

SOLICITUD DE GASTOS MÉDICOS MAYORES **INDIVIDUAL Y/O FAMILIAR**

CENTENARIO

Eje Central Lázaro Cárdenas No. 2, 8ºPiso
C.P. 06007 México, D.F.
R.F.C. LSE7406056F6
Tel.: 5130-2800
Fax: 5512-6523

PARA FACILITAR LOS TRÁMITES DE LA SOLICITUD, ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE DE PUÑO Y LETRA DEL SOLICITANTE Y NO OMITA NINGÚN DATO. ESTA SOLICITUD NO SERÁ VALIDA SI PRESENTA TACHADURAS, ENMENDADURAS O SI ES MUTILADA

1. DATOS DEL CONTRATANTE

Proporcionar la siguiente información (Sólo en caso de que el contratante sea diferente del solicitante)					
Apellido Paterno / Razón Social		Apellido Materno		Nombre (s)	R.F.C. (Con homoclave)
Fecha de Nacimiento o de Constitución				C.U.R.P. (Persona Física)	
Calle		Número Ext. e Int.		Colonia	
Ciudad o Población		Entidad Federativa		Delegación o Municipio	
Código Postal		Delegación o Municipio		Código Postal	
Nacionalidad	Objeto Social (Personas Morales)			Correo Electrónico	Fax
Nombre del Representante Legal (Cuando el contratante sea Persona Moral)					Teléfonos Casa Oficina

2. DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)	
Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Lugar de Nacimiento	Nacionalidad	Estado Civil
día mes año		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/>
DOMICILIO PARTICULAR					
Calle		Número Ext. e Int.		Colonia	
Ciudad o Población		Entidad Federativa		Delegación o Municipio	
Código Postal		Delegación o Municipio		Código Postal	
R.F.C. (Con homoclave)		C.U.R.P.		Correo Electrónico	Fax
EN CASO DE EXTRANJEROS (Domicilio del lugar de origen)					Teléfonos Casa Oficina
NOMBRE DE LA EMPRESA EN QUE LABORA			ESPECIFIQUE EN QUE CONSISTEN SUS LABORES		
TRABAJA EN OFICINA <input type="checkbox"/> TALLER <input type="checkbox"/> VIA PÚBLICA <input type="checkbox"/>			INGRESOS ANUALES		
COMERCIO <input type="checkbox"/> OTRO(S) _____			Sueldo + bonos, rentas, etc.		
TIEMPO QUE LLEVA EN SU OCUPACIÓN		¿HA DESEMPEÑADO ALGÚN CARGO COMO SERVIDOR PÚBLICO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (En caso afirmativo dar amplia información)			
¿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)	

3. OPCIONES PARA LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

SUMA ASEGURADA (DESDE \$200,000 HASTA \$8,000,000) EN MÚLTIPLOS DE \$100,000		SUMA ASEGURADA	
DEDUCIBLE Número de Salarios Mínimos Mensuales Vigentes del D. F. <input type="text"/> Mínimo 1 Máximo 15 Máximo a exentar: 3 Salarios Mínimos Mensuales Vigentes del D.F. en Cobertura Nacional (Aplica utilizando Médicos de red y Hospitales de convenio)		COASEGURO 5% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 15% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/>	
COBERTURAS OPCIONALES Ampliación de la Cobertura en el Extranjero <input type="checkbox"/> Continuidad de Cobertura Familiar BCCF <input type="checkbox"/> Enfermedades Catastróficas en el Ext. <input type="checkbox"/> Deportes Peligrosos <input type="checkbox"/>		HONORARIOS QUIRÚRGICOS SEGÚN NIVEL HOSPITALARIO(NH) <small>APLICA DE ACUERDO A LA ZONA GEOGRÁFICA DONDE SE CONTRATE LA PÓLIZA</small> LATINO MÉDICA 100 *40 <input type="checkbox"/> *45 <input type="checkbox"/> GUA <input type="checkbox"/> LATINO MÉDICA 200 *25 <input type="checkbox"/> *30 <input type="checkbox"/> *35 <input type="checkbox"/> LATINO MÉDICA 300 *25 <input type="checkbox"/> <small>*Salarios Mínimos Mensuales Vigentes del D. F. EN ZONA II AL 75%</small>	
COBERTURAS OPCIONALES Ayuda para Gastos Funerarios Familiar <input type="checkbox"/> Daños Psiquiátricos <input type="checkbox"/> Emergencia en el Extranjero <input type="checkbox"/>		COBERTURAS ADICIONALES INCLUIDAS SEGÚN COND. GENERALES Riesgos Deportivos <input type="checkbox"/> Vitalicia <input type="checkbox"/>	

AYUDA PARA GASTOS FUNERARIOS FAMILIAR. APLICA SEGÚN EL NIVEL HOSPITALARIO:

Aplicará a todos los integrantes de la póliza, como máximo:

LATINO MÉDICA **100** \$25,000

LATINO MÉDICA **200** \$20,000

LATINO MÉDICA **300** \$15,000

4. DEPENDIENTES ECONÓMICOS DEL SOLICITANTE QUE DESEA ASEGURAR EN LA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

PARENTESCO	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	FECHA DE NAC.			SEXO		OCUPACION
				DIA	MES	AÑO	M	F	
CÓNYUGE							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HIJO 1							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HIJO 2							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HIJO 3							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HIJO 4							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HIJO 5							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DOMICILIO PARTICULAR DEL (LOS) DEPENDIENTE (S), en caso de no ser el mismo del solicitante (si requiere más espacio anexar inf. en hoja aparte)

Domicilio completo	Teléfono
--------------------	----------

5. OTROS (Aplica al solicitante y sus dependientes)

¿HA SIDO RECHAZADO <input type="checkbox"/> EXTRAPRIMADO <input type="checkbox"/> APLAZADO <input type="checkbox"/> O LE HAN APLICADO ENDOSOS DE EXCLUSIÓN EN ALGUNA SOLICITUD DE SEGURO?	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 inf. en hoja aparte)
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA	MOTIVO DE LA RECLAMACIÓN (DIAGNÓSTICO DEL PADECIMIENTO)

6. AFICIONES

AVIACIÓN, DEPORTES Y/O AFICIONES QUE PRACTICA (Aplica al solicitante y sus dependientes)

SOLICITANTE	DEPORTE	LO PRACTICA COMO PROFESIONAL	No. DE VECES	REFERENCIA CADA CUANDO (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"/>
CÓNYUGE		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
HIJO 1		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
HIJO 2		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
HIJO 3		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
HIJO 4		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
HIJO 5		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

¿HACE USO DE AERONAVES COMO PASAJERO? SI NO (En caso afirmativo favor de indicar)

UTILIZA USTED AVIÓN <input type="checkbox"/>	VUELA UD. POR PLACER <input type="checkbox"/>	LOS VUELOS LOS EFECTÚA EN AERONAVES COMERCIALES <input type="checkbox"/>	PROPIA <input type="checkbox"/>	EMPRESA <input type="checkbox"/>	INDIQUE LAS HORAS DE VUELO: DURANTE EL ÚLTIMO AÑO _____	¿DESEA CUBRIR EL RIESGO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
HELICÓPTERO <input type="checkbox"/>	NEGOCIOS <input type="checkbox"/>	DEL GOBIERNO <input type="checkbox"/>	PARTICULAR <input type="checkbox"/>	OTRAS <input type="checkbox"/>	DURANTE EL PRÓXIMO AÑO _____	

7. INFORMACIÓN ADICIONAL SI EL SOLICITANTE NO TIENE INGRESOS PROPIOS

¿QUIÉN PAGARÁ LAS PRIMAS DE ESTE SEGURO?	PARENTESCO	OCUPACIÓN	INGRESOS ANUALES
--	------------	-----------	------------------

8. HÁBITOS (Aplica al solicitante y sus dependientes)

¿FUMA USTED? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI ACTUALMENTE NO FUMA ¿EN QUÉ FECHA DEJÓ DE FUMAR?	¿CUÁNTOS CIGARRILLOS AL DÍA FUMA O FUMABA?	¿USA O HA USADO DROGAS O ESTUPEFACIENTES? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
CIGARRILLOS PURO <input type="checkbox"/>	día mes año		(En caso afirmativo dar amplia información)
PIPA <input type="checkbox"/>			
NUNCA HE FUMADO <input type="checkbox"/>			
¿HACE USO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CLASE / TIPO	FRECUENCIA	

9. 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"/>			
CÓNYUGE			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
HIJO 1			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
HIJO 2			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
HIJO 3			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
HIJO 4			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
HIJO 5			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

10. CUESTIONARIO MÉDICO (Aplica al solicitante y sus dependientes)

ANTECEDENTES FAMILIARES		(PADECEN DE)				EN CASO DE FALLECIMIENTO ESPECIFICAR LA CAUSA
	SANOS	DIABETES	CORAZÓN (Infarto, dolor, etc.)	CÁNCER	EDAD	
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 TITULAR Y/O CÓNYUGE SON DIABÉTICOS, SE REQUIERE EXAMEN MÉDICO DE QUIEN CORRESPONDA

11. DATOS CLÍNICOS (Aplica al solicitante y sus dependientes)

		DATOS CLÍNICOS		SI	NO	SI	NO
		SI	NO				
1. ¿ TIENE O HA TENIDO ALGÚN PADECIMIENTO O DEFECTO EN LA VISTA O AUDICIÓN?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿ PADECE O HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD DEL SISTEMA NERVIOSO ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿ PADECE O HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD DEL CORAZÓN O PRESIÓN ARTERIAL ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿ PADECE O HA PADECIDO DE CÁNCER O ALGÚN TUMOR ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿ PADECE O HA PADECIDO DE DIABETES ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 (CRS) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿ SE LE HA PRACTICADO O TIENE PENDIENTE ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿ ESTÁ BAJO TRATAMIENTO MÉDICO O TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿ EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS HA CONSULTADO A ALGÚN MÉDICO ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿ HA RECIBIDO TRATAMIENTO POR ALCOHOLISMO O POR CUALQUIER HÁBITO DE DROGAS ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿HA SUFRIDO ALGÚN ACCIDENTE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿ PADECE O HA PADECIDO DE PREECLAMPSIA ,EMBARAZO ECTÓPICO U OTRO PADECIMIENTO GINECOLÓGICO O DE LAS GLÁNDULAS MAMARIAS ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿ESTÁ EMBARAZADA? EN CASO AFIRMATIVO, DE CUANTO TIEMPO ? _____ mes (es)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONTESTAR LO SIGUIENTE SOLO SI SE TRATA DE MUJER

EN CASO DE CUALQUIER RESPUESTA AFIRMATIVA, PROPORCIONAR AMPLIA INFORMACIÓN EN EL CUADRO SIGUIENTE

No. DE PREGUNTA	¿QUIÉN?	NOMBRE DE LAS ENFERMEDADES, ESTUDIOS O TRATAMIENTOS, TIPO DE AFECCIÓN E INTERVENCIONES	FECHA EN QUE LA (S) SUFRIÓ O SE LA(S) PRACTICARON	DURACIÓN NÚMERO DE VECES	CONDICIÓN FÍSICA ACTUAL (SANO O EN TRATAMIENTO)

MÉDICOS TRATANTES O EN SU CASO AL QUE ACOSTUMBRA CONSULTAR

NOMBRE	DOMICILIO	TELÉFONO

12. COBRANZA

FORMA DE PAGO	ANUAL <input type="checkbox"/>	SEMESTRAL <input type="checkbox"/>	CONDUCTO DE COBRO	AGENTE <input type="checkbox"/>	TARJETA DE CRÉDITO <input type="checkbox"/>
	TRIMESTRAL <input type="checkbox"/>	MENSUAL <input type="checkbox"/>			CUENTA DE BANCO <input type="checkbox"/>
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		No. 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

Queda obligada "LA LATINOAMERICANA, SEGUROS, S. A.", a enviarme el recibo correspondiente con la leyenda "PAGADO EN SU BANCO", en la inteligencia de que, en caso de que sea cancelada mi tarjeta de crédito o mi cuenta o bien que mi tarjeta se encuentre excedida en el límite de crédito autorizado o mi cuenta no disponga de fondos suficientes, me comprometo a pagar en las oficinas de la Aseguradora. 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.". Cada cargo se efectuará de acuerdo con la forma de pago solicitada en la sección que antecede. Autorizo por medio del presente, para que con cargo a mi cuenta de crédito o de cheques, según lo anotado anteriormente, se sirvan abonar la prima del seguro motivo de esta solicitud, precisamente el día de sus vencimientos a la cuenta de "LA LATINOAMERICANA, SEGUROS, S. A.". Si el plan prevé futuras modificaciones a la prima, acepto que los cargos en mi cuenta se realicen por la nueva cantidad.

AVISO: En caso de robo o extravío de su tarjeta de crédito o cancelación de la cuenta, se deberá dar de alta nuevamente con "LA LATINOAMERICANA, SEGUROS, S. A." para continuar con el servicio de cargo automático. El tarjetahabiente se da por enterado que el Banco dejará de prestar el servicio cuando se restrinja el importe del crédito que se le tiene concedido o bien cuando el Contrato de apertura que tiene celebrado con el Banco, se denuncie, se rescinda o por cualquier causa se extinga y deje de estar en vigor y por ello se cancele su tarjeta de crédito. También en caso de que llegara a excederse en el límite de crédito autorizado o bien por existir cualquier saldo que deba considerarse vencido, de conformidad con las disposiciones del Contrato.

Esta autorización estará vigente mientras no sea revocada por mí, por medio de un escrito dirigido a la institución de crédito, con 30 días de anticipación.

LUGAR Y FECHA	FIRMA DEL TARJETAHABIENTE O TITULAR DE LA CUENTA
---------------	--

MUY IMPORTANTE, DE INTERÉS PARA EL SOLICITANTE (Debe leerlo antes de firmar)

Se previene al solicitante que, conforme a la Ley del 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 me he enterado debidamente y estoy de acuerdo con las Condiciones Generales que se anexan a esta solicitud de seguro y 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 Compañía considera necesarios, forman parte de la misma.

Enterado de lo que antecede y para efecto de esta solicitud de seguro, declaro estar dispuesto a pasar un examen médico por cuenta de la Compañía si ésta 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, 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 Compañía los datos mencionados.

Esta información puede ser requerida al momento de presentar mi solicitud de seguro, en caso de reclamación o en cualquier momento que la Compañía 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.

Declaro finalmente, que leí las Condiciones Generales que contendrá la Póliza las cuales se anexan y otorgo de manera expresa mi conformidad con las mismas.

"HAGO CONSTAR QUE LOS RECURSOS QUE UTILIZARÉ PARA EL PAGO DE LA PRIMA DE ESTE SEGURO SON DE PROCEDENCIA LÍCITA"

LUGAR			FECHA		
FIRMA DEL SOLICITANTE			FIRMA DEL CONTRATANTE		
NOMBRE Y FIRMA DEL AGENTE	CLAVE	%	NOMBRE Y FIRMA DEL PROMOTOR	CLAVE	%

Este documento solo constituye una solicitud de seguro y por lo tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.