



**SOLICITUD UNIVERSAL
 PARA SEGURO DE VIDA Y/O ACCIDENTES PERSONALES INDIVIDUAL**
 CONTINUIDAD DE SALARIO, LÍDER, TRADICIONALES (M. NAL. Y DÓLARES), Y ACCIDENTES PERSONALES

PARA FACILITAR LOS TRÁMITES DE LA SOLICITUD, ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE Y NO OMITA NINGÚN DATO
 ESTA SOLICITUD NO SERÁ VÁLIDA SI PRESENTA TACHADURAS O ENMENDADURAS

SÓLO APLICABLE PARA DESCUENTO POR NÓMINA			
NÚMERO DE EMPRESA	NÚMERO DE EMPLEADO	APORTACIÓN MENSUAL	FECHA DE PRIMER DESCUENTO

1.- DATOS DEL SOLICITANTE

APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE (S) COMPLETO (S)					RFC	
CALLE	DOMICILIO NÚMERO	COLONIA	CALLE	DOMICILIO PARA AVISOS Y PAGOS NÚMERO	COLONIA	
POBLACIÓN	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO(S)	POBLACIÓN	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO(S)	
NACIÓ EN	DÍA	MES	AÑO	SEXO	ESTADO CIVIL	
				MASCULINO <input type="checkbox"/>	FEMENINO <input type="checkbox"/>	
NOMBRE Y DOMICILIO COMPLETO DEL CONTRATANTE (SI LO HUBIERE)					RFC	

2.- OCUPACIONES

OCUPACIÓN PRINCIPAL	DETALLE EN QUÉ CONSISTE		
NOMBRE DE LA NEGOCIACIÓN, DESPACHO, ETC., DONDE TRABAJA	CALLE	NÚMERO	COLONIA
POBLACIÓN	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO	GIRO DEL NEGOCIO
OTRAS OCUPACIONES Y DETALLE EN QUÉ CONSISTEN			
¿ A CUÁNTO ASCIENDEN SUS INGRESOS EN EL AÑO?			

**3.- SEGURO SOLICITADO
 a.- VIDA INDIVIDUAL**

CONTINUIDAD DE SALARIO <input type="checkbox"/> PROTECCIÓN PURA <input type="checkbox"/> CAPITALIZABLE	RENTA MENSUAL CONTRATADA \$ _____	% INCREMENTO <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15			NÚMERO DE RENTAS GARANTIZADAS <input type="checkbox"/> 36 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 120 <input type="checkbox"/> 180			
		FONDO DE RESPALDO ECONÓMICO "FORE" <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 30 VECES DE RENTA CONTRATADA						

PLAN	PLAZO DE PAGO DE PRIMAS	SUMA ASEGURADA	PLAN	PLAZO DE PAGO DE PRIMAS	SUMA ASEGURADA
TRADICIONALES: MONEDA NACIONAL <input type="checkbox"/> TEMPORAL <input type="checkbox"/> OV <input type="checkbox"/> VPL <input type="checkbox"/> DOTAL	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20	\$ _____	TRADICIONALES: MONEDA DOLARES <input type="checkbox"/> TEMPORAL <input type="checkbox"/> OV <input type="checkbox"/> VPL <input type="checkbox"/> DOTAL	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20	\$ _____
	EDAD ALCANZADA <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 65	\$ _____		EDAD ALCANZADA <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 65	\$ _____
		\$ _____			\$ _____
<input type="checkbox"/> LÍDER	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> OV				

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA
<input type="checkbox"/> MA : Indemnización por Muerte Accidental	\$ _____
<input type="checkbox"/> MAPO : Indemnización por Muerte Accidental o Pérdida de Miembros	\$ _____
<input type="checkbox"/> DI : Indemnización por Muerte Accidental o Pérdida de Miembros y Doble Pago	\$ _____
<input type="checkbox"/> BAA : Indemnización por Muerte o Pérdida de Miembros en Accidente Automovilístico	\$ _____
<input type="checkbox"/> BIT : Beneficio Adicional de Exención de Pago de Primas por Invalidez	_____
<input type="checkbox"/> IPSA : Invalidez con Pago de la Suma Asegurada	\$ _____
<input type="checkbox"/> IPSA X ACC : Invalidez con Pago de la Suma Asegurada por Accidente	\$ _____
<input type="checkbox"/> IPSA X ENF : Invalidez con Pago de la Suma Asegurada por Enfermedad	\$ _____
<input type="checkbox"/> BAGE : Enfermedades Graves	\$ _____
<input type="checkbox"/> BC : Beneficio de Protección Conyugal	_____
<input type="checkbox"/> NF : Beneficio Adicional para "No Fumador"	_____
<input type="checkbox"/> BM : Endoso de Descuento por Mujer	_____
<input type="checkbox"/> BUG : Endoso de Pago Inmediato de Últimos Gastos	_____

TOTAL DE LA PRIMA ANUAL	FORMA DE PAGO
	<input type="checkbox"/> ANUAL <input type="checkbox"/> SEMESTRAL <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> MENSUAL

b.- ACCIDENTES PERSONALES

<input type="checkbox"/> I.- PÉRDIDA DE LA VIDA	<input type="checkbox"/> II.- PÉRDIDA DE MIEMBROS Y DE LA VISTA CON ESCALA A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> II.- INDEMNIZACIÓN DIARIA POR INCAPACIDAD	<input type="checkbox"/> IV.- REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR :
\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	DEDUCIBLE COMO MÍNIMO \$ 500.00 Ó \$ _____	COASEGURO % <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 25	

4.- BENEFICIARIOS

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.

NOMBRES COMPLETOS	PARENTESCO (Para efectos de identificación)	%
PREFERENTES		
SUBSIDIARIOS		

5.- INFORMACIÓN PARTICULAR DEL SOLICITANTE

DEPORTES Y/O AFICIONES QUE PRACTICA (ALPINISMO, BUCEO, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, ETC.)	¿DESEA CUBRIR EL RIESGO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿PARTICIPA EN COMPETENCIAS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	AMATEUR <input type="checkbox"/> PROFESIONAL <input type="checkbox"/>	FRECUENCIA DIARIO <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/>
SI PRACTICA ALGÚN DEPORTE PELIGROSO Y DESEA CUBRIR EL RIESGO, ES NECESARIO LLENAR EL CUESTIONARIO CORRESPONDIENTE				
¿VIAJA EN AVIONES PARTICULARES O MILITARES?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿DESEA CUBRIR EL RIESGO?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
EN CASO DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS, DEBERÁ LLENAR EL CUESTIONARIO DE AVIACIÓN				

6.- PÓLIZAS DE SEGURO DE VIDA QUE TIENE ACTUALMENTE EN VIGOR (MAYORES A \$1,000,000)

¿ESTÁ USTED ACTUALMENTE ASEGURADO?	¿ EN QUÉ COMPAÑÍA (S) ?	NÚMERO DE PÓLIZA	SUMA ASEGURADA

7.- INFORMACIÓN ADICIONAL, SI EL SOLICITANTE ES DEPENDIENTE ECONÓMICO

DATOS SOBRE SU ESPOSO Y/O PADRE (S)		
¿QUIÉN PAGARÁ LAS PRIMAS DE ESTE SEGURO?	OCUPACIÓN (ES)	INGRESO (S) ANUAL (ES)
¿ESTÁ (N) ASEGURADO (S)?	¿POR CUÁNTO?	¿EN CUÁL COMPAÑÍA?
SI NO: ¿PORQUÉ NO SE HA (N) ASEGURADO?		NOMBRE Y PARENTESCO

8.- DÉ NOMBRES Y DOMICILIOS DE TRES PERSONAS NO FAMILIARES QUE PUEDAN DAR REFERENCIAS

NOMBRE COMPLETO	DOMICILIO COMPLETO	POBLACIÓN, ESTADO	TELÉFONO

9.- INFORMACIÓN ADICIONAL DEL SOLICITANTE

FUMA UD. ¿CIGARRILLO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿PURO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿PIPA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NUNCA HE FUMADO <input type="checkbox"/>	SI ACTUALMENTE NO FUMA ¿EN QUÉ FECHA DEJÓ DE FUMAR?	SI HA SUSPENDIDO EL HÁBITO DE FUMAR ¿EN CUÁNTAS OCASIONES? ¿POR CUÁNTO TIEMPO?	¿CUÁNTOS CIGARRILLOS AL DÍA EN PROMEDIO HA FUMADO?	
	¿HACE USO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	TIPO DE BEBIDA	FRECUENCIA	CANTIDAD

**CUESTIONARIO MÉDICO
10.- ANTECEDENTES FAMILIARES**

¿HA HABIDO EN SU FAMILIA CASOS DE DIABETES? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿QUIÉN? PADRE <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> HERMANOS <input type="checkbox"/> TÍOS EN 1er GRADO <input type="checkbox"/>
SI AMBOS PADRES SON DIABÉTICOS, SE REQUIERE EXAMEN MÉDICO	
ESTATURA EXACTA SIN ZAPATOS	¿HA VARIADO SU PESO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
PESO EXACTO SIN SACO	KGS. AUMENTADOS KGS. DISMINUIDOS MOTIVO

11.- DATOS CLÍNICOS

1.- ¿TIENE ALGÚN DEFECTO EN LA VISTA O AUDICIÓN?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2.- ¿LE FALTA ALGÚN MIEMBRO O PARTE DE ÉL?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.- ¿HA PADECIDO O PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD, AFECCIÓN O LESIÓN?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.- ¿PADECE ACTUALMENTE O HA PADECIDO ALGÚN PROBLEMA DEL SISTEMA NERVIOSO?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5.- ¿ESTÁ BAJO TRATAMIENTO MÉDICO O TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6.- EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS; ¿HA CONSULTADO A ALGÚN MÉDICO?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.- ¿HA CONSULTADO AL MÉDICO POR ALGUNA ENFERMEDAD INFECCIOSA DE TRANSMISIÓN SEXUAL COMO: SÍFILIS, GONORREA O SIDA?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8.- ¿SE LE HA PRACTICADO O TIENE PENDIENTE ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9.- ¿HA ESTADO USTED INTERNADO EN ALGÚN HOSPITAL O SANATORIO PARA DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10.- ¿SE LE HAN HECHO ESTUDIOS DE RAYOS X?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11.- ¿SE LE HAN PRACTICADO ELECTROCARDIOGRAMAS?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12.- ¿PADECE O HA PADECIDO DE ALGUNA ENFERMEDAD DEL CORAZÓN O DE LA PRESIÓN ARTERIAL?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13.- ¿PADECE O HA PADECIDO DE ALGÚN TUMOR O CÁNCER?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14.- ¿PADECE O HA PADECIDO DE DIABETES?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15.- (EN CASO DE SER MUJER) ¿ESTÁ EMBARAZADA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿DE CUÁNTO TIEMPO? _____	
16.- ¿LES HAN SIDO RECHAZADAS O EXTRAPRIMADAS PÓLIZA DE VIDA, ACCIDENTES O GTOS. MÉD. EN OTRA COMPAÑÍA?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17.- OTRO PADECIMIENTO NO MENCIONADO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

EN CASO DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS, DAR AMPLIA INFORMACIÓN EN EL CUADRO SIGUIENTE

NOMBRE DE LAS ENFERMEDADES, LESIONES, ESTUDIOS O TRATAMIENTOS	FECHA EN QUE LOS SUFRIÓ O SE LE PRACTICARON	DURACIÓN	CONDICIONES FÍSICAS ACTUALES
NOMBRE, DOMICILIO Y TELÉFONO DE LOS MÉDICOS TRATANTES			

MUY IMPORTANTE, DE INTERÉS PARA EL SOLICITANTE (DEBE LEERLO ANTES DE FIRMAR)

Se previene al solicitante que, conforme a la Ley sobre el 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 en 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, si fuera necesario, 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 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 fallecimiento o en cualquier momento en que la Compañía lo considere oportuno.

Así mismo, 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.

MANDATO PARA ADMINISTRACIÓN DE VALORES

De conformidad con las reglas emitidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, publicadas en el Diario Oficial de la Federación del 28 de Diciembre de 1992; y los Artículos 2551 fracc. III y 2554, segundo párrafo del Código Civil para el Distrito Federal y sus correlativos de los Estados de la República, OTORGO MANDATO DE ADMINISTRACIÓN a LA LATINOAMERICANA, SEGUROS, S. A., para que administre en valores los dividendos que produzca el Contrato al cuál se adhiere este mandato, mismos que conjuntamente con los intereses que se generen de la inversión, se destinarán a mantener mi Póliza en vigor.

En caso que durante la vigencia de la Póliza, desee retirar parcial o totalmente el fondo en administración constituido, me obligo a solicitarlo con un mínimo de sesenta días de anticipación. Si a la terminación del Contrato, o a su cancelación anticipada, hubiere un remanente en la inversión, éste me será devuelto.

Acepto que el mandatario no puede garantizar un tipo de interés y éste seguirá las condiciones del mercado.

Manifiesto expresamente que, encomiando a dicha Aseguradora, el que después de mi fallecimiento, el importe del fondo que hubiere lo entregue a los beneficiarios designados por mí, en la Póliza.

_____ LUGAR Y FECHA

_____ FIRMA DEL SOLICITANTE

_____ FIRMA DEL CONTRATANTE

Registro C.N.S.F. Oficio. 06-367-I-1.1/16404 del 22/06/1993, Exp. 732.1 (S-35)/1

_____ LUGAR Y FECHA

_____ FIRMA DEL SOLICITANTE

_____ FIRMA DEL CONTRATANTE

“Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por 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”.

NOMBRE DEL AGENTE	%	No. CÉDULA	CLAVE	FIRMA DEL AGENTE
NOMBRE DEL PROMOTOR	%	No. CÉDULA	CLAVE	FIRMA DEL PROMOTOR

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número de C.N.S.F. según oficio. 06-367-II-I/1180 Exp. 732.1 (S-35)/1 fecha 06/02/2001.