

**SOLICITUD SEGURO DE VIDA GRUPO
DEUDORES UMAS**

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

Este documento no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras

| Datos del Proponente, Persona Física (PF) Persona Moral (PM) | | | |
|--|---|--------------------|-------------|
| Apellido Paterno, Materno, Nombre(s) / Denominación o Razón Social | | | |
| Fecha de Nacimiento o Constitución Día/Mes/Año | R. F. C. con homoclave(1) | C.U.R.P. (1) | |
| Número de serie de la firma electrónica(1) Correo electrónico (1) Teléfono donde se pueda localizar PF/teléfono del domicilio PM | | | |
| Nacionalidad: Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera <input type="checkbox"/> (responder la sección A y D del formato PLD FO-01) País de nacimiento _____ | | | |
| Actividad o giro de la empresa o negocio _____ | | | |
| Relación del Contratante con el grupo a asegurar _____ | | | |
| Tipo de sociedad: Sociedad Mercantil <input type="checkbox"/> Sociedad Civil <input type="checkbox"/> Asociación Civil <input type="checkbox"/> Otra (especificar) _____ | | | |
| Domicilio del Proponente | | | |
| Calle | Número (Exterior e Interior) | Código Postal | Colonia |
| Delegación o Municipio | Ciudad o Población | Entidad Federativa | |
| Validación de la identificación del Proponente por el Agente | | | |
| Tipo de identificación _____ | Número _____ | Emisor _____ | Clave _____ |
| Nombre de la persona que validó (Apellido Paterno, Materno y Nombre (s)) _____ | | | |
| Datos Generales | | | |
| Solicito a La Latinoamericana, Seguros, S. A., la expedición de una póliza de seguro de Vida Grupo con vigencia desde _____ hasta _____ por lo que en mi carácter de Proponente hago las siguientes declaraciones. Día/Mes/Año Día/Mes/Año | | | |
| Datos del Grupo | | | |
| Nombre con que se designa el Grupo | Profesión u Ocupación actual del Grupo Asegurable | | |
| Características del Grupo Asegurable | Actividad principal del Grupo Asegurable | | |
| Número de personas que en integrarán el Grupo Asegurable _____ | | | |
| Número de personas que de ser aceptadas se aseguran y que han dado su Consentimiento firmado _____ | | | |
| Anexar relación de solicitantes con edad y sexo, así como los Consentimientos de cada uno de los miembros del Grupo. | | | |
| Las personas que ingresen al Grupo 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 del Grupo contribuirán al pago de la prima: % _____ \$ _____ | | | |

Opciones para la contratación del seguro de Vida Grupo

Moneda Nacional Cobertura de fallecimiento Modalidad de suma asegurada: Cantidad líquida Saldo insoluto
Suma asegurada o regla para determinarla _____

Beneficios adicionales solicitados

Muerte Accidental (MA) Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente (BIT)
Muerte Accidental y Pérdida de Miembros (MAPO)
Muerte Accidental, Pérdida de Miembros y Colectiva (MAPOC) Invalidez Total y Permanente con Pago de la Suma Asegurada (IPSA)
Anticipo para Gastos Funerarios (AGF)

| Dividendo Experiencia General | Tipo de venta | Periodo de pago |
|---|---|---|
| Sin dividendos <input type="checkbox"/> | Descuento por nómina <input type="checkbox"/> Cargo a tarjeta de crédito <input type="checkbox"/> | Anual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> |
| Con dividendos <input type="checkbox"/> | Otro: _____ | Semestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> |

Forma de pago Efectivo Otro _____

¿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 derivadas de la ocurrencia simultánea de siniestros a varios integrantes del grupo y que puedan ser ocasionados en forma directa por la actividad que realicen éstas, se deberán declarar a continuación:

Datos de identificación del Contratante Persona Física o Persona Moral

¿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 Asegurado o Beneficiario que obtiene los beneficios de este seguro?

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

¿Cuál es el origen de los recursos con los que 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 _____ Otro, especificar _____

Datos adicionales de identificación del Contratante, solo Persona Física

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

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

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 o actividad? _____

Datos de identificación del Contratante, solo Persona Moral

Actividad, giro mercantil u objeto social _____ Folio mercantil _____

Nombre del apoderado legal (Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)) _____

Apoderado legal; cuando se estime que la prima de la póliza es mayor de \$7,500 dólares o su equivalente en moneda nacional. Responder la sección Ay H del formato PLD FO-01.

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.

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 posible Asegurado titular _____
(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.

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 01800 0011-900, 5130-28-00 ext.1633 y 2828, en el correo electrónico unidad_especializada@latinoseguros.com.mx o directamente en Eje Central Lázaro Cárdenas numero 2 Piso 8 Colonia Centro Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México.

El presente seguro cuenta con exclusiones y limitantes mismos que pueden ser consultados en la pagina latinoseguros.com.mx.

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 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