

SOLICITUD DE SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

Este documento no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras

Datos del Contratante, Persona Física (PF) Persona Moral (PM)			
Apellido Paterno, Materno, Nombre(s) / Denominación o Razón Social _____			
Fecha de Nacimiento o Constitución	Día / Mes / Año	R. F. C. con homoclave(1)	C.U.R.P. (1)
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 PF / teléfono del domicilio PM	
Domicilio del Contratante			
Calle	Número (Exterior e Interior)	Código Postal	Colonia
Delegación o Municipio	Ciudad o Población	Entidad Federativa	
Validación de la identificación del Proponente por parte del Agente			
Tipo de identificación _____	Número _____	Emisor _____	
Nombre de la persona que validó (Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)) _____			Clave _____
Datos Generales			
Moneda:	Pesos <input type="checkbox"/>	Dólares <input type="checkbox"/>	Vigencia del: _____ al: _____
Datos del Bien y/o Actividad a Asegurar			
Ubicación			
Calle	Número (Exterior e Interior)	Código Postal	Colonia
Delegación o Municipio	Ciudad o Población	Entidad Federativa	
Colindantes:	Al norte	Al oriente	
	Al sur	Al poniente	
Datos adicionales			
Giro principal del negocio: _____			
Giro secundario del negocio: _____			
Ingresos Anuales: _____		Número de Empleados: _____	
Coberturas solicitadas:			
Actividades e Inmuebles	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Suma Asegurada _____	Estacionamiento o Taller
Cruzada	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	Sublímite por vehículo _____
Arrendatario	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	Número de cajones _____
Hotelería	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Número de cuartos _____	Otra
			Suma Asegurada _____
			Sublímite por vehículo _____
			Número de cajones _____
			Acomodadores Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Especificar _____
Siniestralidad de los últimos 5 años			
Año	Monto	Descripción de las causas del siniestro	
1	_____	_____	
2	_____	_____	
3	_____	_____	
4	_____	_____	
5	_____	_____	

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

Datos de los Beneficiarios preferentes

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

Fecha de Nacimiento o Constitución _____ Parentesco (para efectos de identificación) _____ Porcentaje de Suma Asegurada _____

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 _____

Calle _____ Número (Exterior e Interior) _____ Código Postal _____ Colonia _____

Delegación o Municipio _____ Ciudad o Población _____ Entidad Federativa _____

Datos de identificación del Contratante Persona Física o Persona Moral

¿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

¿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 _____

Datos adicionales de identificación del Contratante, solo Persona Física

En respuestas afirmativas, responder las secciones indicadas, del formato PLD FO-01

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 o actividad? _____

Datos de identificación del Contratante, solo Persona Moral

Actividad, giro mercantil u objeto social _____ Folio mercantil _____

Nombre del apoderado legal (Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)) _____

Apoderado legal: cuando se estime que la prima de la póliza es mayor de \$7,500 dólares o su equivalente en moneda nacional. Responder la sección A y H del formato PLD FO-01

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 y estoy conforme con las mismas.

“Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por La Latinoamericana, Seguros, S. A., ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud”.

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, 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 Contratante

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 Proponente, 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 Contratante estampada corresponde a la asentada en esta solicitud. Además informaré a La Latinoamericana, Seguros, S. A., inmediatamente cuando conozca sobre cualquier cambio que tenga conocimiento en cuanto a esta información del Contratante para la actualización del expediente del mismo.

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

Firma _____

Clave _____