

Este documento no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras

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.

<b>Datos del Asegurado y/o Contratante, Persona Física (PF) Persona Moral (PM)</b>			
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)	C.U.R.P. (1)
Número de serie de la firma electrónica(1)	Correo electrónico (1)	Teléfono	
Nacionalidad: Mexicana <input type="checkbox"/> Extranjera <input type="checkbox"/> (responder la sección A y D del formato PLD FO-01) País de nacimiento: _____			
Calle	Número (Exterior e Interior)	Código Postal	Colonia
Delegación o Municipio		Ciudad o Población	Entidad Federativa
<b>Datos de la póliza</b>			
Vigencia inicia	Desde las 12 hrs. del _____	hasta las 12 hrs. del _____	Póliza anterior _____
	Día/Mes/Año	Día/Mes/Año	
<b>Medios de pago</b>			
Cargo a tarjeta de crédito <input type="checkbox"/>	Trasferencias interbancaria <input type="checkbox"/>	Periodicidad de pago: Anua <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/>	
Deposito a cuentas referenciadas <input type="checkbox"/>	Efectivo <input type="checkbox"/>	Cheque <input type="checkbox"/>	Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>
Los cheques deberán ser expedidos a favor de La Latinoamericana Seguros, S.A. y serán recibidos salvo buen cobro. Para pagos vía transferencia electrónica deberá utilizar la clave bancaria estandarizada (CLABE) del Banco correspondiente y proporcionar la REFERENCIA (señalado en el recibo de primas). Para pagos con tarjeta de crédito, lo deberá realizar directamente en nuestras oficinas, presentando su tarjeta o anexando el formato de autorización correspondiente, debidamente firmado. <b>IMPORTANTE</b> : El pago oportuno de la prima del seguro, es requisito indispensable para mantener la vigencia de la póliza.			
<b>Automóvil a Asegurar (para flotilla anexar la información por vehículo)</b>			
<b>Póliza</b>	<b>Tipo</b>	<b>Uso</b>	<b>Procedencia del vehículo</b>
Individual <input type="checkbox"/>	Automóvil <input type="checkbox"/>	Particular <input type="checkbox"/>	Nacional <input type="checkbox"/>
Flotilla <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/> _____	Público <input type="checkbox"/>	Importación <input type="checkbox"/> Legalizada <input type="checkbox"/>
Marca	Descripción del vehículo		Tipo de combustible
Transmisión	Aire acondicionado	Modelo	Número de cilindros
	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Número de puertas
Número de serie o número de identificación vehicular (NIV)		Número de motor	Placas
<b>Amparada</b>			
Equipo Especial	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especificar _____	Valor \$ _____
Blindaje	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Especificar _____	Valor \$ _____
Descripción del Equipo Especial o Blindaje: _____			

Coberturas solicitadas				
	Amparada		Suma Asegurada	Deducible
	Si	No		
Daños Materiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Robo Total	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Responsabilidad Civil por Daños a Terceros y Daño Moral (Límite Único y Combinado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Responsabilidad civil viajero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Accidentes al Conductor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
Coberturas de Asistencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Coberturas Adicionales sólo Auto Particular</b>				
Auto Sustituto (Hasta 10 años de antigüedad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida total	Daños <input type="checkbox"/> Robo <input type="checkbox"/>
Latino más Diez (hasta 10 años de antigüedad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Responsabilidad Civil Catastrófica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<b>En caso de financiamiento indicar Beneficiario preferente</b>				
Denominación o Razón Social _____				
<b>Conductor habitual del Automóvil a Asegurar</b>				
Nombre: _____				
¿Desea manifestar algún hecho importante o relevante para la apreciación del riesgo?				
Datos de identificación de quien solicita el seguro				
¿Existe alguna persona además del Asegurado o Beneficiario que obtiene los beneficios de este seguro?				
Si <input type="checkbox"/> responder la sección A, C y E del formato Entrevista No <input type="checkbox"/>				
¿Cuál es el origen de los recursos con los que pagará la prima de su póliza? _____				
<b>La persona a asegurar deberá responder (2)</b>				
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 <input type="checkbox"/> Extranjera <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ E-mail(1) _____				
País de nacimiento(2) _____				
Número de serie de la firma electrónica avanzada(1) _____ Teléfono(2) _____				
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(2) _____ Número(2) _____ Emisor(2) _____				
<b>NOTAS:</b>				
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.				
(2) 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

Firma

Nombre del asegurado o 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.

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

En caso afirmativo, indique el correo electrónico al cual le serán enviadas. \_\_\_\_\_

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 quince 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 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@latinoaseguros.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 latinoaseguros.com.mx.**

**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.**

Aviso de privacidad integral

**La Latinoamericana Seguros, S. A. (“La Latino Seguros”), con domicilio en Eje Central Lázaro Cárdenas No. 2, 8º piso, Centro, C.P. 06007, 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](http://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](mailto:protecciondatos@latinoseguros.com.mx); o d) comunicándose al 55-5130-2800 ext. 1338, o al 01-800-0011900 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.

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre 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 Asegurado 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 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

\_\_\_\_\_  
Tipo de autorización

\_\_\_\_\_  
Número de autorización

\_\_\_\_\_  
Vigencia de autorización

\_\_\_\_\_  
Domicilio donde realiza actividades:

En cumplimiento a lo dispuesto por 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 17 de febrero de 2025 con el número PPAQ-S0013-0081-2024 / CONDUSEF-006619-02.