

## SOLICITUD DE SEGURO EMPRESA LATINO

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

Datos del Contratante, 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 _____			
Domicilio del Contratante			
Calle	Número (Exterior e Interior)	Código Postal	Colonia
Delegación o Municipio		Ciudad o Población	Entidad Federativa
Verificación de la identificación del Proponente por el Agente			
Tipo de identificación	Número	Emisor	
Nombre de la persona que validó (Apellido Paterno, Materno, Nombre(s))			Clave
Datos generales			
Moneda	Pesos <input type="checkbox"/>	Dólares <input type="checkbox"/>	Vigencia del: _____ al: _____
Forma de pago: Efectivo <input type="checkbox"/>	Periodo de pago: Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>		
Otro _____			
Datos del Bien y/o Actividad a Asegurar			
Ubicación			
Calle	Número (Exterior e Interior)	Código Postal	Colonia
Delegación o Municipio		Ciudad o Población	Entidad Federativa
Colindantes:			
_____		Al norte	Al oriente
_____		Al sur	Al poniente
Datos adicionales			
Giro principal del negocio: _____			
Giro secundario del negocio: _____			
Ingresos Anuales: _____		Número de Empleados: _____	
Siniestralidad de los últimos 5 años			
Año	Monto	Descripción de las causas del siniestro	
1	_____	_____	
2	_____	_____	
3	_____	_____	
4	_____	_____	
5	_____	_____	

Tipo constructivo

El edificio consta de:

Sótanos	Número de pisos considerando planta baja	Muros de	Entrepisos de	Techos de
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Cuántos _____				

Medidas de Seguridad

Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Extintidor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Rociadores automáticos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Protecciones de fierro <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Los colindantes están fincados <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alarma central <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hidrantes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Extintidores automáticos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Caja fuerte empotrada <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Vigilante <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alarma local <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Coberturas

Sección	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Suma Asegurada		
<b>Incendio Edificio</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	} Inflación: _____ %	
Extensión de cubierta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____		
<b>Incendio Contenidos</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____		
Extensión de cubierta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____		
<b>Pérdidas Consecuenciales</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____		
Gastos Extraordinarios	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____		
Ganancias Brutas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____		
			Monto anual de ganancias brutas	% de ganancias brutas a contratar
Pérdida de utilidades, gastos fijos y salarios	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	Monto anual de utilidades, gastos fijos y salarios	Periodo de indemnización (hasta 12 meses)
Interrupción de actividades comerciales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	Monto anual de ingresos	Periodo de indemnización (hasta 12 meses)
Pérdidas de Rentas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	Monto anual de rentas	Periodo de indemnización (hasta 12 meses)
<b>Responsabilidad Civil</b>				
Actividades e Inmuebles	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____		
Arrendatario	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____		
Hotelería	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	Número de Cuartos _____	
Estacionamiento o Taller	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____		
		Sublímite por vehículo _____	Número de _____ Acomodadores	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Rotura de Cristales</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Interiores _____	Exteriores _____	
<b>Anuncios Luminosos</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	Descripción _____	
<b>Robo con Violencia y/o Asalto</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____		
<b>Dinero y Valores</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____		
<b>Calderas*</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____		
<b>Equipo Electrónico*</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____		
<b>Rotura de Maquinaria*</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____		

\*Anexar relación incluyendo: marca, modelo, descripción, valor de reposición, acumulación máxima por ubicación

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

Datos de los Beneficiarios preferentes			
Apellido Paterno, Materno, Nombre(s) / Denominación o Razón Social			
Fecha de Nacimiento o Constitución Día / Mes / Año Parentesco (para efectos de identificación) Porcentaje de suma asegurada			
Calle	Número (Exterior e Interior)	Código Postal	Colonia
Delegación o Municipio		Ciudad o Población	Entidad Federativa
Apellido Paterno, Materno, Nombre(s) / Denominación o Razón Social			
Fecha de Nacimiento o Constitución Día / Mes / Año Parentesco (para efectos de identificación) Porcentaje de suma asegurada			
Calle	Número (Exterior e Interior)	Código Postal	Colonia
Delegación o Municipio		Ciudad o Población	Entidad Federativa
Datos de identificación del Contratante Persona Física o Persona Moral			
¿Cuenta con más de una póliza contratada con La Latinoamericana, Seguros, S. A.?			
Si <input type="checkbox"/> Especificar _____ No <input type="checkbox"/>			
<b>En respuestas afirmativas responder las secciones indicadas, del formato PLD FO-01</b>			
¿Estima que la prima de su póliza es mayor a \$7,500 dólares o su equivalente en moneda nacional?			
Si <input type="checkbox"/> Sección A y H No <input type="checkbox"/>			
¿Existe alguna persona además del Asegurado o Beneficiario que obtiene los beneficios de este seguro?			
Si <input type="checkbox"/> Responder y requisitar sección A, E y H según corresponda. No <input type="checkbox"/>			
¿Cual es el origen de los recursos con los que pagará la prima de su póliza?			
Fideicomiso <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Sueldo <input type="checkbox"/> Herencia <input type="checkbox"/> Inversión <input type="checkbox"/> Comisión <input type="checkbox"/> Venta de bienes, muebles e inmuebles <input type="checkbox"/>			
Pensión <input type="checkbox"/> Bono <input type="checkbox"/> Prima <input type="checkbox"/> Honorarios <input type="checkbox"/> Aguinaldo <input type="checkbox"/> Recursos Gubernamentales <input type="checkbox"/>			
Comercio, especificar _____ Otro, especificar _____			
Datos adicionales de identificación del Contratante, solo Persona Física			
<b>En respuestas afirmativas, responder las secciones indicadas, del formato PLD FO-01</b>			
Durante el último año, ¿ha desempeñado algún cargo en el gobierno mexicano o extranjero?			
Si <input type="checkbox"/> Sección A, B y C No <input type="checkbox"/>			
¿ Los padres, hijos, abuelos, hermanos, nietos, de usted o su cónyuge, concubina o concubinario, desempeña o ha desempeñado durante el último año algún cargo			
Si <input type="checkbox"/> Sección A, B y C No <input type="checkbox"/>			
¿Es accionista de una o más personas morales y ejerce control sobre ellos?			
Si <input type="checkbox"/> Sección A y G No <input type="checkbox"/>			
¿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, 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

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 Contratante \_\_\_\_\_  
(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](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, 5130-2800 ext. 1633, 2828, en el correo electrónico [unidad\\_especializada@latinoseguros.com.mx](mailto:unidad_especializada@latinoseguros.com.mx) o directamente en Eje Central Lázaro Cárdenas numero 2 Piso 8 Colonia Centro, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México.

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.

**“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”.**

Fecha en \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del 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, Ciudad de México, 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](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. 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 Asegurado

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado

El Agente de Seguros debe informar de manera amplia y detallada 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.

El Agente de Seguros: declaro y hago constar que verifiqué la información asentada en este formato y corresponde a los documentos entregados por el Proponente, así mismo cotejé 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 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 5  
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 14 de febrero de 1995, con el número 06-  
367-I-1.1/4908, Exp. 732.5(S-35)/4, del día 23 de noviembre de 2015, con el número RESP-S0013-  
0640-2015.