

# SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

---

PASOS DE LLENADO DEL FORMATO



**CONSENTIMIENTO**  
**SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO**  
Este documento no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras

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

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.

Nombre completo del Contratante			
INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL			
Datos de la póliza			
Número de póliza anterior	Número Póliza	Número Certificado	Número de Filial
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
Sueldo Mensual		Ocupación	Categoría dentro de la misma
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:		Periodo: desde	hasta
Suma Asegurada o regla para determinarla:			

**Dejar en blanco**  
**(datos de póliza)**



**Llenar con**  
**TUS datos**



**Dejar en blanco**  
**(a partir de**  
**sueldo)**



Datos de los Beneficiarios					
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>					
<b>EJEMPLO:</b>					
Nombre	Domicilio	Porcentaje	Fecha de nacimiento	Parentesco	
		<b>50%</b>			Revocable <input type="checkbox"/> Irrevocable <input type="checkbox"/>
		<b>25%</b>			Revocable <input type="checkbox"/> Irrevocable <input type="checkbox"/>
		<b>25%</b>			Revocable <input type="checkbox"/> Irrevocable <input type="checkbox"/>
¿Desea manifestar algún hecho importante o relevante para la apreciación del riesgo?					
Importante					
<p>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.</p> <p>De conformidad con el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, cualquier omisión o inexacta declaración facultará a</p>					

**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 de 2019.**

**Aviso de privacidad integral**

La Latinoamericana Seguros S.A, con domicilio en Eje Central Lázaro Cárdenas No. 2, 8º 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.

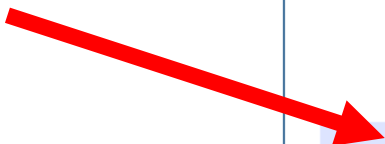
Sus datos personales podrán ser tratados para el ofrecimiento y promoción de nuestros productos, servicios y/o prospección comercial; de no estar de acuerdo con el tratamiento de sus datos personales para los fines indicados en este párrafo, deberá manifestarlo en el espacio destinado para tal fin.

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

Fecha de la última actualización al presente Aviso de Privacidad: 23 de Octubre de 2013.

Autorizo a La Latinoamericana Seguros, S.A, para tratar mis datos para ofrecimiento y/o prospección comercial. Si  No

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.



<hr style="border: 1px solid black;"/> Lugar y fecha	<hr style="border: 1px solid black;"/> <b>TU nombre</b> Nombre del Asegurado	<hr style="border: 1px solid black;"/> <b>TU firma</b> Firma del Asegurado
---	--	--

**Entregar**  
**original y**  
**copia de**  
**ambas**  
**hojas**

**Ciudad de México**

**9 de Enero 2019**



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

## CONSENTIMIENTO SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO

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.

Nombre completo del Contratante			
INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL			
Datos de la póliza			
Número de póliza anterior	VACIO	Número Póliza	VACIO
Número Certificado	VACIO	Número de Filial	VACIO
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	VACIO	
Sueldo Mensual	Ocupación	Categoría dentro de la misma	
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
Suma Asegurada o regla para determinarla:	VACIO		