



## CONSENTIMIENTO SEGURO DE VIDA GRUPO

Este documento no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras

Eje Central Lázaro Cárdenas No. 2, 8° Piso  
C.P. 06007, México, D. F.  
R.F.C. LSE7406056F6  
Tel.: 5130-2800 Fax: 5130-2821  
www.latinoseguros.com.mx

Por medio del 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 completo del grupo y/o Proponente \_\_\_\_\_

### Datos del posible 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      Sueldo Mensual      Ocupación      Categoría dentro de la misma      Peso      Estatura

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

### Datos generales

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
|  | Si                       | No                       |
| 1) Detalle en que consisten sus labores _____  |                          |                          |
| 2) Antigüedad en el empleo actual _____  |                          |                          |
| 3) Durante los últimos seis meses ¿ha trabajado en forma activa?<br>En caso de respuesta negativa indicar causa: _____                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Periodo: desde _____ hasta _____   |                          |                          |
| 4) Actualmente ¿padece alguna enfermedad o lesión corporal?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) En los últimos 5 años ¿ha sido sometido a tratamiento médico o ha estado bajo vigilancia médica (consulta externa u hospitalización)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- En caso de respuesta afirmativa a las preguntas 4 y 5, especifique causa o nombre de las enfermedades, fechas y duración aproximada.

¿Desea manifestar algún hecho importante para la apreciación del riesgo?  
\_\_\_\_\_

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

Tipo de identificación \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Emisor \_\_\_\_\_

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

### Opciones para la contratación del seguro

Cobertura de fallecimiento. Suma asegurada o regla para determinarla      Alta al seguro a partir de: Día / Mes / Año

**Beneficios adicionales**

En caso de contratar la cobertura de Gastos Funerarios para sus dependientes.

Cobertura	Dependiente	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Fecha de nacimiento Día /Mes/Año	Sexo Masculino Femenino
GFC	Cónyuge					
GFP	Padre					
	Madre					
GFH	Hijo 1					
	Hijo 2					
	Hijo 3					

**Datos de los Beneficiarios del posible Asegurado**

**ADVERTENCIA:** En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

Apellido Paterno, Materno, Nombre(s) / Denominación o Razón Social \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento o Constitución	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje de Suma Asegurada	Irrevocable Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Calle	Número (Exterior e Interior)	Código Postal	Colonia
Delegación o Municipio	Ciudad o Población	Entidad Federativa	

Apellido Paterno, Materno, Nombre(s) / Denominación o Razón Social \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento o Constitución	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje de Suma Asegurada	Irrevocable Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Calle	Número (Exterior e Interior)	Código Postal	Colonia
Delegación o Municipio	Ciudad o Población	Entidad Federativa	

Apellido Paterno, Materno, Nombre(s) / Denominación o Razón Social \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento o Constitución	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje de Suma Asegurada	Irrevocable Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Calle	Número (Exterior e Interior)	Código Postal	Colonia
Delegación o Municipio	Ciudad o Población	Entidad Federativa	

Apellido Paterno, Materno, Nombre(s) / Denominación o Razón Social \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento o Constitución	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje de Suma Asegurada	Irrevocable Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Calle	Número (Exterior e Interior)	Código Postal	Colonia
Delegación o Municipio	Ciudad o Población	Entidad Federativa	

**Datos de identificación del Proponente y/o Contratante, Persona Física**

¿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

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 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:

En caso de contribuir al pago de la prima, 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 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

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](http://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](http://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.

Nombre del posible Asegurado \_\_\_\_\_

Fecha en \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Contratante y/o Proponente

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 posible Asegurado, así mismo cotejé los presentes documentos con el original y/o copias certificadas que tuve a la vista y que la firma del posible Asegurado y/o Proponente y/o Contratante estampada corresponde a la asentada en este consentimiento. Además informaré a La Latinoamericana, Seguros, S. A., inmediatamente cuando conozca sobre cualquier cambio que tenga conocimiento en cuanto a esta información del posible Asegurado para la actualización del expediente del mismo.

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

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Clave