



# SOLICITUD DE SEGURO ROTURA DE MAQUINARIA

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

## 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)

Número de serie de la firma electrónica(1) Correo electrónico (1) Teléfono donde se pueda localizar PF/teléfono del domicilio PM

Nacionalidad: Mexicana  Extranjera  (responder la sección A y D del formato PLD FO-01) País de nacimiento \_\_\_\_\_

## Domicilio del Contratante

Calle Número (Exterior e Interior) Código Postal Colonia

Delegación o Municipio Ciudad o Población Entidad Federativa

## Verificación de la identificación del Proponente por el Agente

Tipo de identificación \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Emisor \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que validó (Apellido Paterno, Materno, Nombre(s)) Clave

## Datos generales

Moneda Pesos  Dólares  Vigencia del: \_\_\_\_\_ al: \_\_\_\_\_

Forma de pago: Efectivo   
Otro \_\_\_\_\_ Periodo de pago: Anual  Semestral  Trimestral  Mensual

## Datos del Bien 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: \_\_\_\_\_

Descripción del equipo: \_\_\_\_\_

Uso del equipo: \_\_\_\_\_

Antigüedad del equipo: \_\_\_\_\_ Valor de reposición: \_\_\_\_\_

¿Los equipos cuentan con factura? Si  No

¿Se cuenta con vigilancia del bien propuesto para aseguramiento durante las 24 horas del día? Si  No

En caso de asegurar más de una máquina anexar relación con la información por máquina.

Coberturas solicitadas								
Cobertura	Si	No	Suma Asegurada	Cobertura	Si	No	Suma Asegurada	
Básica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Explosión física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Daños por fuerza centrífuga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Casco maquinas móviles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Flete aéreo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Derrame de tanques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Explosión y fuerza centrífuga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Explosión motores combustión interna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
				Envíos por expreso y tiempo extra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	

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

¿Cual 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 \_\_\_\_\_ Otro, 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

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, 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 Ay 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.

Manifiesto que conozco las condiciones generales, particulares y exclusiones aplicables al seguro solicitado, las cuales también he consultado en la página latinoseguros.com.mx, y estoy conforme con las mismas. Asimismo manifiesto que es mi deseo que me sean enviadas dichas condiciones generales y toda la documentación relativa al seguro solicitado a través de mi correo electrónico.

Si  No  En caso afirmativo, indique el correo electrónico al cual le serán enviadas: \_\_\_\_\_

Cualquier duda o comentario esta a su disposición el área de Unidad de Atención Especializada en los siguientes números telefónicos 01800 0011 900, 5130-2800 ext. 1633, 2828, en el correo electrónico unidad\_especializada@latinoseguros.com.mx o directamente en Eje Central Lázaro Cárdenas numero 2 Piso 8 Colonia Centro, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México,

El pago de la indemnización está sujeto a que el siniestro ocurra dentro de la vigencia de la póliza y se pagará de acuerdo a Condiciones Generales.

**“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”.**

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

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Contratante

Aviso de privacidad integral

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 (la "Ley"), 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; 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 5130-2800 ext. 1338. El llenado del presente documento es prueba del otorgamiento de mi consentimiento expreso a La Latinoamericana Seguros S.A, para el tratamiento de mis datos personales. Fecha de la última actualización al presente Aviso de Privacidad: 21 de Octubre de 2015.

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

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Asegurado

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la 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 01 de julio de 2016, con el número CNSF-S0013-0575-2016/CONDUSEF-001734-01. 4