

SOLICITUD DINERO Y VALORES

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"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>
Póliza Nueva <input type="checkbox"/>	Mensual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/>	Dólares <input type="checkbox"/>	Desde las 12 hrs. del <input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>

DATOS DEL CONTRATANTE

R.F.C. ó C.U.R.P.	Teléfono Casa/Oficina	E-Mail
Nombre Completo ó Razón Social		Persona Física <input type="checkbox"/> Persona Moral <input type="checkbox"/>

DOMICILIO DEL CONTRATANTE

Calle	Número	Colonia	C.P.
Ciudad/Población	Municipio/Alcaldía	Estado	

DOMICILIO DEL ASEGURADO

Calle	Número	Colonia	C.P.
Ciudad/Población	Municipio/Alcaldía	Estado	

DATOS DEL RIESGO ASEGURADO

Giro	Ubicación
------	-----------

MEDIDAS DE SEGURIDAD

Circuito cerrado de TV con grabación <input type="checkbox"/>	Vigilante 24 hrs. <input type="checkbox"/>
Alarma central <input type="checkbox"/>	Caja Fuerte <input type="checkbox"/>
Alarma local <input type="checkbox"/>	Caja Registradora <input type="checkbox"/>
Protecciones metálicas <input type="checkbox"/>	Bodega o caja de cilindro invertido <input type="checkbox"/>
Paredes y techos completos <input type="checkbox"/>	Servicio de recolección <input type="checkbox"/>
Colindantes fincados <input type="checkbox"/>	Servicio de contabilidad <input type="checkbox"/>
Sensores de Movimiento <input type="checkbox"/>	

¿Cuenta con servicio de traslado?

 SI NO

¿Cuales son las medidas de seguridad del servicio del traslado?

COBERTURAS
SUMA ASEGURADA

BÁSICA		
Dentro del Local	AMPARADO <input type="checkbox"/>	\$
Fuera del Local	AMPARADO <input type="checkbox"/>	\$
Dentro y Fuera del Local (L.U.C.)	AMPARADO <input type="checkbox"/>	\$
BAJO CONVENIO EXPRESO		
Robo con violencia o asalto a bordo de camiones o camionetas de servicio, de reparto de mercancía y/o de cobranza	AMPARADO <input type="checkbox"/>	Sublímite por camion: \$ _____

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.

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 13 de Octubre de 1993, con el número C.N.S.F Exp 732.5(AMIS)/I Oficio 06-367-I-1.1/30291/CONDUSEF-002289-01

DECLARACIÓN DEL CONTRATANTE

El contratante manifiesta que la información recabada en esta solicitud es veraz y 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, originan 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 del Seguro.

DECLARACIÓN DEL AGENTE

De conformidad con el artículo 96, fracción I, de la Ley de Instituciones de Seguros y de 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(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno
R.F.C. ó CURP	Clave de Agente	E-Mail

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."

NOMBRE
FECHA
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 atencion@gseguros.com.mx; o visite www.generaldeseguros.mx

AVISO DE PRIVACIDAD**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, CDMX.

II.- FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES

En General de Seguros S.A.B., nos comprometemos a proteger su privacidad durante el procesamiento de sus Datos Personales identificables y sensibles; por lo tanto, General de Seguros S.A.B., 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.

El objeto o fin de la obtención, uso y almacenamiento de sus Datos Personales, se desglosa de la siguiente manera:

- a) Para regular los derechos y obligaciones que surgen entre las partes por la celebración del Contrato de Seguro.
- b) Para la emisión y rehabilitación de sus pólizas de seguro, para que nuestro Asegurado, reciba la atención necesaria y requerida en caso de que sufra un siniestro, así como por cualquier evento o acontecimiento que sea materia del Seguro y;
- c) Para la promoción de productos y servicios que ofrece General de Seguros S.A.B., y sus filiales.

General de Seguros S.A.B., se obliga a guardar la confidencialidad de los Datos Personales del Titular y dicha obligación subsistirá aún después de finalizar sus relaciones con el Titular.

III.- LAS OPCIONES Y MEDIOS PARA LIMITAR EL USO O DIVULGACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES:

Usted como Titular de los Datos Personales, podrá limitar su uso o divulgación, manifestando su posición a través de nuestra página web www.generaldeseguros.mx, o a través de un escrito en formato libre dirigido al área responsable del manejo de los Datos Personales.

IV.- LOS MEDIOS PARA EJERCER LOS DERECHOS DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN U OPOSICIÓN:

El Titular o representante legal podrán solicitar a General de Seguros S.A.B., en cualquier momento, el acceso, la rectificación, la cancelación u oposición, respecto de los Datos Personales que le conciernen, para ello bastará que lo solicite por escrito en formato libre dirigido al área responsable del manejo de los Datos Personales, o bien, en la sección disponible a través de nuestra página web www.generaldeseguros.mx

Para el ejercicio de este derecho, usted como Titular de los Datos Personales, deberá identificar en su solicitud de acceso, rectificación, cancelación u omisión, los siguientes datos:

- 1.-Nombre y Domicilio del Titular, o medio electrónico a donde pueda enviarse la respuesta a su solicitud.
 - 2.-La descripción clara y precisa de los Datos Personales de los que busca ejercer alguno de los derechos mencionados.
 - 3.-En el caso de las solicitudes de rectificación de sus Datos Personales, el Titular deberá de indicar el dato que es erróneo y la corrección que debe realizarse al respecto.
 - 4.-Los datos, documentos o registros que faciliten la localización de Datos Personales.
- Así mismo, deberá adjuntar a su solicitud los documentos que acrediten la identidad o, en su caso, la representación legal del Titular de los Datos Personales, así como aquella que sustente su petición, los cuales deberán de ser presentados por cualquiera de los medios antes mencionados.

V.- TRANSPARENCIAS DE DATOS QUE SE EFECTÚEN.

Cuando General de Seguros S.A.B., pretenda transferir los Datos Personales a terceros nacionales o extranjeros, comunicará a éstos el contenido del presente aviso de privacidad y las finalidades a las que el Titular sujetó su tratamiento. Cuando la transferencia sea precisa para el mantenimiento o cumplimiento de un Contrato de Seguro celebrado entre el responsable y el Titular de los Datos Personales, no se requerirá el consentimiento del Titular.

VI.- EL PROCEDIMIENTO Y MEDIO POR EL CUAL EL RESPONSABLE COMUNICARÁ A LOS TITULARES DE CAMBIOS AL AVISO DE PRIVACIDAD.

Si se producen cambios en los Avisos de Privacidad, General de Seguros S.A.B., comunicará los cambios por los siguientes medios:

- 1.-Por escrito en el domicilio que haya designado el Titular de los Datos Personales.
- 2.-A través del correo electrónico que haya proporcionado el Titular.
- 3.-Accediendo a la página web www.generaldeseguros.mx

Nombre y Firma del Solicitante