



**SOLICITUD
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES ESCOLARES**

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

Datos del Proponente, 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 <input type="checkbox"/> Extranjera <input type="checkbox"/> (responder la sección A y D del formato PLD FO-01) País de nacimiento _____				
Actividad o giro de la empresa o negocio _____ Operación accidentes y enfermedades				
Relación del Contratante con el grupo a asegurar _____				
Tipo de sociedad: Sociedad Mercantil <input type="checkbox"/> Sociedad Civil <input type="checkbox"/> Asociación Civil <input type="checkbox"/> Otra (especificar) _____				
Domicilio del Proponente				
Calle				
Número (Exterior e Interior)				
Código Postal				
Colonia				
Delegación o Municipio		Ciudad o Población		Entidad Federativa
Validación de la identificación del Proponente por el Agente				
Tipo de identificación _____		Número _____	Emisor _____	
Nombre de la persona que validó (Apellido Paterno, Materno y Nombre (s))			Clave _____	
Datos Generales				
Vigencia solicitada desde _____ hasta _____ Día/Mes/Año Día/Mes/Año				
Forma de pago: Efectivo <input type="checkbox"/> Otro _____ Periodo de pago: Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>				
Datos del colegio				
Nombre _____ Alumnos <input type="checkbox"/> Docentes <input type="checkbox"/> Administrativos <input type="checkbox"/> Servicio <input type="checkbox"/>				
Nivel escolar		Registro ante la Secretaría de Educación Pública		
Calle				
Número (Exterior e Interior)				
Código Postal				
Colonia				
Delegación o Municipio		Ciudad o Población		Entidad Federativa
Teléfono		Correo electrónico		
Características de la colectividad asegurable: _____				
La presente solicitud de aseguramiento tiene por objeto la expedición de una póliza de seguro que garantice prestaciones u obligaciones Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
En caso afirmativo especificar:				
Legales <input type="checkbox"/> Contractuales <input type="checkbox"/> Voluntarias empleado <input type="checkbox"/> Voluntarias empresa <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> _____				
Porcentaje o cantidad con la que los miembros de la colectividad contribuirán al pago de la prima: _____% \$ _____				
Horario escolar Matutino De: _____ A: _____ Vespertino De: _____ A: _____				
Número de personas que en caso de ser aceptadas integrarán la colectividad _____				
Anexar relación de solicitantes, con nombre completo de los integrantes, fecha de nacimiento, edad, sexo, grado escolar y actividades extra escolares que desempeñan en la escuela.				
Adjunto _____ consentimientos firmados por cada uno de los solicitantes, los cuales forman parte integrante de la presente solicitud.				

Las personas que en caso de ser aceptadas ingresarán a la colectividad asegurable adquieren el derecho de ser dados de alta en el seguro:

Inmediatamente Después de transcurridos (Especificar tiempo) _____

Opciones para la contratación del seguro de Accidentes Personales Escolares

Sistema de administración Autoadministrado Tradicional

Coberturas solicitadas	Sumas aseguradas	Periodo de cobertura Inicio de vigencia
I. Muerte Accidental para mayores de 11 años de	\$ _____	Ciclo escolar más curso de verano <input type="checkbox"/>
II. Reembolso de Gastos Funerarios hasta los 11 años de edad cumplidos	\$ _____	
III. Pérdidas Orgánicas Escala de indemnización: A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	\$ _____	Ciclo escolar <input type="checkbox"/> Curso de verano <input type="checkbox"/>
IV. Reembolso de Gastos Médicos	\$ _____	
Deducible Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Monto \$ _____		

Información adicional

1) En la Institución, Escuela, Colegio ¿Se imparte cursos, clases, talleres y/o actividades académicas en las que se incluyan personas con capacidades diferentes?

Si No Detalle _____

Indique cuantas personas _____

2) Se realizan actividades deportivas y/o recreativas organizadas por la escuela

Si No Detalle _____

En caso afirmativo:

A) Proporcionar relación de alumnos que practican la actividad _____

B) Con que frecuencia se realiza la actividad _____

C) Participan en competencias. Proporcionar detalle de las competencias _____

3) ¿Se realizan excursiones, paseos y/o viajes organizados por la escuela?

Si No Detalle _____

4) ¿Qué protección y/o cuidado le brindan a los alumnos que participan en las actividades anteriores?

Si No Detalle _____

¿Desea manifestar algún hecho importante o relevante adicional?

En caso de que existan circunstancias que se consideren determinantes para apreciar la posibilidad de cúmulo de pérdidas derivados de la ocurrencia simultánea de siniestros a varios integrantes del grupo y que puedan ser ocasionados en forma directa por la actividad que realicen éstas, se deberán declarar a continuación:

Datos de identificación del Proponente y/o 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?

Sí 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

Sí Sección A, B y C No

¿Es accionista de una o más personas morales y ejerce control sobre ellos?

Sí 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 Ay H del formato PLD FO-01.

NOTAS:

(1) Sólo en caso de que cuente con ellos.

Importante

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.

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 posible Asegurado titular _____

(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: _____

“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”.

Cualquier duda o comentario esta a su disposición el área de Unidad de Atención Especializada en los siguientes números telefónicos 01800 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.

Fecha en _____ el _____ de _____ de _____

Nombre y firma del Proponente o Contratante

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 (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 Contratante

Firma del Contratante

Nota importante para el Agente

El Agente de seguros debe informar detalladamente 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.

Agente de Seguros: declaro que y hago constar que verifiqué la información de este formato y corresponde a los documentos entregados por el Proponente, así mismo coteje 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 del Agente

Clave del Agente

Firma del Agente

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la ⁴ 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 14 de febrero de 2017, con el número CNSF-S0013-0098-2017/CONDUSEF-001070-02.