

SOLICITUD GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL Y/O FAMILIAR Mi Salud Latino

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

Este documento no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras

Declaro que he leído el aviso de privacidad de La Latinoamericana, Seguros, S.A., mismo que se encuentra al final de este documento y estoy de acuerdo en que el tratamiento y uso de los datos personales proporcionados en esta solicitud se efectúe por esa institución en los términos de dicho aviso. Por lo anterior es que el llenado de la presente solicitud de aseguramiento es prueba del otorgamiento de mi consentimiento expreso a dicha institución para el tratamiento de los mismos.

Datos del Contratante, Persona Física o Persona Moral, solo si es diferente al posible asegurado				
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
Delegación o Municipio		Ciudad o Población		Entidad Federativa
Datos del posible asegurado				
Nombre completo _____			Sexo	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento		Lugar 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
Nombre de la empresa en que labora		Especifique en que consisten sus labores		
Ocupación preponderante		Tiempo que lleva desempeñándola		Ingresos anuales
Trabaja en: Oficina <input type="checkbox"/> Taller <input type="checkbox"/> Vía pública <input type="checkbox"/> Comercio <input type="checkbox"/> Otro(s) _____				
¿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 dar amplia información)
Datos de la póliza				
Forma de pago		Número de póliza anterior _____		Número de Cotización _____
Mensual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/>				
Trimestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/>				
Opciones para la contratación del seguro de Gastos Médicos Mayores en moneda nacional				
Plan Solicitado				
Suma asegurada _____		Deducible por evento _____		SMGMVDF(2)
Nivel hospitalario _____		Coaseguro por evento _____		%
		Base catálogo de Honorarios quirúrgicos _____		SMGMVDF(2)
Beneficios y servicios especiales plus				
	Amparada	Excluida		Amparada Excluida
1 Renovación vitalicia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 Segunda opinión médica nacional	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 Transporte en ambulancia aérea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 Segunda opinión médica internacional	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3 Emergencia en el extranjero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 Tratamientos psiquiátricos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4 Reconocimiento de antigüedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 Pruebas de compatibilidad sanguínea	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5 Seguro de dos años sin costo para recién nacidos*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 Paquete de admisión del hospital	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
* Siempre y cuando cuente con la cobertura de maternidad				
Cobertura opcional				
	Amparada	Excluida		
A) Pago de complementos médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(Anexar relación de padecimientos incluyendo diagnóstico emitido de la enfermedad, fecha de ocurrido y montos reclamados)	
B) Cobertura de maternidad (parto y cesárea)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suma asegurada _____ SMGMVDF(2)	
C) Ampliación de la cobertura en el extranjero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Dependientes económicos del posible Asegurado que desea incluir en el seguro de Gastos Médicos Mayores Individual						
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						
Lugar de nacimiento de los dependientes						
Dependiente 1 _____ Dependiente 2 _____ Dependiente 3 _____ Dependiente 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? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
En caso afirmativo dar detalles						
¿Ha presentado reclamaciones de Gastos Médicos o Accidentes Personales en esta 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"/>	
¿Hace uso de aeronaves como pasajero? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo favor de indicar:						
Utiliza Avión <input type="checkbox"/> Helicóptero <input type="checkbox"/>						
Vuela por Placer <input type="checkbox"/> Negocios <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"/>						
Si practica aviación, deportes peligrosos (alpinismo, buceo, motociclismo, etc.) y desea cubrir el riesgo, llenar el cuestionario correspondiente.						
Información adicional si el posible Asegurado titular no tiene ingresos propios						
¿Quién pagará las primas de este seguro?		Parentesco		Ocupación		Ingresos anuales
Hábitos de fumar (Aplica al posible Asegurado titular y sus dependientes)						
	¿Usted fuma?	¿Usted ha fumado?	¿Usted que fuma?	Si actualmente no fuma ¿En que 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 (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)

Antecedentes familiares

	Padecen de:				Edad	En caso de fallecimiento especificar la causa
	Sanos	Diabetes	Corazón (Infarto, dolor, etc.)	Cáncer		
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 de sus dependientes son diabéticos, se requiere exámen médico de quien corresponda.

Indique quién _____

Datos Clínicos (Aplica al posible Asegurado titular y sus dependientes)

	Si	No		Si	No
1. ¿Tiene o ha tenido algún padecimiento o defecto en la vista o audición?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. ¿Está bajo tratamiento médico o tomando algún medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Padece alguna deformidad o le falta algún miembro o parte de él?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. ¿En los últimos dos años ha consultado a algún Médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad del sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. ¿Ha estado internado en algún hospital, clínica o sanatorio para diagnóstico o tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad del corazón o presión arterial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. ¿Se le han practicado Electrocardiogramas, Ultrasonidos, Rayos X, TAC o Resonancia Magnética?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Padece o ha padecido de cáncer o algún tumor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. ¿Ha recibido tratamiento por alcoholismo o por cualquier hábito de drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Padece o ha padecido de diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. ¿Padece o ha padecido alguna otra enfermedad no mencionada en este cuestionario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad de transmisión sexual como sífilis, gonorrea, SIDA o complejo relacionado al SIDA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. ¿Ha sufrido algún accidente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Padece o ha padecido de los riñones, vesícula, vías biliares o hernias en cualquier parte del cuerpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. ¿Está expuesto en su ocupación a sustancias químicas, radiaciones, armas de fuego y explosivos, maquinaria pesada relacionada con la construcción y minería?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Se le ha practicado o tiene pendiente alguna Intervención Quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Contestar lo siguiente sólo si se trata de mujer					
18. ¿Padece o ha padecido de preeclampsia, embarazo ectópico u otro padecimiento ginecológico o de las glándulas mamarias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. ¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			En caso afirmativo, de cuanto tiempo _____ Mes(es)		

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 ó número de veces	Condición física actual (sano o en tratamiento)

Médicos tratantes o en su caso al que acostumbra consultar.

Nombre	Domicilio	Teléfono

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

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? _____

El posible Asegurado deberá responder solo si la prima es mayor a 2,500 dólares americanos o su equivalente en moneda nacional

En caso de que el Asegurado y el Contratante sean diferentes, el Contratante deberá responder la sección A y E del formato de Entrevista

Nacionalidad: Mexicana Extranjera ¿Cuál? _____ E-mail(1) _____

País de nacimiento _____

Número de serie de la firma electrónica avanzada(1) _____ Teléfono _____

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 _____

NOTAS:

- (1) Sólo en caso de que cuente con ellos.
- (2) Salario Mínimo General Mensual Vigente en el Distrito Federal.

Instrumento de pago

Tarjeta: Crédito Débito Efectivo Agente

Aplica solo para pago Anual y Semestral mayor a 3,000 M.N.
Diferir a: 6 meses 12 meses

Convenio de cargo automático para pago de primas (Conducto de cobro con tarjeta de crédito o cuenta de banco)

Nombre del tarjetahabiente o titular de la cuenta	Número de tarjeta o cuenta	Vencimiento	Tipo de cuenta
Visa <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/>	Banco	Código de seguridad	

Acepto se carguen las primas del seguro, motivo de esta solicitud a mi tarjeta o cuenta según se indicó anteriormente con abono a la cuenta de La Latinoamericana, Seguros, S. A., precisamente el día de sus vencimientos, si el plan prevé futuras modificaciones a la prima, acepto que los cargos se realicen a mi cuenta por la nueva cantidad.

En caso de que no sea posible el cargo por causas ajenas a La Latinoamericana, Seguros, S.A., dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de vencimiento de la prima respectiva, cesarán los efectos del contrato por la falta de pago oportuno.

Lugar y fecha

Firma del tarjetahabiente o titular de la cuenta

Por este pagaré me obligo incondicionalmente a pagar a la orden del Banco referenciado el importe establecido en este título con cargo a la línea de crédito que me fue otorgada por la Institución Bancaria emisora de la tarjeta

Importante:

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.

“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”.

Hago constar que me he enterado debidamente, estoy de acuerdo y me he informado, que tanto los datos proporcionados en esta solicitud, como los requisitos médicos que La Latinoamericana, Seguros, S.A., considera necesarios, formarán parte del contrato.

Enterado de lo que antecede y para efecto de esta solicitud de aseguramiento, declaro estar dispuesto a que se me practique un examen médico por mi cuenta si La Latinoamericana, Seguros, S.A., lo considere oportuno. 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 refieren a mi salud, inclusive todos los datos de enfermedades anteriores. Para tal efecto relevo a las personas arriba mencionadas del secreto profesional en este caso, aceptándose 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.

Esta información puede ser requerida al momento de presentar mi solicitud de aseguramiento, 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 solicitado.

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. Así mismo, 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.

Conozco las Condiciones Generales y/o particulares del seguro solicitado y otorgo mi consentimiento para quedar asegurado.

Aviso de privacidad integral

La Latinoamericana, Seguros, S.A. (La Latino Seguros), con domicilio en Eje Central Lázaro Cárdenas No. 2, 8° piso, Colonia Centro, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06007, en Ciudad de México, en cumplimiento con lo dispuesto en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, hace de su conocimiento que:

Los datos personales (patrimoniales, académicos, laborales, de identificación, de procedimientos administrativos seguidos en forma de juicio y/o jurisdiccionales, de tránsito y movimientos migratorios), así como los datos sensibles (ideológicos (afiliación sindical), de salud, vida sexual, características físicas y personales) los cuales sean obtenidos o proporcionados en forma personal mediante la solicitud, cuestionarios o formatos del seguro, o a través de encargados autorizados por La Latino Seguros mediante transferencias hechas por terceros o bien por vía electrónica, óptica, sonora, visual o por cualquier otro medio o tecnología, o los que se generen con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso se celebre con Usted, serán tratados para la evaluación de su solicitud de seguro, selección de riesgos, posible emisión del contrato de seguro, trámite de reclamaciones de siniestros, administración, mantenimiento, modificación o renovación de la póliza de seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, estudios estadísticos, así como todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad a lo establecido en el propio contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable.

Le informamos que sus datos personales podrán ser tratados para el ofrecimiento y promoción de nuestros productos, servicios y/o prospección comercial; por lo que le solicitamos nos manifieste si está de acuerdo o no con dicho tratamiento, indicándolo en el espacio destinado para tal fin, o bien, utilizando los formularios, guías y procedimientos que se encuentran a su disposición en la página de internet www.latinoseguros.com.mx en la sección "Aviso de Privacidad", o por escrito libre dirigido al Oficial de Protección de Datos Personales, entregado en el domicilio de La Latino Seguros, o a través del correo electrónico: protecciondatos@latinoseguros.com.mx

Asimismo, le informamos que sus datos personales podrán ser transferidos a autoridades financieras, mexicanas y extranjeras, con la finalidad de dar cumplimiento a nuestras obligaciones derivadas de las leyes mexicanas o de tratados internacionales, o bien cuando la transferencia sea legalmente exigida por autoridad judicial. Asimismo podrán ser transferidos a instituciones del sector asegurador para fines de selección de riesgos. Estas transferencias serán realizadas sin su consentimiento conforme a lo establecido en el artículo 37 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. 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, así como la revocación del consentimiento del tratamiento de sus datos, utilizando los formularios, guías y procedimientos que se encuentran a su disposición en la página de internet www.latinoseguros.com.mx en la sección "Aviso de Privacidad", o por escrito libre dirigido al Oficial de Protección de Datos Personales, entregado en el domicilio de La Latino Seguros, o a través del correo electrónico: protecciondatos@latinoseguros.com.mx

Para conocer las opciones que La Latino Seguros tiene instrumentadas para limitar el uso y divulgación de sus datos personales, puede consultar nuestra página de internet www.latinoseguros.com.mx en la sección "Aviso de Privacidad", o bien puede consultarlas en el domicilio de La Latino Seguros.

Cookie es una breve información que el portal de Internet envía a su computadora, la cual queda almacenada en el disco duro. La próxima vez que ingrese a nuestro portal, podremos usar la información almacenada en la cookie para facilitarle el uso de nuestro sitio de Internet. Por ejemplo, podemos usar su cookie para almacenar una contraseña para que no tengas que ingresarla de nuevo cada vez que se traslade a una sección diferente de nuestro portal de Internet. Una cookie no nos permite conocer su identidad personal a menos que expresamente elija proporcionárnosla. La mayoría de las cookies expiran después de un periodo determinado de tiempo, o bien las puede borrar en el momento en que lo desee de su computadora. Asimismo, puede hacer que su navegador le avise cuando recibes una cookie de manera que pueda aceptarla o rechazarla.

El presente Aviso de Privacidad, sus cambios o actualizaciones, se darán a conocer en nuestras oficinas o mediante comunicados que nuestro personal y agentes le harán llegar, o bien en la página de internet antes mencionada, por lo cual se recomienda visitarla frecuentemente o comunicarse al teléfono 5130-2881

Fecha de la última actualización al presente Aviso de Privacidad: 17 de abril de 2013.

Autorizo a La Latinoamericana, Seguros, S.A., para que trate mis datos personales para el ofrecimiento, promoción de sus productos y/o prospección comercial.

Si No

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.

Estoy enterado de las leyendas mencionadas anteriormente, declarándome conforme con ellas.

Lugar y fecha

Nombre y firma del posible Asegurado

Nombre y firma del Contratante

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 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 al producto

Firma

Clave