

SOLICITUD GASTOS MÉDICOS MAYORES COLECTIVO CENTENARIO

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) _____ |
| 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 la colectividad a asegurar _____ | | | |
| Domicilio del Proponente | | | |
| Calle _____ | | Número (Exterior e Interior) _____ | Código Postal _____ |
| Delegación o Municipio _____ | | Ciudad o Población _____ | Entidad Federativa _____ |
| Validación de la identificación del Proponente por parte del Agente | | | |
| Tipo de identificación _____ | | Número _____ | Emisor _____ |
| Nombre de la persona que validó (Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)) _____ | | | Clave _____ |
| Datos Generales | | | |
| Solicito a La Latinoamericana, Seguros, S. A., la expedición de una póliza de seguro de Gastos Médicos Mayores Colectivo con vigencia desde _____ | | | |
| hasta _____ por lo que en mi carácter de Proponente hago las siguientes declaraciones. | | Día/Mes/Año | |
| Día / Mes / Año | | | |
| Datos de la colectividad | | | |
| Nombre con que se designa la colectividad _____ | | Actividad u ocupación actual de la colectividad asegurable _____ | |
| Características de la colectividad asegurable _____ | | Actividad principal de la colectividad asegurable _____ | |
| La solicitud de aseguramiento tiene por objeto la expedición de una póliza de seguro que garantice prestaciones u obligaciones: | | | |
| Legales <input type="checkbox"/> Contractuales <input type="checkbox"/> Voluntarias empresa <input type="checkbox"/> Voluntarias empleado <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> _____ | | | |
| Número de personas que en caso de ser aceptadas integrarán la colectividad asegurable _____ | | | |
| Número de personas que se aseguran y que han dado su consentimiento firmado _____ | | | |
| Porcentaje o cantidad con que los miembros de la colectividad contribuirán al pago de prima _____% \$ _____ | | | |
| Anexar relación de solicitantes con edad y sexo, así como los consentimientos de cada uno de los miembros de la colectividad asegurable. | | | |
| Las personas que en caso de ser aceptadas ingresarán a la colectividad asegurable adquieren el derecho de ser dados de alta en el seguro: | | | |
| Inmediatamente <input type="checkbox"/> Después de transcurridos <input type="checkbox"/> (Especificar tiempo) _____ | | | |
| Opciones para la contratación del seguro de Gastos Médicos Mayores | | | |
| Moneda Nacional _____ | | | |
| Suma Asegurada _____ (Desde \$200,000 hasta \$8,000,000 en múltiplos de \$100,000) | | | |
| Deducible por evento _____ SMGMVDF* (Mínimo 1 máximo 15) | | | |
| Coaseguro por evento 5% <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 15% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> | | | |
| Nivel hospitalario Latino Médica 100 (LM 100) <input type="checkbox"/> Latino Médica 200 (LM 200) <input type="checkbox"/> Latino Médica 300 (LM 300) <input type="checkbox"/> | | | |
| Honorarios Quirúrgicos según Nivel Hospitalario. Aplica según la zona geográfica de contratación (Zona II al 75%) | | | |
| Latino Médica 100 30 SMGMVDF* <input type="checkbox"/> | | 35 SMGMVDF* <input type="checkbox"/> 40 SMGMVDF* <input type="checkbox"/> 45 SMGMVDF* <input type="checkbox"/> Gasto Usual y Acostumbrado <input type="checkbox"/> | |
| Latino Médica 200 25 SMGMVDF* <input type="checkbox"/> | | 30 SMGMVDF* <input type="checkbox"/> 35 SMGMVDF* <input type="checkbox"/> | |
| Latino Médica 300 20 SMGMVDF* <input type="checkbox"/> | | | |
| Coberturas opcionales Deportes peligrosos <input type="checkbox"/> Ampliación de la Cobertura en el Extranjero <input type="checkbox"/> Preexistencia** <input type="checkbox"/> | | | |
| *Salario Mínimo General Mensual Vigente en el Distrito Federal | | | |
| **Anexar relación de padecimientos, incluyendo diagnostico emitido de la enfermedad, fecha de ocurrido y montos reclamados. | | | |

| | | | | |
|---|---|---------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| El pago de la prima se realizará mediante | Tarjeta: Débito <input type="checkbox"/> Agente de seguros <input type="checkbox"/> | Forma de pago | Anual <input type="checkbox"/> | Semestral <input type="checkbox"/> |
| | Credito <input type="checkbox"/> | | Trimestral <input type="checkbox"/> | Mensual <input type="checkbox"/> |

¿Desea manifestar algún hecho importante o relevante adicional?

En caso de que existan circunstancias que se consideren determinantes para apreciar la posibilidad de cúmulos de pérdidas derivados de la ocurrencia simultánea de siniestros a varios integrantes de la colectividad y que puedan ser ocasionados en forma directa por la actividad que realicen estos, 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(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

¿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 _____

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 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 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 A y H del formato PLD FO-01

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. Así mismo me comprometo a hacerlas del conocimiento de todos los integrantes de la colectividad asegurable.

“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”.

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

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(los) posible(s) Asegurado(s) y/o Contratante para la actualización del expediente del mismo.

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