Generales que contiene la póliza a que la presente solicitud se refiere y me he informado que tanto los datos proporcionados de ésta, como los requisitos médicos que La Latinoamericana, Seguros, S. A. considera necesarios, forman parte de la misma; por lo cual otorgo de manera expresa mi conformidad con las mismas.

Enterado de lo que antecede y para efecto de esta solicitud de seguro, declaro estar dispuesto a pasar un examen médico por mi cuenta si La Latinoamericana, Seguros, S. A. lo estima conveniente. Además autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado, a los hospitales o clínicas a los que haya ingresado para diagnóstico y/o tratamiento de cualquier enfermedad, para que proporcionen a La Latinoamericana, Seguros, S. A., todos los informes que se refieran a mi salud o la de mis dependientes, inclusive todos los datos de enfermedades anteriores. Para tal efecto relevo a las personas arriba mencionadas del secreto profesional en este caso, aceptando que será suficiente la presentación de una copia fotostática de este documento para que se proporcionen a La Latinoamericana, Seguros, S. A. los datos mencionados.

Declaro que todos los datos incluidos en este consentimiento son verídicos, de encontrar que alguna de las aseveraciones aquí descritas sean falsas, acepto que se proceda de acuerdo con las condiciones generales de la póliza, enterado de lo que antecede autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido a mí o a cualquiera de mis dependientes registrados a los hospitales o clínicas a los que se haya ingresado para diagnóstico y/o tratamiento de cualquier enfermedad, para que proporcionen a La Latinoamericana, Seguros, S. A. Todos los informes que se refieran a mi salud o la de mis dependientes, inclusive todos los datos de enfermedades anteriores. Para tal efecto relevo a las personas o instituciones antes mencionadas del secreto profesional, en este caso, aceptando que será suficiente la presentación de una copia fotostática de este documento para que se proporcionen a la compañía los datos relacionados.

Así mismo reconozco que los padecimientos preexistentes (según condiciones generales de la póliza) no quedarán cubiertos en la misma, salvo si fueron expresamente cubiertos por la aseguradora, considerando este documento como parte integrante de mi contrato para todos los efectos a que haya lugar.

Esta información puede ser requerida al momento de presentar mi solicitud de seguro, en caso de reclamación o en cualquier momento que La Latinoamericana, Seguros, S. A. lo considere oportuno. Asimismo autorizo a las Compañías de Seguros a las que previamente he solicitado pólizas, para que proporcionen a La Latinoamericana, Seguros, S. A., la información de su conocimiento para la correcta evaluación de mi solicitud y que a su vez La Latinoamericana, Seguros, S. A., proporcione a cualquier otra empresa del ramo, la información que se derive de esta solicitud y de otras que sean de su conocimiento, a efecto de que pueda evaluar cualquier propuesta de contratación de seguro del ramo que le sea solicitada por mi persona.

Fecha en _____ el _____ de _____ de _____

Nombre y firma del posible Asegurado titular

El Agente de Seguros debe informar de manera amplia y detallada 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.

El Agente de Seguros: declaro y hago constar que verifiqué la información asentada en 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 del que tenga conocimiento en cuanto a esta información del(los) posible(s) Asegurado(s) para la actualización del expediente del mismo.

Nombre completo del Agente de Seguros que promueve o intermedia al producto

Firma

Clave