

**SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
Y RESPONSABILIDAD POR DAÑO AMBIENTAL**

Los suscritos proponentes solicitamos a **General de Seguros, S.A.B.** ("General de Seguros"), nos sea expedida una póliza individual, 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 enmendaduras).

 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	Género Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
Teléfono celular	Teléfono fijo		Correo electrónico			Nacionalidad	
Fecha de nacimiento/constitución	País de nacimiento		Estado Civil			Número de hijos	
D D M M A A A A			Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>	Unión libre <input type="checkbox"/>
Número de firma electrónica avanzada		Folio mercantil	Nombre de representante legal o director o administrador				
Persona física <input type="checkbox"/>	Persona moral <input type="checkbox"/>	Ocupación o profesión		Empresa donde trabaja			
Actividad o giro		Ingreso anual		Relación con el solicitante titular			

Cobranza			
Moneda Pesos <input type="checkbox"/> Dólares <input type="checkbox"/>	Forma de pago:	Mensual <input type="checkbox"/>	Trimestral <input type="checkbox"/>
		Semestral <input type="checkbox"/>	Contado <input type="checkbox"/>
Tipo de movimiento:		Cotización <input type="checkbox"/>	Póliza nueva <input type="checkbox"/>

Vigencia	
Desde las 12 horas del	Hasta las 12 horas del
D D M M A A A A	D D M M A A A A

El estado de cuenta, recibo, folio o número de confirmación de la transacción en donde aparezca dicho cargo, hará prueba plena del pago hasta que General de Seguros S.A.B. entregue el comprobante de pago correspondiente.

Ubicación del Riesgo Asegurado			
Calle	No. Exterior	No. Interior	Colonia
Población o Localidad	Estado	Municipio o alcaldía	Código Postal

Cobertura		SUMA ASEGURADA
COBERTURA		
Responsabilidad por Daño Ambiental	Amparado	\$ _____
Responsabilidad Civil	Amparado	

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

Cuestionario

Descripción de actividades _____

Indique los ingresos de las actividades antes descritas Año actual _____ Estimado año próximo _____

Información adicional de la ubicación del riesgo

Mencione las colindancias que tiene el predio en donde realiza la actividad _____

Tamaño (área del terreno y área desarrollada por actividades) _____ Años operando _____

Breve descripción de ocupación, uso o descripción de los procesos conducidos en la ubicación _____

Información de tanques sobre terreno

Número	Edad	Contenido	Capacidad	Tipo de contención secundaria
--------	------	-----------	-----------	-------------------------------

Información de tanques subterráneos

Número	Edad	Contenido	Capacidad
Tipo de construcción (simple o doble pared)		Metodo de detención de fugas	

Cuenta el asegurado con otras instalaciones de almacenamiento de líquidos peligrosos en grandes cantidades fuera de los predios antes listados Sí No Ubicación _____

En caso de que la Comisión Reguladora de Energía (CRE) catalogue su giro / actividad en su ámbito regulatorio de competencia, indicar:

Número de autorización y/o permiso	ID de la Gasolinera
CURR	Fecha de inicio de operaciones

Indicar giro o actividad que se desarrolla en el predio en que se ubican las instalaciones a asegurar, antes del inicio de operaciones

Indicar fecha de última auditoría realizada en términos de la ASEA (Agencia de Seguridad, Energía y Ambiente)

Indicar última fecha de prueba de hermeticidad

Indicar si realiza informe anual de seguimiento de Plan de implementación y cuál es el plazo para su cumplimiento al 100%

Seguro de Responsabilidad Civil Ambiental

Limite/Deducible requeridos _____

Historial de reclamos y/o pérdidas _____

Información sobre coberturas adicionales que proporcionan amparo de contaminación limitada en base súbita o accidental

Antecedentes de siniestralidad

Indique si con motivo de sus actividades ha recibido durante los últimos 5 años reclamaciones de tipo judicial o extrajudicial, así como el estado que guardan actualmente _____

Fecha del evento

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Descripción _____

Monto en reserva

Monto reclamado

Monto pagado

La información contenida en este cuestionario permitirá a la Compañía establecer la naturaleza de las operaciones del Solicitante, la extensión de la cobertura requerida y las reglas de procedimientos que aplicarán durante la vigencia de la propuesta. La firma de este cuestionario no obliga al Solicitante a realizar un contrato de seguro, sin embargo, constituirá parte del contrato de seguro en caso de llevarse a cabo, por tanto, cualquier alteración y/o variación de las protecciones, garantías, procedimientos y equipo en detrimento de la Compañía sólo pueden ser efectuadas con previo aviso a y aprobación de la Compañía.

Por la presente declaramos que todo lo expuesto por nosotros en el cuestionario está completo y concuerda con la verdad según nuestro leal saber y entender, y por la presente estamos de acuerdo con que este cuestionario constituya la base y forme parte de la póliza extendida en relación con el riesgo mencionado anteriormente.

Importante

La presente solicitud y en su caso, toda la documentación del contrato de seguro y sus disposiciones, respetan la dignidad y derechos fundamentales del solicitante, asegurados y de beneficiarios de las coberturas amparadas, de acuerdo con la legislación aplicable en la República Mexicana, y buscan establecer una relación contractual equitativa, informada, igualitaria y no discriminatoria entre las partes.

Con la firma de esta solicitud, los solicitantes aceptamos y reconocemos no encontrarnos en ninguno de los siguientes supuestos:

- 1) Tener o haber tenido vínculo alguno con la delincuencia organizada;
- 2) Haber sido sujetos a procedimiento legal o investigación por ilícitos relativos a delincuencia organizada o lavado de dinero, en territorio nacional o extranjero;
- 3) Haber estado nuestro nombre, alias o apodo, actividades, bienes a asegurar o nacionalidad, publicados en una lista oficial, nacional o extranjera, relativa a los delitos vinculados con delincuencia organizada, lavado de dinero o financiamiento al terrorismo.

Reconocemos que, en caso de encontrarse en alguno de los supuestos anteriores, deberemos abstenernos de requisitar y firmar el presente formato. En caso de que, durante la vigencia de esta póliza, alguno de los solicitantes incurramos en cualquiera de los supuestos de vinculación con ilícitos referidos en el párrafo anterior, consentimos que tal situación será considerada como una agravación esencial de los riesgos amparados en el producto de seguro, conforme a las condiciones generales del mismo.

Declaro que los recursos de la póliza que solicito no provienen de ninguna actividad ilícita y autorizo a **General de Seguros** para comprobarlos a su entera satisfacción. Declaro que no autorizo que terceros efectúen depósitos a mis pólizas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en los artículos 139 Quáter, 148 Bis, 148 Ter, 148 Quáter y 400 Bis del Código Penal Federal, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas. Declaro bajo protesta de decir la verdad que la solicitud de seguro se realiza por cuenta y con recursos propios únicamente en beneficio del solicitante, de conformidad con las políticas en materia de identificación y conocimiento del cliente, emitidas por la entidad de seguros.

Declaramos que la información contenida en esta solicitud ha sido otorgada de manera personal, es verídica y completa, e incluye todos los hechos importantes que puedan influir en las condiciones convenidas para la apreciación y aceptación del riesgo, tal y como los conocemos en este momento. Por lo tanto, reconocemos que cualquier omisión o inexacta declaración de tales hechos, faculta a General de Seguros para en su caso, rescindir de pleno derecho el contrato, aunque ello no haya influido en la realización del siniestro (arts. 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

En caso de que esta solicitud sea aceptada, autorizamos a **General de Seguros** para que la documentación contractual nos sea entregada a través de correo electrónico indicado en este formato. Lo anterior, salvo que expresamente instruyamos lo contrario a **General de Seguros** en esta solicitud. Asimismo, autorizamos que dicho correo electrónico funja como medio de notificación para cualquier asunto relacionado con el presente seguro y sus siniestros, así como para proporcionar a **General de Seguros** toda información que en su caso me sea solicitada.

Importante

Declaramos que, aceptada la solicitud, nos fueron entregados, y explicados en su contenido, las condiciones generales del contrato de seguro, principalmente lo relativo a nuestros derechos básicos, coberturas, periodos de espera, cláusulas generales y particulares, así como exclusiones y limitantes del producto, que reconocemos como parte integrante del contrato en términos del artículo 7 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, así como el aviso de privacidad integral de **General de Seguros**, todo lo cual conocemos, entendemos y aceptamos, sabedores de que podemos consultar dicha información adicionalmente en la página www.generaldeseguros.com.mx

Reconocemos haber tenido a disposición el **Aviso de Privacidad Integral de General de Seguros**, el cual también puede consultarse en la página web junto con los mecanismos para hacer valer nuestros derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición), enterados de que los cambios o actualizaciones al Aviso de Privacidad estarán disponibles para su consulta en la misma página web.

Indicar el medio para la entrega de la documentación contractual _____
(Llenar solo si es distinto al correo electrónico proporcionado)

Lugar y fecha: _____

Firma del solicitante titular

Firma del contratante

Agente

El Agente que suscribe, cuyo nombre y firma aparecen al calce, realizó una entrevista personal con los solicitantes del seguro, o sus representantes legales según ha correspondido, a fin de obtener los datos de este formato, asimismo ha manifestado haber recabado copia simple de los documentos de identificación, los cuales cotejó con los originales que tuvo a la vista.

Asimismo, de acuerdo con el artículo 96 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el Agente manifiesta haber entregado el folleto de los Derechos Básicos de los Asegurados, e informado a los solicitantes de manera, clara, amplia y detallada sobre el alcance real de las coberturas, las principales características del producto, la forma de conservarlo o darlo por terminado, su vigencia, los términos establecidos en el contrato, su renovación y las consecuencias de la rehabilitación. En caso de que el Agente haya recabado información personal de otros solicitantes o titulares de datos personales, acepta la obligación de informarles de esta entrega, así como darles a conocer los **Avisos de Privacidad de General de Seguros** y del propio Agente.

Nombre completo del Agente: _____

Clave: _____

Firma

“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”

“El producto cuenta con exclusiones y limitantes, se le invita a consultar los alcances reales de las coberturas en la página www.generaldeseguros.com”

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 800.2254.339 y/o en la dirección avenida Patriotismo 266, colonia San Pedro de los Pinos, alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03800, Ciudad de México y/o al correo electrónico atencionclientes@gseguros.com.mx o visita 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, www.condusef.gob.mx

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 26 de agosto de 2021, con el número CNSF-S0009-0204-2021/CONDUSEF-004914-01.