



SOLICITUD DE SEGURO ROTURA DE CRISTALES

Eje Central Lázaro Cárdenas 2,
8° Piso, 06007, Ciudad
México, Tel.: 5130-2800
latinoseguros.com.mx

Este documento no será válido si presenta tachaduras o enmendaduras

Solicitante								
Apellido Paterno, Materno, Nombre(s) / Denominación o Razón Social								R. F. C.
Dirección de cobro								
Calle			Número			Colonia		
Población y estado								
Población			Estado		Código postal		Teléfono	
Generales								
Moneda		Pesos <input type="checkbox"/>		Dólares <input type="checkbox"/>		Vigencia del: _____ al: _____		
Forma de pago:		Efectivo <input type="checkbox"/>		Otro _____		Periodo de pago: Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>		
Duración: _____		Póliza anterior: _____		Suma asegurada total: _____				
Nombre del Agente				Porcentaje		Clave		Número de oficina
Prima neta		Recargos		Gastos de expedición		Prima total		IVA
Conducto de cobro		Importe del primer recibo		Importe de los recibos subsecuentes			Número de póliza	
Giro del negocio								
Ubicación de los cristales								
Especificación de los cristales que se desean asegurar								
Claves: 1) Cristales de espesor superior a 4mm. 2) Puertas corredizas 3) mostradores y vitrinas. 4) Lunas fijas. 5) Vidrios medio doble								
Clave	Cantidad	Descripción	Dimenciones	Superficie m2	Costo m2	Suma asegurada	Cuota	Deducible
Riesgos Adicionales								
						Amparado	Excluido	
1. Por remoción de los cristales y mientras no queden debidamente colocados.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Daños al decorado de los cristales y a sus marcos.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Daños por o durante mejoras, adaptaciones, reparaciones y/o pintura al local.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Observaciones								

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, 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 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 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 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 ³ 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 01 de julio de 2016, con el número CNSF-S0013-0577-2016/CONDUSEF-001888-01