



CONSENTIMIENTO  
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

Eje Central Lázaro Cárdenas 2, 8° Piso  
06007, México, D. F.  
R.F.C. LSE7406056F6  
Tel.: 5130-2800 Fax: 5130-2821  
www.latinoseguros.com.mx

Este documento no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras

Por el 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 Proponente y/o Colectividad			
Datos del posible Asegurado			
Apellido Paterno, Materno, Nombre(s) _____			Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> 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		Nacionalidad: Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera <input type="checkbox"/> (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			
1) Durante los últimos seis meses ¿ha trabajado en forma activa? En caso de respuesta negativa indicar causa: _____ Periodo: desde _____ hasta _____			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
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 _____
Regla para determinar la Suma Asegurada		Alta a partir de Día / Mes / Año	
Datos de los Beneficiarios			
<b>ADVERTENCIA:</b> En el caso de que se desee nombrar como 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 prevén 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 _____			Irrevocable
Fecha de Nacimiento o Constitución	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje de Suma Asegurada	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Domicilio:			
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 _____			
			Irrevocable
Fecha de Nacimiento o Constitución	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje de Suma Asegurada	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Domicilio:			
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 _____			
			Irrevocable
Fecha de Nacimiento o Constitución	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje de Suma Asegurada	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Domicilio:			
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 _____			
			Irrevocable
Fecha de Nacimiento o Constitución	Parentesco (para efectos de identificación)	Porcentaje de Suma Asegurada	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Domicilio:			
Calle	Número (Exterior e Interior)	Código Postal	Colonia
Delegación o Municipio		Ciudad o Población	Entidad Federativa
El presente consentimiento, tiene por objeto la expedición de una póliza de seguro que garantice prestaciones u obligaciones			
¿Desea manifestar algún hecho importante o relevante adicional?			
Datos de identificación del posible Asegurado, Persona Física			
¿Cuenta con más de una póliza contratada con La Latinoamericana, Seguros, S. A.?			
Si <input type="checkbox"/> Especificar _____ No <input type="checkbox"/>			
<b>En respuestas afirmativas responder las secciones indicadas, del formato PLD FO-01</b>			
¿Estima que la prima de su póliza es mayor a \$7,500 dólares o su equivalente en moneda nacional?			
Si <input type="checkbox"/> Sección A y H No <input type="checkbox"/>			
¿Existe alguna persona además del Asegurado o Beneficiario que obtiene los beneficios de este seguro?			
Si <input type="checkbox"/> Responder y requisitar sección A, E y H según corresponda. No <input type="checkbox"/>			
Durante el último año, ¿ha desempeñado algún cargo en el gobierno mexicano o extranjero?			
Si <input type="checkbox"/> Sección A, B y C No <input type="checkbox"/>			
¿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 <input type="checkbox"/> Sección A, B y C No <input type="checkbox"/>			
¿Es accionista de una o más personas morales y ejerce control sobre ellos?			
Si <input type="checkbox"/> Sección A y G No <input type="checkbox"/>			
¿Cuál es su profesión, ocupación o actividad? _____			
¿Cuál es el origen de los recursos con los que pagará la prima de su póliza?			
Fideicomiso <input type="checkbox"/>	Ahorro <input type="checkbox"/>	Sueldo <input type="checkbox"/>	Herencia <input type="checkbox"/>
			Inversión <input type="checkbox"/>
			Comisión <input type="checkbox"/>
			Venta de bienes, muebles e inmuebles <input type="checkbox"/>
Pensión <input type="checkbox"/>	Bono <input type="checkbox"/>	Prima <input type="checkbox"/>	Honorarios <input type="checkbox"/>
			Aguinaldo <input type="checkbox"/>
			Recursos gubernamentales <input type="checkbox"/>
Comercio, especificar _____		Otros, especificar _____	

**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](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.

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

Nombre y firma del posible Asegurado  
y/o su Representante

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 Proponente y/o posible Asegurado 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