

SOLICITUD DE SEGURO SOBRE AUTOMÓVILES

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 esta solicitud se efectúe por esa Institución en los términos de dicho aviso. Por lo anterior es que el llenado de la presente solicitud de aseguramiento es prueba del otorgamiento de mi consentimiento expreso a dicha institución para el tratamiento de los mismos.

Datos del Asegurado y/o Contratante, Persona Física (PF) Persona Moral (PM)			
Apellido Paterno, Materno, Nombre(s) / Denominación o Razón Social		Ocupación / Giro	
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	
Nacionalidad: Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera <input type="checkbox"/> (responder la sección A y D del formato PLD FO-01)			País de nacimiento:
Calle	Número (Exterior e Interior)	Código Postal	Colonia
Delegación o Municipio		Ciudad o Población	Entidad Federativa
Datos de la póliza			
Vigencia inicia	Desde las 12 hrs. del _____ hasta las 12 hrs. del _____	Póliza anterior	_____
	Día/Mes/Año	Día/Mes/Año	
Forma de pago			
Cargo a tarjeta de crédito <input type="checkbox"/>	Trasferencias interbancaria <input type="checkbox"/>	Periodo de pago: Anual <input type="checkbox"/>	Semestral <input type="checkbox"/>
Deposito a cuentas referenciadas <input type="checkbox"/>	Efectivo <input type="checkbox"/>	Cheque <input type="checkbox"/>	Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>
Los cheques deberán ser expedidos a favor de La Latinoamericana Seguros, S.A. y serán recibidos salvo buen cobro. Para pagos vía transferencia electrónica deberá utilizar la clave bancaria estandarizada (CLABE) del Banco correspondiente y proporcionar la REFERENCIA (señalado en el recibo de primas). Para pagos con tarjeta de crédito, lo deberá realizar directamente en nuestras oficinas, presentando su tarjeta o anexando el formato de autorización correspondiente, debidamente firmado. IMPORTANTE :El pago oportuno de la prima del seguro, es requisito indispensable para mantener la vigencia de la póliza.			
Automóvil a Asegurar (para flotilla anexar la información por vehículo)			
Póliza	Tipo	Uso	Procedencia del vehículo
Individual <input type="checkbox"/>	Automóvil <input type="checkbox"/>	Particular <input type="checkbox"/>	Nacional <input type="checkbox"/>
Flotilla <input checked="" type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	Público <input type="checkbox"/>	Importación <input type="checkbox"/> Legalizada <input type="checkbox"/>
Marca	Descripción del vehículo		Tipo de combustible
Transmisión	Aire acondicionado Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Modelo	Número de cilindros
Número de serie o número de identificación vehicular (NIV)		Número de motor	Placas
Amparada			
Equipo Especial	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especificar _____	Valor \$ _____
Blindaje	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especificar _____	Valor \$ _____

Coberturas solicitadas				
	Amparada		Suma Asegurada	Deducible
	Si	No		
Daños Materiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Robo Total	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Responsabilidad Civil por Daños a Terceros (Límite Único y Combinado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Responsabilidad Civil Viajero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Accidentes al Conductor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Coberturas de Asistencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Coberturas Adicionales sólo Auto Particular				
Auto Sustituto (Hasta 10 años de antigüedad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida total	Daños <input type="checkbox"/> Robo <input type="checkbox"/>
Latino más Diez (hasta 10 años de antigüedad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Responsabilidad Civil Catastrófica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Responsabilidad civil viajero				
En caso de financiamiento indicar Beneficiario preferente				
Denominación o Razón Social _____				
Conductor habitual del Automóvil a Asegurar				
Nombre: _____				
¿Desea manifestar algún hecho importante o relevante para la apreciación del riesgo?				
Datos de identificación de quien solicita el seguro				
¿Existe alguna persona además del Asegurado o Beneficiario que obtiene los beneficios de este seguro?				
Si <input type="checkbox"/> responder la sección A, C y E del formato Entrevista No <input type="checkbox"/>				
¿Cuál es el origen de los recursos con los que pagará la prima de su póliza? _____				
La persona a asegurar deberá responder (2)				
En caso de que el Solicitante y el Contratante sean diferentes, el Contratante deberá responder la sección A y E del formato de Entrevista				
Nacionalidad(2) Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ E-mail(1) _____				
País de nacimiento(2) _____				
Número de serie de la firma electrónica avanzada(1) _____ Teléfono(2) _____				
Verificación de la identificación del posible Contratante por el Agente (solo si la prima es mayor a 2,500 dólares americanos o su equivalente en moneda nacional)				
Tipo de identificación(2) _____ Número(2) _____ Emisor(2) _____				
NOTAS:				
En caso de que la prima rebase los 7,500 dólares americanos o su equivalente en moneda nacional deberá responder el formato de entrevista A y B				
(1) Sólo en caso de que cuente con ellos.				
(2) Datos indispensables si la prima es mayor a 2,500 dólares americanos o su equivalente en moneda nacional				

Importante

Declaro que el origen y procedencia de los recursos a ser aportados con motivo del contrato de seguro que derive de la presente solicitud, son de procedencia lícita. Asimismo, manifiesto que los datos proporcionados en este acto son verídicos y autorizo a La Latinoamericana Seguros, S.A., para corroborar esta información.

Si solicita el seguro por cuenta propia indicar

Si solicita el seguro por cuenta de un tercero indicar

Nombre y firma del Solicitante

Nombre del representante o apoderado

Nombre

Firma

Nombre del asegurado o 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.

Conozco las condiciones generales y/o particulares del seguro solicitado.

Manifiesto que es mi deseo que me sean enviadas las condiciones generales del presente contrato de seguro, así como toda la documentación relativa al mismo, a través de mi correo electrónico. Si No

En caso afirmativo, indique el correo electrónico al cual le serán enviadas. _____

La comprobación del pago oportuno de la prima servirá como elemento probatorio de la celebración del contrato en los términos que se establezcan en el mismo.

Cualquier duda o comentario esta a su disposición el área de Unidad de Atención Especializada en los siguientes números telefónicos 01 800 0011 - 900 , 5130 - 28 - 00 ext. 1633 y 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 seguro solicitado cuenta con limitaciones y exclusiones, las cuales están contenidas en las condiciones generales mismas que pueden ser consultadas en la página web latinoseguros.com.mx.

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.

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 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.

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
Manifiesto que conozco las condiciones generales del seguro solicitado y que las he consultado en la página de internet (latinoseguros.com.mx) de la empresa y estoy conforme con ellas.

Lugar y fecha

Nombre del Solicitante y/o Contratante

Firma del Solicitante y/o Contratante

Nota importante para el Agente

En cumplimiento a lo dispuesto por la normatividad aplicable a la materia de seguros es responsabilidad del agente informar de manera clara y detallada, el alcance real de la cobertura, la forma de conservarla o darla por determinada, así como las consecuencias de la rehabilitación, vigencia del producto, salvamentos y renovación automática, remitiendo dicha información a La Latinoamericana Seguros S. A. para que sea esta se sirva a brindar la atención y trámites correspondientes para la correcta apreciación del riesgo.

Agente de Seguros: declaro y hago constar que verifiqué la información de este formato y corresponde a los documentos entregados por el Asegurado y/o Contratante, así mismo cotejé los presentes documentos con el original y/o copias certificadas que tuve a la vista y que la firma del Asegurado 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 27 de Febrero de 2017, con el número CNSF-S0013-0120-2017 / CONDUSEF-000364-03