

## SOLICITUD DE SEGURO OBRA CIVIL

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 Contratante 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 Riesgo:			
Título del contrato (si el proyecto consiste de varias secciones, especificar las mismas): _____			
Nombre del propietario del predio y/u obra: _____			
Ubicación de la obra: _____			
	Calle	Número	Colonia
	Población	Estado	Municipio C.P.
Detalles del subsuelo:			
<input type="checkbox"/> Roca	<input type="checkbox"/> Arena	<input type="checkbox"/> Rellenos	
<input type="checkbox"/> Grava	<input type="checkbox"/> Arcilla	Otras condiciones del subsuelo: _____	
Fallas geológicas: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Aguas subterráneas:	Nivel por debajo de grado: _____	Metros: _____
Existe río, lago, mar, etc., cerca de la zona: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre: _____	Distancia: _____	
	Nivel registrado:	Bajo <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>	Día _____
Condiciones meteorológicas:			
Temporada de lluvia:	Precipitaciones pluviales máximas:	Por hora <input type="checkbox"/> Por día <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/>	
	Nivel de daño de las tormentas:	Menor <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>	
Giro del propietario: _____	Fecha de inicio de la obra: _____	Avance de la obra: _____%	
Fecha de terminación de la obra: _____	Duración de la construcción: _____	Periodo de mantenimiento de _____ hasta _____	
Tipo de construcción: _____			
Descripción de obra: _____			
¿El Contratista tiene experiencia en este tipo de trabajo o método de construcción? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

Nombre del (los) Subcontratista(s): \_\_\_\_\_

Dirección del (los) Subcontratista(s): \_\_\_\_\_  
Calle Número Colonia

Población Estado Municipio C.P.

Mencionar trabajos a realizar por el (los) Subcontratista(s): \_\_\_\_\_

Nombre del (los) Ingeniero (s) consultor (es): \_\_\_\_\_

Dirección del (los) Ingeniero (s) consultor (es): \_\_\_\_\_  
Calle Número Colonia

Población Estado Municipio C.P.

**Valores totales estimados:**

Obra: \_\_\_\_\_ Materiales: \_\_\_\_\_ Costo del contrato: \_\_\_\_\_

Materiales o bienes abastecidos por el principal: \_\_\_\_\_ Construcción, planta y equipo: \_\_\_\_\_

Coberturas solicitadas:	Sumas aseguradas		Sumas aseguradas
<input type="checkbox"/> DOPA (Daños a otras propiedades del asegurado) _____		<input type="checkbox"/> Gastos adicionales por trabajos horas extras	_____
<input type="checkbox"/> Equipo contratistas _____		<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Personas	_____
<input type="checkbox"/> Montaje de maquinaria y equipo _____		<input type="checkbox"/> Sublímite por persona	_____
<input type="checkbox"/> Construcción de instalaciones provisionales _____		<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Bienes	_____
<input type="checkbox"/> Remoción de escombros _____		<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Remoción de escombros horas extras _____		<input type="checkbox"/>	_____

Riesgos especiales: Incendio/explosión  Trabajos destructivos, explosivos  Derrumbe

**Siniestralidad de los últimos 5 años**

Año	Monto	Descripción de las causas del siniestro
1	_____	_____
2	_____	_____
3	_____	_____
4	_____	_____
5	_____	_____

¿El contratista cuenta con una póliza de Responsabilidad Civil por separado?

Detalles de edificaciones existentes o propiedades vecinas que puedan ser afectadas por el trabajo contratado (por ejemplo: excavaciones, anclajes, pilotajes, vibración, descenso de nivel freático, etc.)

¿Existen edificaciones y/o estructuras en/o adyacentes a la obra, propiedad o mantenidas bajo cuidado, control y custodia del Propietario y/o Contratista que deban ser aseguradas en prevención de cualquier daño ocasionado por los trabajos ejecutados o por ejecutarse?

Si  No  Límite de indemnización \_\_\_\_\_

**Medidas de seguridad:**

Descripción exacta / especificar estructura: \_\_\_\_\_

Experiencia del Contratista (años): \_\_\_\_\_

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

**Datos ante la designación de 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	
<b>Datos de identificación del Proponente y/o Contratante Persona Física o Persona Moral</b>			
¿Cuenta con más de una póliza contratada con La Latinoamericana, Seguros, S. A.?			
Si <input type="checkbox"/> Especificar _____ No <input type="checkbox"/>			
<b>En respuestas afirmativas responder las secciones indicadas, del formato PLD FO-01</b>			
¿Estima que la prima de su póliza es mayor a \$7,500 dólares o su equivalente en moneda nacional?			
Si <input type="checkbox"/> Sección A y H No <input type="checkbox"/>			
¿Existe alguna persona además del Asegurado o Beneficiario que obtiene los beneficios de este seguro?			
Si <input type="checkbox"/> Responder y requisitar sección A, E y H según corresponda. No <input type="checkbox"/>			
<b>Datos de identificación del Contratante, solo Persona Física</b>			
¿Cuál es el origen de los recursos con los que pagará la prima de su póliza?			
Fideicomiso <input type="checkbox"/>	Ahorro <input type="checkbox"/>	Sueldo <input type="checkbox"/>	Herencia <input type="checkbox"/>
Pensión <input type="checkbox"/>	Bono <input type="checkbox"/>	Prima <input type="checkbox"/>	Honorarios <input type="checkbox"/>
Comisión <input type="checkbox"/>		Venta de bienes, muebles e inmuebles <input type="checkbox"/>	
Inversión <input type="checkbox"/>		Aguinaldo <input type="checkbox"/>	
Recursos gubernamentales <input type="checkbox"/>		Otros, especificar _____	
Comercio, especificar _____			
<b>Datos adicionales de identificación del Contratante, solo Persona Física</b>			
<b>En respuestas afirmativas, responder las secciones indicadas, del formato PLD FO-01</b>			
Durante el último año, ¿ha desempeñado algún cargo en el gobierno mexicano o extranjero?			
Si <input type="checkbox"/> Sección A, B y C No <input type="checkbox"/>			
¿ 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 <input type="checkbox"/> Sección A, B y C No <input type="checkbox"/>			
¿Es accionista de una o más personas morales y ejerce control sobre ellos?			
Si <input type="checkbox"/> Sección A y G No <input type="checkbox"/>			
¿Cuál es su profesión, ocupación o actividad? _____			
<b>Datos de identificación del Contratante, solo Persona Moral</b>			
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			
<b>NOTAS:</b>			
(1) Sólo en caso de que cuente con ellos.			
<b>Importante:</b>			
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 _____		Actúo por cuenta de un tercero _____	
Nombre y firma		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](http://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](http://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.

Fechada 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 \_\_\_\_\_