

SEGURO DE VIDA DE GRUPO

PASOS DE LLENADO DEL FORMATO



**CONSENTIMIENTO
SEGURO DE VIDA GRUPO**

Eje Central Lázaro Cárdenas 2,
8° Piso, 06007, Ciudad de
México, Tel.: 5130-2800
latinoseguros.com.mx

Este documento no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras

Declaro que he leído el aviso de privacidad de La Latinoamericana, Seguros, S.A., mismo que se encuentra al final de este documento y estoy de acuerdo en que el tratamiento y uso de los datos personales proporcionados en este documento se efectúe por esa institución en los términos de dicho aviso. Por lo anterior es que el llenado del presente es prueba del otorgamiento de mi consentimiento expreso a dicha institución para el tratamiento de los mismos.

Dejar en blanco
(datos de póliza)

Datos de la póliza

Póliza anterior	_____	Póliza	_____	Certificado	_____	Filial	_____	Categoría	_____
Nombre completo del Contratante									
INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL									

Llenar con
TUS datos

Datos del Asegurado

Apellido Paterno, Materno, Nombre(s)		Masculino <input type="checkbox"/>		Femenino <input type="checkbox"/>				
Fecha de Nacimiento Día/Mes/Año		Correo electrónico		Teléfono				
Calle		Número (Exterior e Interior)		Colonia		Código Postal		
Delegación o Municipio			Ciudad o Población			Entidad Federativa		

Dejar en blanco
(a partir de sueldo)

Sueldo Mensual _____ Ocupación o actividad principal que desempeña _____

Fecha de ingreso a la empresa _____ Fecha de alta en el seguro de vida _____ Suma asegurada o regla para determinarla _____

¿Utiliza motocicleta? Si No ¿Porta arma de fuego para desempeñar sus labores? Si No

¿Ha sido sometido a tratamiento médico y/o quirúrgico o ha estado bajo vigilancia médica o padece alguna enfermedad, lesión corporal o ha tenido algún accidente? Si No

En caso de respuesta afirmativa a las preguntas anteriores, dar detalles al respecto _____

Trabaja en: Oficina Vía pública Otro(s) _____

Durante los últimos seis meses ¿ha trabajado en forma activa? Si No En caso de respuesta negativa indicar causa
Causa: _____ Periodo: desde _____ hasta _____

Llenar
Datos del
Asegurado
con TUS
datos.


Datos de los 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.

EJEMPLO:

Nombre	Domicilio	Porcentaje	Fecha de nacimiento	Parentesco	
		50%			Revocable <input type="checkbox"/> Irrevocable <input type="checkbox"/>
		25%			Revocable <input type="checkbox"/> Irrevocable <input type="checkbox"/>
		25%			Revocable <input type="checkbox"/> Irrevocable <input type="checkbox"/>

¿Desea manifestar algún hecho importante o relevante para la apreciación del riesgo?

 Familiares directos, mayores de 18 años, dividir el 100%

Familiares directos (padres, hermanos, hijos)

Mayores de 18 años

Dividir el 100% (dividirlo entre los beneficiarios)

FECHA:
9 de Enero 2019

Ciudad de
México
9 de Enero de
2019



Aviso de privacidad integral		
<p>La Latinoamericana Seguros S.A, con domicilio en Eje Central Lázaro Cárdenas No. 2, 8° piso, Colonia Centro, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06007, Ciudad de México, en cumplimiento a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, le informa que sus datos personales (patrimoniales, académicos, laborales, de identificación, de procedimientos administrativos seguidos en forma de juicio y/o jurisdiccionales, de tránsito y movimientos migratorios) incluyendo los sensibles (ideológicos, afiliación sindical, de salud, vida sexual, características físicas y personales) obtenidos o proporcionados mediante la solicitud, cuestionarios o formatos del seguro o por cualquier medio o tecnología, o bien los que se generen de la relación que en su caso se celebre con Usted, serán tratados para evaluar su solicitud de seguro, selección de riesgos, emisión del contrato de seguro, trámite de reclamaciones de siniestros, administración de la póliza, prevención de fraude y operaciones ilícitas, estudios estadísticos y para dar cumplimiento a nuestras obligaciones de conformidad con la Ley sobre el Contrato de Seguro y demás normatividad aplicable.</p> <p>Sus datos personales podrán ser tratados para el ofrecimiento y promoción de nuestros productos, servicios y/o prospección comercial; de no estar de acuerdo con el tratamiento de sus datos personales para los fines indicados en este párrafo, deberá manifestarlo en el espacio destinado para tal fin.</p> <p>Sus datos personales podrán ser transferidos a las autoridades que los requieran con el fin de cumplir con nuestras obligaciones legales, así como a otras Aseguradoras para fines de selección de riesgos. Dichas transferencias serán realizadas sin su consentimiento conforme al artículo 37 de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares; en caso de realizar alguna transferencia que requiera su consentimiento expreso, éste será recabado. Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como revocar el consentimiento otorgado, utilizando los formularios, guías y procedimientos que se encuentran a su disposición en la página de internet latinoseguros.com.mx en la sección "Aviso de Privacidad", o por escrito libre dirigido al Oficial de Protección de Datos Personales, entregado en el domicilio de La Latinoamericana Seguros, S.A., o a través del correo electrónico: protecciondatos@latinoseguros.com.mx. Para conocer las opciones que La Latinoamericana Seguros, S.A. tiene para limitar el uso y divulgación de sus datos personales, puede consultar la página de internet latinoseguros.com.mx en la sección "Aviso de Privacidad" o consultarlas en el domicilio de ésta. El presente Aviso de Privacidad o sus actualizaciones, los conocerá en nuestras oficinas, mediante comunicados que nuestro personal y agentes pueden hacerle llegar, en nuestra página de internet, o bien en el teléfono 5130-2881.</p> <p>Fecha de la última actualización al presente Aviso de Privacidad: 23 de Octubre de 2013.</p> <p>Autorizo a La Latinoamericana Seguros, S.A, para tratar mis datos para ofrecimiento y/o prospección comercial. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Este documento sólo constituye el consentimiento requerido por el artículo 167 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.</p>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lugar y fecha	Nombre del Asegurado	Firma del Asegurado

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la ² documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 29 de febrero del 2016, con el número RESP-S0013-0100-2016 y del día 12 de julio de 2016, con el número CGEN-S0013-0454-2016/ CONDUSEF-000371-01.

Entregar
original y
copia de
ambas
hojas



CONSENTIMIENTO SEGURO DE VIDA GRUPO

Eje Central Lázaro Cárdenas 2,
8° Piso, 06007, Ciudad de
México, Tel.: 5130-2800
latinoseguros.com.mx

Este documento no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras

Declaro que he leído el aviso de privacidad de La Latinoamericana, Seguros, S.A., mismo que se encuentra al final de este documento y estoy de acuerdo en que el tratamiento y uso de los datos personales proporcionados en este documento se efectúe por esa institución en los términos de dicho aviso. Por lo anterior es que el llenado del presente es prueba del otorgamiento de mi consentimiento expreso a dicha institución para el tratamiento de los mismos.

Datos de la póliza			
Póliza anterior	VACIO	Póliza	VACIO
Certificado	VACIO	Filial	VACIO
Categoría	VACIO		
Nombre completo del Contratante			
INSTITUTO POILITÉCNICO NACIONAL			
Datos del Asegurado			
Apellido Paterno, Materno, Nombre(s)	TU NOMBRE		Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
TU FECHA DE NACIMIENTO	TU CORREO	TU TELÉFONO	
Fecha de Nacimiento Día/Mes/Año	Correo electrónico	Teléfono	
TU CALLE	NÚMERO DE TU CASA	TU COLONIA	TU CÓDIGO POSTAL
Calle	Número (Exterior e Interior)	Colonia	Código Postal
TU DELEGACIÓN	TU CIUDAD	TU ENTIDAD FEDERATIVA	
Delegación o Municipio	Ciudad o Población	Entidad Federativa	
VACIO	VACIO		
Sueldo Mensual	Ocupación o actividad principal que desempeña		
VACIO	VACIO	VACIO	
Fecha de ingreso a la empresa	Fecha de alta en el seguro de vida	Suma asegurada o regla para determinarla	
¿Utiliza motocicleta ?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Porta arma de fuego para desempeñar sus labores?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Ha sido sometido a tratamiento médico y/o quirúrgico o ha estado bajo vigilancia médica o padece alguna enfermedad, lesión corporal o ha tenido algún accidente?			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso de respuesta afirmativa a las preguntas anteriores, dar detalles al respecto			
VACIO			
Trabaja en: Oficina <input type="checkbox"/> Vía pública <input type="checkbox"/> Otro(s) VACIO			
Durante los últimos seis meses ¿ha trabajado en forma activa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de respuesta negativa indicar causa			
Causa:	VACIO	Periodo: desde	VACIO hasta VACIO