



**SOLICITUD SEGURO DE
ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO**

Este documento no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras

Eje Central Lázaro Cárdenas 2,
8° Piso, 06007, México, D. F.
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 _____	Clave _____
Nombre de la persona que validó (Apellido Paterno, Materno y Nombre (s)) _____			
Datos Generales			
Solicito a La Latinoamericana, Seguros, S. A., la expedición de una póliza de seguro de Accidentes Personales Colectivo con vigencia desde _____ hasta _____ por lo que en mi carácter de Proponente hago las siguientes declaraciones. Día/Mes/Año Día/Mes/Año			
Datos de la colectividad			
Nombre con que se designa la colectividad		Profesión u ocupación actual de la colectividad asegurable	
Características de la colectividad asegurable		Actividad principal de la colectividad asegurable	
Número de personas que en caso de ser aceptadas integrarán la colectividad asegurable es _____			
Número de personas que de ser aceptadas se aseguran y que han dado su consentimiento firmado _____			
Anexar relación de solicitantes con edad y sexo, así como los consentimientos de cada uno de los miembros.			
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 <input type="checkbox"/> Después de transcurridos <input type="checkbox"/> (Especificar tiempo) _____			
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: _____% \$ _____			

Coberturas solicitadas

Moneda nacional	Sumas aseguradas
I. Muerte accidental para mayores de 12 años de edad	\$ _____
II. Reembolso de Gastos Funerarios para menores de 12 años de edad	\$ _____
III. Pérdidas orgánicas escala de indemnización Escala A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	\$ _____
IV. Reembolso de Gastos Médicos	\$ _____
Deducible Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Monto \$ _____	
Coaseguro Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Porcentaje _____ %	

Forma de pago	Tipo de venta	Periodo de pago
Efectivo <input type="checkbox"/>	Descuento por nómina <input type="checkbox"/>	Anual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/>
Otro _____	Cargo a tarjeta de crédito <input type="checkbox"/>	Semestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>
	Otro: _____	

¿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.?
 Sí 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?
 Sí Sección A y H No

¿Existe alguna persona además del Asegurado o Beneficiario que obtiene los beneficios de este seguro?
 Sí 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 _____

Nombre y firma

Actúo por cuenta de un tercero _____

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, México, D.F.

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, México D.F, 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 7 de septiembre de 2016, con el número CNSF-S0013-0492-2016/CONDUSEF-001030-01.