

Declaro que he leído el aviso de privacidad de **La Latinoamericana Seguros, S.A. (Latino Seguros)**, mismo que se encuentra al final de este documento, estando de acuerdo en que el tratamiento y uso de los datos personales proporcionados en esta solicitud se efectúe por esa Latino Seguros en los términos de dicho aviso. Por lo anterior, el llenado de la presente solicitud de aseguramiento y propuesta de riesgo, es prueba del otorgamiento de mi consentimiento expreso a Latino Seguros para el tratamiento de los mismos.

Este documento no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras

Datos del Asegurado y/o Contratante: Persona Física (PF) o Persona Moral (PM)

Apellido Paterno, Materno, Nombre(s) / Denominación o Razón Social:

Ocupación / Giro: _____ Fecha de constitución o nacimiento (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 (1): _____ Teléfono móvil (1): _____

Nacionalidad

Mexicana: Extranjera: (responder la sección A y D del formato PLD-FO-01)

País de nacimiento: _____

Domicilio

Calle: _____
Número exterior: _____ Número interior: _____ Código postal: _____ Colonia: _____
Alcaldía o Municipio: _____ Estado: _____

Datos de la póliza

Vigencia

Desde las 12 hrs. del (día/mes/año): _____ Hasta las 12 hrs. del (día/mes/año): _____
Póliza anterior: _____

Forma de pago

Cargo a tarjeta de crédito
Depósito a cuenta referenciada

Transferencias interbancarias
Efectivo
Cheque

Periodo de pago

Semestral
Trimestral
Mensual
Anual

Para **pago en línea** deberás ingresar a nuestra página de internet: **www.latinoseguros.com.mx** sección "Soy cliente / Pago en línea". También podrás realizarlo directamente en nuestras oficinas, presentando tu tarjeta de débito / crédito o anexando el formato de autorización correspondiente debidamente firmado.

Los cheques deberán ser expedidos a favor de **La Latinoamericana Seguros, S.A.** y serán recibidos salvo buen cobro.

Para **pagos vía transferencia electrónica**, deberás utilizar la clabe bancaria estandarizada (CLABE) del Banco correspondiente y proporcionar la REFERENCIA (indicada en el recibo de primas).

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 del vehículo)

Póliza
Individual
Flotilla

Tipo
Automóvil
Otro: _____

Uso
Particular
Particular y transporte privado de pasajeros (plataformas)

Procedencia
Nacional
Legalizada
Importación

Descripción:
Marca: _____ Modelo: _____ Tipo de combustible: _____ Número de cilindros: _____
Número de puertas: _____ Transmisión: _____ Aire acondicionado: Si: No:
Número de serie: _____ Número de identificación vehicular (NIV): _____ Placas: _____
Número de motor: _____
Tipo: _____ Ocupantes: _____ Uso: _____

Amparada

Equipo Especial Si: No: Especificar: _____ Valor: \$ _____
Blindaje Si: No: Especificar: _____ Valor: \$ _____

Coberturas solicitadas

Coberturas	Amparada	Suma Asegurada (Límite máximo de responsabilidad)	Deducible
Responsabilidad Civil por daños a Terceros y Daño Moral (Límite único y combinado)**	Si: <input checked="" type="checkbox"/>	_____	_____
Daños Materiales	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	_____	_____
Robo Total	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	_____	_____
Gastos Médicos Ocupantes	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	_____	_____
Equipo Especial	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	_____	_____
Accidentes al Conductor	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	_____	_____
Robo Parcial	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	_____	_____
Coberturas adicionales: solo uso particular			
Auto Sustituto	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	_____	_____
Latino más Diez	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	_____	_____
R.C. Catastrófica y Daño Moral	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	_____	_____
Coberturas adicionales: solo uso plataformas			
Responsabilidad Civil Viajero y Daño Moral	Si: <input type="checkbox"/> No: <input type="checkbox"/>	_____	_____

En caso de financiamiento indicar, Beneficiario preferente

Nombre (persona física) o denominación/razón social (persona moral):

Conductor habitual del Automóvil a Asegurar

Nombre completo:

¿El vehículo a asegurar es de salvamento*?

Datos de identificación de quien solicita el seguro

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

Si: responder la sección A,C y E del formato Entrevista No:

¿Cuál es el origen de los recursos con los que pagarás la prima de tu póliza?

Actua usted por cuenta propia: Si: No: "No" aplica (Persona Moral)

En caso de responder "SI" a cualquiera de las preguntas anteriores responder la sección A,C y E del formato "PLD FO-01"

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: Extranjera: ¿Cuál?

Correo electrónico (1):

País de nacimiento (2):

Número de serie de la firma electrónica (2):

Teléfono (2):

Teléfono móvil (2):

Correo electrónico (2):

Verificación de la identificación del posible Contratante por el Agente (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 sección A y B.

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

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 del Solicitante o Contratante

El proponente esta 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, faculta 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 y manifiesto que es mi deseo que me sean enviadas, así como toda la documentación relativa al mismo, a través de mi correo electrónico _____ y/o a mi teléfono móvil _____ (a 10 dígitos).

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. Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento. Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley.

Cualquier duda o comentario, ponemos a tu disposición el Área de Unidad de Atención Especializada en los siguientes números telefónicos: 800 0011 900, 55 5130 2800 ext. 1633, en el correo electrónico: unidad_especializada@latinoseguros.com.mx o directamente en: Eje Central Lázaro Cárdenas 2, Piso 8, C.P.: 06000, Colonia Centro, Alcaldía 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: www.latinoseguros.com.mx

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma sea aceptada por La Latinoamericana Seguros, S.A., ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Definiciones

* **Vehículo de salvamento:** Son aquellos que han sufrido siniestro anterior a la contratación con Latino Seguros, siendo determinados como pérdida total por daños materiales o por robo y han sido refacturados a un costo menor de su valor comercial.

** **Límite Único y Combinado (L.U.C.):** Significa que la suma asegurada establecida para la cobertura de Responsabilidad Civil por Daños a Tercero y Daño Moral, será dividida para realizar las indemnizaciones entre los posibles afectados.

Aviso de privacidad Clientes o Beneficiarios

La Latinoamericana Seguros, S. A. ("La Latino Seguros"), con domicilio en Eje Central Lázaro Cárdenas No. 2, 8º piso, Centro, C.P. 06000, en la 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 (de identificación, académicos, laborales, patrimoniales, bancarios, de procedimientos administrativos seguidos en forma de juicio y/o jurisdiccionales, de tránsito, movimientos migratorios e información de geolocalización), incluyendo los sensibles (ideológicos, afiliación sindical, de salud, biométricos, vida sexual, características físicas, fisiológicas, personales, de comportamiento o rasgos de la personalidad medibles); proporcionados mediante la solicitud de seguro, cuestionarios, formatos institucionales, facturas, estudios clínicos, informes médicos y documentación de los bienes asegurables, recabados por cualquier medio o tecnología, o los que se generen durante la relación jurídica que se establezca con Usted, serán tratados, con el fin de evaluar su solicitud de seguro, selección de riesgos, emisión del contrato de seguro, trámites, valoraciones, estudio e investigación de siniestros, subasta de salvamentos, administración de la póliza, pago de primas, prevención de operaciones ilícitas y fraude, estudios estadísticos, financieros y de calidad, dar servicio y soporte técnico por los productos y servicios contratados y para cumplimiento de obligaciones contractuales y las contempladas en la Ley sobre el Contrato de Seguro y demás normatividad aplicable. Así mismo, sus datos 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, deberá manifestarlo en el espacio destinado para tal fin. Sus datos personales podrán ser transferidos a: I. las autoridades que los requieran con el fin de cumplir obligaciones legales; II. Instituciones del sector para fines estadísticos, de selección de riesgos y prevención de operaciones ilícitas y fraude; III. al contratante de la póliza para fines de administración; y, IV. a personas nacionales o extranjeras vinculadas con esta aseguradora, quienes estarán obligados en los mismos términos del presente aviso, para cumplir con los fines mencionados. Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, revocar su consentimiento, o limitar el uso y divulgación de datos personales: a) utilizando el procedimiento que se encuentra en la página de internet: latinoseguros.com.mx, sección "Aviso de Privacidad"; b) por escrito dirigido al Oficial de Protección de Datos Personales, en el domicilio de La Latino Seguros; c) por correo electrónico: protecciondatos@latinoseguros.com.mx; o d) comunicándose al 55-5130-2800 ext. 1339, o al 01-800-001-1900 del interior de la República. Las modificaciones al presente Aviso de Privacidad estarán a su disposición en el domicilio y/o la página de internet de La Latino Seguros (latinoseguros.com.mx). La firma del presente documento constituye el otorgamiento del consentimiento expreso del titular de los datos personales a La Latino Seguros para el tratamiento de sus datos personales en los términos del presente Aviso de Privacidad, quien manifiesta que en caso de proporcionar datos personales de terceros, necesarios para la relación establecida con La Latino Seguros o, en su caso, solicitar información de siniestralidad de los miembros de un grupo o colectividad, cuenta con el consentimiento expreso de sus titulares, asimismo se hace sabedor de que La Latino Seguros no es responsable del contenido de información generada por terceros, incluidos estudios clínicos.

Fecha de actualización: 8 de julio de 2022

Lugar y fecha

Firma 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 terminada, así como las consecuencias de la rehabilitación, vigencia del producto y salvamentos, remitiendo dicha información a **La Latinoamericana Seguros S. A.**, para que sea esta quien brinde 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. Asimismo, cotejé los presentes documentos con el original y/o copias certificadas que tuve a la vista 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 de Fianzas a partir del día 30 de marzo de 2023 con el número CNSF-S0013-0151-2023 / CONDUSEF-005788-01.