

Declaro que he leído el aviso de privacidad de **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 esta solicitud se efectúe por esa Institución en los términos de dicho aviso. Por lo anterior es que el llenado de la presente solicitud de aseguramiento es prueba del otorgamiento de mi consentimiento expreso a dicha institución para el tratamiento de los mismos.

Este documento no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras

Datos del Contratante, Persona Física (PF) o Persona Moral (PM)

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

Fecha de constitución o nacimiento (Día / Mes/ Año):

R.F.C. con homoclave:

Teléfono:

Correo electrónico:

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:

Automóvil a asegurar

Declaro que mi vehículo no es utilizado como servicio de transporte público o privado y solamente es de uso particular.

PólizaIndividual **Tipo**Automóvil Camioneta Pick up Recuperado y salvamento Auto clásico Auto antiguo **Descripción del vehículo****Kilometraje:**

Descripción:

Marca:

Modelo:

Submarca:

Número de serie:

Número de identificación vehicular (NIV):

Número de motor:

Placas:

Datos del Conductor**Tipo de Conductor**Habitual Universal Indeterminado

Apellido Paterno, Materno, Nombre(s):

Fecha de Nacimiento (Día / Mes/ Año):

Sexo:

Código postal:

Teléfono:

Correo electrónico:

Información adicional

Si desea manifestar algún hecho importante o relevante para la apreciación del riesgo, por favor describalo a continuación:

Coberturas solicitadas

Sección 1. Daños Materiales (Coberturas excluyentes, sólo se puede seleccionar una de las dos coberturas de ésta sección).

| | | | |
|---|---|-----------|---------|
| Sólo Pérdida Total (Pérdida Total) <input type="checkbox"/> | Daños Materiales (Pérdida Total y Parcial) <input type="checkbox"/> | Deducible | _____ % |
|---|---|-----------|---------|

Suma Asegurada

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Valor Comercial | <input type="checkbox"/> |
| Valor Factura (anexar factura) | <input type="checkbox"/> |

Sección 2. Robo

| | | | |
|---|--|-----------|---------|
| Robo Total (Pérdida Total) <input type="checkbox"/> | | Deducible | _____ % |
|---|--|-----------|---------|

| | |
|-----------------|--------------------------|
| Valor Convenido | <input type="checkbox"/> |
|-----------------|--------------------------|

Para poder elegir las siguientes Coberturas, deberá contratar la sección 1 y/o 2

Agencia + 5
(Aplica para Sección 1 y/o 2)

Deducible 0
(Aplica para Sección 1 y/o 2)

Quédate conmigo
(Aplica para Sección 1)

+ Valor
(Aplica para Sección 1 y/o 2)

Rueda Segura
(Aplica para Sección 1)

Robo Parcial (Aplica para Sección 2)

Para poder elegir las siguientes Coberturas, deberá contratar la sección: Daños Materiales, Robo Total y/o Responsabilidad Civil Adaptaciones, Conversiones y/o Equipo Especial (Anexar factura) Favor de proporcionar la descripción completa, valor y fecha de factura.

Sección 3. Responsabilidad Civil (RC)

| | | |
|--|----------------|---|
| R.C. Terceros <input type="checkbox"/> | Suma Asegurada | R.C. Otros vehículos Cuidando tus Bienes <input type="checkbox"/> |
| R.C. Muerte 3º <input type="checkbox"/> | Suma Asegurada | R.C. Carga <input type="checkbox"/> |
| Protección a Ocupantes (Depende de la cob. R.C. Terceros y Sección 4) <input type="checkbox"/> | Suma Asegurada | R.C. Remolque <input type="checkbox"/> |

Sección 4. Gastos Médicos

| | |
|---|----------------|
| Gastos Médicos Ocupantes (Aplica para Sección 1,2 y 3) <input type="checkbox"/> | Suma Asegurada |
|---|----------------|

Sección 5. Accidentes Personales

| | |
|--|----------------|
| Accidentes al Conductor (Aplica para Sección 1,2 y 3) <input type="checkbox"/> | Suma Asegurada |
|--|----------------|

Sección 6. Responsabilidad Civil Familiar

| | |
|--|----------------|
| Protección Familiar <input type="checkbox"/> | Suma Asegurada |
|--|----------------|

Domicilio

Calle: _____
 Número Exterior: _____ Número Interior: _____ Código Postal: _____ Colonia: _____
 Alcaldía o Municipio: _____ Estado: _____

Asistencias

Para poder elegir las siguientes Asistencias deberá contratar la sección que se indica

| | | | |
|---|---|---|--|
| Asistencia Legal (Sección 1,2 y/o 3) <input type="checkbox"/> | Cuidando tu Salud (Sección 4) <input type="checkbox"/> | Cuidando tu Visión (Sección 4) <input type="checkbox"/> | Traslado Seguro (Sección 1) <input type="checkbox"/> |
| Auto x Auto (Sección 1) <input type="checkbox"/> | R.C. USA (R.C. USA y Canadá) (Sección 3) <input type="checkbox"/> | + Cuidados (hogar) (Sección 6) <input type="checkbox"/> | Llave Latino (robo y/ extravío) (Sección 2) <input type="checkbox"/> |

Asistencias Excluyentes

Para poder elegir las siguientes Asistencias solo se podrá seleccionar una de las dos en cada recuadro.

En caso de contratar la Asistencia Vial no podrás contratar la Asistencia Vial Plus y viceversa.

| | |
|--|--|
| Asistencia Vial (Sección 1,2 y/o 3) <input type="checkbox"/> | Asistencia Vial Plus ¹ (Sección 1,2 y/o 3) <input type="checkbox"/> |
|--|--|

En caso de contratar la Asistencia Funeraria al Conductor, no podrás contratar la Asistencia Funeraria Ocupantes y viceversa.

| | |
|--|---|
| Asistencia Funeraria al Conductor (Sección 5) <input type="checkbox"/> | Asistencia Funeraria Ocupantes (Sección 3,4 y 5) <input type="checkbox"/> |
|--|---|

En caso de financiamiento indicar beneficiario preferente

Denominación o Razón Social:

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. En caso de existir alguna persona adicional al conductor o beneficiario, es indispensable que se entregue el cuestionario de entrevista respondiendo las secciones A, C y E.

Verificación de la identificación del posible Contratante por el Agente (solo si la prima es mayor a 2,500 dólares americanos o su equivalente en moneda nacional)

Tipo de identificación (1):

Número (1):

Emisor (1):

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) Datos indispensables si la prima es mayor a 2,500 dólares americanos o su equivalente en moneda nacional.

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

Si solicita el Seguro por cuenta de un tercero indicar:

Nombre y firma del Solicitante

Nombre del Representante o Apoderado

Nombre del Solicitante o Contratante

El proponente estar 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, facultar 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.

Manifiesto que es mi deseo que me sean enviadas las condiciones generales del presente contrato de seguro, así como toda la documentación relativa al mismo, a través de mi correo electrónico. Si No

Correo electrónico: _____

Si el Asegurado o Contratante no recibe, dentro de los 30 (treinta) días siguientes de haber contratado su seguro, los documentos a que hace mención el párrafo anterior, deberá comunicarse a los teléfonos 55 5130 2801 en la Ciudad de México, o al 800 685 1170, para el resto de la República, o para que, a través de correo electrónico, obtenga las Condiciones Generales de su producto.

Cualquier duda o comentario esta a su disposición el Área de Unidad de Atención Especializada en los siguientes números telefónicos: 800-0011-900 ó al 55-5130-2800 ext.1633, en el correo electrónico: **unidad_especializada@latinoseguros.com.mx** o directamente en: Eje Central Lázaro Cárdenas, Número 2, Piso 8, Código Postal 06000, Colonia Centro, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México.

El Seguro solicitado cuenta con limitaciones y exclusiones, las cuales están contenidas en las condiciones generales misma 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 pueda ser aceptada por La Latinoamericana Seguros, S.A., ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

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 y movimientos migratorios), 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. 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 5130-2800 ext. 1338, 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**. 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: 27 de mayo de 2019.

Estoy de acuerdo con utilizar mis datos personales para los fines mencionados. Si No

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 determinada, 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 se sirva a brindar 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 Solicitante y/o Contratante, así mismo cotejé los presentes documentos con el original y/o copias certificadas que tuve a la vista y que la firma del Solicitante 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 Fianzas, a partir del día 5 de diciembre de 2023, con el número PPAQ-S0013-0045-2023 / CONDUSEF-006011-03.