

CASCOS DE AVIONES

TIPO DE MOVIMIENTO	FORMA DE PAGO	MONEDA	VIGENCIA
COTIZACIÓN <input type="checkbox"/>	CONTADO <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/>	NACIONAL <input type="checkbox"/>	DESDE LAS 12 HRS.DEL <input type="text"/> DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
PÓLIZA NUEVA <input type="checkbox"/>	MENSUAL <input type="checkbox"/> SEMESTRAL <input type="checkbox"/>	DOLARES <input type="checkbox"/>	HASTA LAS 12 HRS.DEL <input type="text"/> DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>

DATOS DEL CONTRATANTE

NOMBRE COMPLETO Y/O RAZÓN SOCIAL		APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
PERSONA FÍSICA <input type="checkbox"/>	PERSONA MORAL <input type="checkbox"/>	R.F.C. ó C.UR.P.		
TELÉFONO CASA:	TELÉFONO OFICINA:	E - MAIL:		

DOMICILIO DEL CONTRATANTE

CALLE:	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA:
CIUDAD O POBLACIÓN:	MUNICIPIO O ALCALDÍA:	ESTADO:	C.P.

DOMICILIO DEL ASEGURADO

CALLE:	NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA:
CIUDAD O POBLACIÓN:	MUNICIPIO O ALCALDÍA:	ESTADO:	C.P.

DATOS DEL RIESGO ASEGURADO

ACTIVIDAD ESPECÍFICA	OPERACIÓN: PRIVADA <input type="checkbox"/>	_____
	EMPRESARIAL <input type="checkbox"/>	_____
AEROPUERTO BASE	OFICIAL <input type="checkbox"/>	_____
	OTRA <input type="checkbox"/>	_____

TIPO DE AEROPUERTOS	LIMITES GEOGRÁFICOS		
NOMBRE DEL PILOTO	TIPO DE LICENCIA		
MARCA	AÑO	MATRICULA	NUMERO DE LICENCIA
MODELO	NUMERO DE PASAJEROS	HORAS TOTALES	
NÚMERO DE SERIE	NUMERO DE TRIPULANTES	HORAS MARCA Y MODELO	

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA	COBERTURAS	SUMA ASEGURADA
CASCO <input type="checkbox"/>	\$ _____	PAGOS VOLUNTARIOS A PASAJEROS <input type="checkbox"/>	\$ _____
RESPONSABILIDAD CIVIL LEGAL A PASAJEROS <input type="checkbox"/>	\$ _____	PAGOS VOLUNTARIOS A TRIPULANTES <input type="checkbox"/>	\$ _____
EQUIPAJE DE MANO A PASAJEROS <input type="checkbox"/>	\$ _____	GASTOS MÉDICOS A PASAJEROS <input type="checkbox"/>	\$ _____
EQUIPAJE FACTURADO A PASAJEROS <input type="checkbox"/>	\$ _____	GASTOS MÉDICOS A TRIPULANTES <input type="checkbox"/>	\$ _____
CARGA <input type="checkbox"/>	\$ _____		

COBERTURAS ADICIONALES

CASCO TODO RIESGO EN VUELO, TAXEO, INGESTIÓN Y TIERRA	AMPARADO <input type="checkbox"/>
RESPONSABILIDAD CIVIL LEGAL POR DAÑOS EN SUPERFICIE	AMPARADO <input type="checkbox"/>
CASCO SOLO EN TIERRA Y ANCLADO	AMPARADO <input type="checkbox"/>
PARTES Y REFACCIONES	AMPARADO <input type="checkbox"/>
GUERRA	AMPARADO <input type="checkbox"/>
HUELGAS, ALBOROTOS POPULARES, CONMOCIÓN CIVIL	AMPARADO <input type="checkbox"/>

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 21 de Abril de 1994, con el número D-103/04/94/CONDUSEF-000797-01.

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

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.

LUGAR Y FECHA: _____

NOMBRE

FIRMA

Para cualquier aclaración, queja, o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de General de Seguros, S.A.B., a los teléfonos 55.5278.8883, 55.5278.8806 y del interior de la República marque 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 atencionaclientes@gseguros.com.mx; o visite www.generaldeseguros.mx

DECLARACIONES DEL CONTRATANTE

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.

DECLARACIONES 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.

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

Nombre del Agente:

Clave:

R.F.C.

CURP

E-mail:

Nota: Si no existe la firma del Asegurado, no se realizará el trámite.

EN _____ EL DÍA ____ DE _____ DE _____ .

FIRMA DEL AGENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

Este documento sólo constituye una Solicitud de Seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por General de Seguros, S.A.B., ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

AVISO DE PRIVACIDAD

AVISO SIMPLIFICADO

En General de Seguros, S.A.B., nos comprometemos a proteger su privacidad durante el procesamiento de sus datos personales identificables y sensibles; por tanto, esta Compañía se obliga a hacer uso correcto de sus datos personales de conformidad con las leyes, la buena fe, el orden público y el presente Aviso.

I.- IDENTIDAD Y DOMICILIO DEL RESPONSABLE:

General de Seguros, S.A.B., con domicilio en Avenida Patriotismo, Número 266, Colonia San Pedro de los Pinos, Código Postal 03800, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México.

II.- LAS FINALIDADES DEL TRATAMIENTO:

La finalidad de la obtención, uso y almacenamiento de sus datos personales, se desglosa de la siguiente manera:

- A) Para la valuación de solicitudes de seguro, selección de riesgos y en su caso, la emisión del Contrato de Seguro, renovaciones del mismo y trámite de reclamaciones para el pago de siniestros.
- B) Para regular los derechos y obligaciones que surgen entre las partes por la celebración del Contrato de Seguro.
- C) Para la emisión y rehabilitación de sus Pólizas de Seguro.
- D) Para los Visitantes y Asegurados: Todos los datos que les sean solicitados, así como la videograbación que se realice, se utilizarán para todos los fines vinculados con el acceso, control y seguridad dentro de las instalaciones de la empresa.
- E) Proveedores o prestadores de bienes y/o servicios, incluso agentes de seguros: Para todos los fines vinculados con la relación jurídica y contractual que celebremos con Usted.
- F) Para integrar expedientes conforme a las políticas emitidas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, para combatir el lavado de dinero y terrorismo.
- G) Para la promoción de nuestros productos y servicios que se hagan a través de General de Seguros, S.A.B., y de sus empresas filiales.
- H) Para fines de mercadotecnia, publicidad y prospección comercial.

Las finalidades consistentes en los incisos A), B), C), D), E), F) son necesarias para la existencia, mantenimiento, y cumplimiento de la relación jurídica entre Usted y General de Seguros, S.A.B.

Las finalidades consistentes en los incisos G) y H), no son necesarias para la existencia, mantenimiento y cumplimiento de la relación jurídica, ya que las mismas son únicamente para fines publicitarios.

Asimismo, tendrá un plazo de cinco días hábiles para que, de ser el caso, manifieste su negativa para el tratamiento de sus datos con respecto de las finalidades que no son necesarias, ni dieron origen a la relación con la Compañía Aseguradora.

III.- MEDIDAS PARA CONOCER EL AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL.

General de Seguros, S.A.B., pone a su disposición el aviso de privacidad integral en la página WEB: www.generaldeseguros.mx, de acceso sencillo, fácil y gratuito, pudiendo consultarlo las 24 hrs. del día, los 365 días del año.

NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE

FIRMA DEL SOLICITANTE