



## SOLICITUD PARA SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES INDIVIDUAL

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 del 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 este documento se efectúe por esa institución en los términos de dicho aviso. Por lo anterior, el llenado del presente es prueba del otorgamiento de mi consentimiento expreso a dicha institución para el tratamiento de los mismos.

Datos del Contratante, Persona Física (PF) Persona Moral (PM) solo si es diferente al posible Asegurado			
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)(2)	C.U.R.P. (1)
Número de serie de la firma electrónica(1)	Correo electrónico (1)		Teléfono (s)
Calle	Número (Exterior e Interior)	Código Postal	Colonia
Delegación o Municipio		Ciudad o Población	Entidad Federativa
Nacionalidad: Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera <input type="checkbox"/> (responder la sección A y D del formato PLD FO-01) País de nacimiento _____			
Datos del posible Asegurado			
Apellido Paterno, Materno, Nombre(s)		Ocupación/giro	Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento	Día / Mes / Año	Correo electrónico(1)	Teléfono
Calle	Número (Exterior o Interior)	Colonia	Código Postal
Delegación o Municipio		Ciudad o Población	Entidad Federativa
Sueldo mensual o ingreso anual	Ocupación o actividad principal que desempeña		Categoría o puesto en la empresa
Número de serie de la firma electrónica(1)		R.F.C. con homoclave (1)(2)	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 _____			
¿Utiliza motocicleta? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Porta arma de fuego para desempeñar sus labores? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Padece alguna enfermedad, lesión corporal, deformidad física, ha sufrido algún accidente o ha sido sometido a tratamiento médico y/o quirúrgico? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Trabaja en: Oficina <input type="checkbox"/> Vía pública <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, favor de proporcionar por separado, información adicional detallada. Otro(s) _____			
ACCIDENTES PERSONALES INDIVIDUAL			
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"/>			
<input type="checkbox"/> I. Muerte Accidental  Suma asegurada  \$ _____	<input type="checkbox"/> II. Pérdidas orgánicas y/o de la vista Con escala A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> Suma asegurada  \$ _____	<input type="checkbox"/> III. Indemnización diaria en caso de incapacidad por accidente  Suma asegurada  \$ _____	<input type="checkbox"/> IV. Reembolso de Gastos Médicos por accidente  Suma asegurada  \$ _____
Muerte Accidental Colectiva Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Deducible (mínimo recomendable \$500) _____	Coaseguro % <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20

**Datos de los Beneficiarios**

Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

Nombre	Domicilio	Porcentaje	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Carácter
					Revocable <input type="checkbox"/> Irrevocable <input type="checkbox"/>
					Revocable <input type="checkbox"/> Irrevocable <input type="checkbox"/>

**Aficiones, deportes y aviación del posible Asegurado**

Deporte y/o afición	¿Lo practica como profesional?	¿Participa en competencias?	Periodicidad (diario, semanal, mensual, anual)	¿Desea cubrir el riesgo?
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

**¿El solicitante hace uso de aeronaves que no pertenezcan a líneas comerciales con itinerario fijo o aeronaves privadas?**  
 Si  No  Indicar razón de los vuelos: Placer  Negocio y/o trabajo

**¿Desea cubrir el riesgo?**  
 Si  No

Si el posible Asegurado práctica aviación o cualquier deporte peligroso y desea cubrir el riesgo, llenar el cuestionario correspondiente

La persona a asegurar tiene pólizas vigentes de vida y/o accidentes personales Si  No

¿En que compañía(s)?	Número de póliza	Suma Asegurada

**En caso de que el posible Asegurado haya solicitado un Seguro con anterioridad**

¿Ha sido Rechazado  Extrapimado  Aplazado  le han aplicado endosos de exclusión  en alguna Solicitud de Seguro? Si  No  En caso afirmativo dar detalles \_\_\_\_\_

¿Ha presentado reclamaciones de Gastos Médicos o Accidentes Personales en ésta o en otras compañías? Si  No

En caso afirmativo indique (si requiere más espacio anexar información en hoja adicional):

Nombre de la compañía	Motivo de la reclamación (diagnóstico del padecimiento)

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

**Notas**

(1) Solo en caso de que cuente con ellos. (2) En caso de requerir factura este dato es indispensable. (3) Programa de aportaciones adicionales.

**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 _____	2
-------------------------	------------------------	------------------------	---

## 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

Nombre y firma del solicitante

Si solicita el seguro por cuenta de un tercero indicar

Nombre del representante o apoderado

Nombre

Firma

Nombre del posible asegurado o contratante

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. 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, facultará a La Latinoamericana, Seguros, S. A., para rescindir de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro; por lo que me obligo a contestar verazmente en este documento y 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](http://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, 5130-28-00 ext.1633 y 2828, en el correo electrónico [unidad\\_especializada@latinoseguros.com.mx](mailto:unidad_especializada@latinoseguros.com.mx) o directamente en Eje Central Lázaro Cárdenas número 2 Piso 8 Colonia Centro Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México.

**Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución de Seguros, 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](http://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](mailto: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](http://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. 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

Lugar y fecha

Nombre del Asegurado

Firma del Asegurado

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 05 agosto de 2016 con el registro CNSF-S0013-0537-2016/CONDUSEF-000896-01.