

**SOLICITUD DE SEGURO DE MASCOTAS**

Los suscritos proponentes solicitamos a **General de Seguros, S.A.B.**, nos sea expedida una póliza, según corresponda, para lo cual, enterados del Aviso de Privacidad de General de Seguros, otorgamos los siguientes datos.

**(Favor de llenar en su totalidad, sin tachaduras ni enmedaduras).**

Fecha de solicitud | D | D | M | M | A | A | A | A

Datos del contratante							
Nombre (s) o razón social		Apellido paterno		Apellido materno		R.F.C. con homoclave	
Calle			Número exterior		Número interior	Colonia	
Población o localidad			Estado		Municipio o alcaldía		Código postal
Teléfono celular		Teléfono fijo			Correo electrónico		Nacionalidad
Fecha de nacimiento		País de nacimiento		Ocupación o Profesión			
D   D   M   M   A   A   A   A							
Tipo de Identificación			Número de Identificación		Entidad que emite la Identificación		
INE/IFE <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>							

Datos de la mascota				
Nombre de la mascota	Sexo		Edad	Raza
	Macho <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/>			
La mascota vive con otras mascotas:	Tamaño de la Mascota		Pequeños (entre 5 y 10 kg) <input type="checkbox"/>	Grande (entre 25 y 45 kg) <input type="checkbox"/>
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Miniatura (menos de 5 kg) <input type="checkbox"/>		Mediano (entre 10 y 25 kg) <input type="checkbox"/>	Jumbo (mayor a 45 kg) <input type="checkbox"/>
La mascota vive en domicilio del contratante:	En caso de no vivir con el contratante, favor de indicar la dirección desde vive su mascota:			
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				

Coberturas			
<b>Vigencia:</b> Desde las 12 horas del: _____		Hasta las 12 horas del: _____	
COBERTURAS			SUMA ASEGURADA
I Gastos Médicos por Accidente		Amparado <input checked="" type="checkbox"/>	\$
II Gastos Médicos por Enfermedad		Amparado <input type="checkbox"/>	\$
III Responsabilidad Civil		Amparado <input type="checkbox"/>	\$
IV Servicios de Asistencias		Amparado <input type="checkbox"/>	
<b>Paquete 1:</b> Gastos Funerarios Check Up Desparasitación		Amparado <input type="checkbox"/>	
<b>Paquete 2:</b> Gastos Funerarios Check Up Desparasitación o Vacuna Antirrábica Orientación telefónica		Amparado <input type="checkbox"/>	

**Nota:** En caso de no llenarse algún espacio, la cobertura se considerará excluida.

## Obligaciones del Asegurado

La cobertura de esta póliza queda sujeta al cumplimiento por parte del dueño de las siguientes obligaciones:

1. Comprobar que es el dueño de la mascota y debe vivir con usted en la misma dirección; en dado caso que ese cambie el dueño o la mascota ya no vive en la misma dirección que el contratante debe de dar aviso.
2. Usted y su familia deben de dar en todo momento el cuidado y la atención apropiada a su mascota.

## Información previa al aseguramiento

La mascota deberá tener entre seis meses y nueve años cumplidos a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, en caso contrario la presente cobertura no entra en vigor. Para póliza de renovación sin interrupción no habrá edad máxima de aceptación.

La mascota deberá estar vacunada y/o contar con refuerzos contra moquillo, rabia, hepatitis leptospirosis, coronavirus, bordetella y parvovirus.

El Asegurado o Contratante deberá proporcionar fotografías que avalen que la Mascota vive con él y la fotografía de la nariz de la mascota para realizar la identificación de esta y una copia digital de la cartilla de vacunación dentro de los primeros 5 días hábiles de vigencias, en caso de no recibir la información el presente contrato quedará cancelado.

## Datos de Cobranza

Moneda Pesos <input type="checkbox"/> Dólares <input type="checkbox"/>	Forma de pago: Contado <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>	Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/>	Tipo de movimiento: Nuevo <input type="checkbox"/> Renovación <input type="checkbox"/>
---	--	---	--

### Datos de la tarjeta de crédito-débito, o de la cuenta de cheques:

No. Afiliación: _____	Periodicidad Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/>
No. de Autorización: _____	Nombre del Tarjetahabiente
Número de tarjeta de crédito o débito	Tipo de Tarjeta Débito <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> AMEX <input type="checkbox"/>
Fecha de Vencimiento	Banco Emisor
Cuenta de Cheques	CLABE (18 Dígitos)
Sucursal	

Estoy enterado que **General de Seguros, S.A.B.** renovará año con año, en forma automática, mi póliza de seguro a fin de no quedar desprotegido, sin embargo el contrato podrá ser cancelado en cualquier momento, considerando que si quiero evitar cualquier pago de renovación, deberé solicitar dicha cancelación a General de Seguros, S.A.B. por escrito, antes de los 30 días siguientes al nuevo inicio de vigencia.

Asimismo, extiendo la presente autorización por el tiempo de vigencia de la póliza y de sus renovaciones con objeto de realizar los pagos de las primas iniciales, subsecuentes y de los ajustes adicionales.

Solicito y autorizo a cualquier institución afiliada a VISA o a MasterCard para que con base en el contrato de apertura de crédito en cuenta corriente según corresponda, que tengo celebrado y respecto del cual se me expidió la Tarjeta arriba citada o en su caso el número de tarjeta por reposición de la anterior, por robo o extravío de la misma me haya asignado el banco se sirvan pagar por mi cuenta a nombre de **General de Seguros, S.A.B.** los cargos por los conceptos, periodicidad y monto que se detallan en este documento.

El Negocio afiliado señalado en el rubro, se obliga y es responsable de cumplir con: **I)** La información correcta y oportuna de los cargos del Tarjetahabiente, **II)** De la calidad y entrega de los productos y servicios ofrecidos, liberando a cualquier institución afiliada a VISA o MasterCard por toda reclamación que genere por parte del Tarjetahabiente.

El Tarjetahabiente podrá revocar la Carta de Autorización mediante un comunicado por escrito con quince días naturales de anticipación que recibirá el Negocio Afiliado, el cual anotará la fecha de su recepción con la firma y nombre de quien recibe por el Negocio Afiliado. En este caso el Negocio Afiliado deberá informar al Tarjetahabiente la fecha en que dejará de surtir efecto la presente carta de autorización.

---

#### Firma del Tarjetahabiente

El Tarjetahabiente está de acuerdo con los términos y condiciones que se establecen en este medio de cobro de la prima, firmando de conformidad.

---

#### Firma del Agente

El Agente da fe de la veracidad de los datos proporcionados por el Asegurado y que se han incluido en este documento

ESTE TÍTULO ES NEGOCIABLE ÚNICAMENTE CON INSTITUCIONES DE CRÉDITO

### Importante

Le informamos que el seguro cuenta con coberturas, exclusiones y limitaciones, por lo que antes de contratar, lo invitamos a consultarlas en [www.generaldeseguros.mx](http://www.generaldeseguros.mx)

Autorizo expresamente recibir de **General de Seguros, S.A.B.**, información y/o propaganda diversa directamente, vía electrónica o por vía telefónica, respecto de los productos de seguro que ofrece al público en general.

No obstante lo anterior, es de mi conocimiento que en cualquier momento puedo revocar mi autorización y oponerme a que mi información sea utilizada para los fines señalados, siempre que lo manifieste por escrito a **General de Seguros, S.A.B.**, por lo que una vez que manifieste mi oposición, **General de Seguros, S.A.B.**, quedará imposibilitada para utilizar mi información para los fines antes señalados.

El Contratante manifiesta que la información recabada en esta solicitud es veraz, auténtica y declara que ésta contiene todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a asegurar.

**ADVERTENCIA: La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes para la apreciación del riesgo, origina la pérdida del derecho que le corresponde al Asegurado o Beneficiario en los términos de los Artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.**

### Datos UNE y CONDUSEF

Para cualquier aclaración, queja o duda no resuelta en relación con tu seguro, contacta a la Unidad Especializada de Atención a usuarios (UNE) de **General de Seguros** a los teléfonos 55.5278.8883, 55.5278.8806 y del Interior de la República marca 800.2254.339 y/o en la dirección avenida Patriotismo #266, colonia San Pedro de los Pinos, Código Postal 03800, Ciudad de México y/o al correo electrónico [atencionclientes@gseguros.com.mx](mailto:atencionclientes@gseguros.com.mx) o visita <http://www.generaldeseguros.com.mx>

También puedes contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur número 762, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México. Centro de atención telefónica 55.5340.0999 y 800.999.8080 [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx), [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx)

## Declaración del Agente

De conformidad con el artículo 96, fracción I, de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, el Agente está obligado a informar de manera amplia y detallada el alcance real de la cobertura del seguro, así como la forma de conservarla o darla por terminada.

Le informamos que el Agente de Seguros recabará información y documentación personal, realizará una entrevista y dará cumplimiento a las medidas y procedimientos implementados por la Compañía Aseguradora para detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo Código, por tal motivo, en caso de que pudiera ubicarse en alguno de los actos señalados anteriormente, generará la improcedencia en el pago, nulificando el seguro de forma automática.

## Declaración del Agente

Le informamos que el seguro cuenta con coberturas, exclusiones y limitaciones, por lo que antes de contratar, lo invitamos a consultarlas en la página electrónica [www.generaldeseguros.mx](http://www.generaldeseguros.mx)

Nombre completo del Agente:

Clave:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

RFC:

CURP:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Agente

\_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Solicitante

**“Este documento solo constituye una solicitud de seguro y, por tanto no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la institución de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud”**

## Aviso de Privacidad

**General de Seguros S.A.B.**, con domicilio en avenida Patriotismo 266, colonia San Pedro de los Pinos, código postal 038000, alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, pone a su disposición su aviso de privacidad integral en la página web [www.generaldeseguros.mx](http://www.generaldeseguros.mx), y le informa que sus datos están protegidos y son utilizados solo para regular los derechos y obligaciones que surgen por la celebración de su contrato de seguro, incluyendo cobrar y administrar su póliza, atender siniestros y reclamaciones y cumplir con las leyes aplicables.

**“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 integra este producto de seguro, quedaron registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 8 de Junio de 2021 con el número PPAQ-S0009-0031-2021/CONDUSEF-004925-01”**