

SOLICITUD DE SEGURO GS + HOGAR + PROTECCIÓN

DATOS DEL CONTRATANTE		R.F.C.	I.F.E.	C.U.R.P.
Nombre(s)		Apellido Paterno		Apellido Materno
Fecha de Nacimiento Día Mes Año	Sexo (M) (F)	Estado Civil	Empresa donde Trabaja	
Profesión, Ocupación o Giro				
Nacionalidad del Contratante	Teléfono Casa		Oficina	E-mail
DOMICILIO		Número Ext. Int.	Colonia	Código Postal
Calle				
Ciudad / Población	Municipio / Alcaldía		Estado	
Actividad o Giro del Negocio (Para Personas Físicas)		Origen de los Recursos		
¿El Asegurado o Contratante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal o federal en los últimos cuatro años? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Cargo		
Datos del apoderado (en caso de que se contraten por su conducto)				
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)
Notaría No.	Nombre Notario		No. Poder	
Documentos Anexos del Asegurado o Contratante	Identificación Oficial Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	C.U.R.P. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	R.F.C. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Comprobante de Domicilio Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
Documentos Anexos del Aporado	Identificación Oficial Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	Comprobante de Domicilio Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	Documento con el que acredite su Representación Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
Denominación o Razón Social (Para Personas Morales)		Fecha de Constitución Día Mes Año		Forma de Administración de la Sociedad Administrador único <input type="checkbox"/> Consejo de administración <input type="checkbox"/>
Nombre de los Socios Accionistas		Porcentaje		¿Alguno de los Socios o Accionistas, miembros del Consejo Administrador Único desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal o federal durante los últimos 4 años? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nombre		Cargo		
Documentos Anexos del Solicitante o Contratante				
Acta Constitutiva Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Cédula de Identificación Fiscal Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Comprobante de Domicilio Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?
Nombre del Agente				Clave
IMPORTANTE: Si no existe la firma del Solicitante, no se realizará el trámite				
En _____ el día ____ de _____ de _____				
Firma del Agente		Nombre y Firma del Solicitante		
OBSERVACIONES:				

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.

TÉRMINOS DEL CONTRATO DE SEGURO

SOLICITUD DE SEGURO GS + HOGAR + PROTECCIÓN FORMA 2

Forma de Pago

Contado Mensual Trimestral Nómina Semestral

Conducto de Pago

Efectivo Cta. de Cheque T. de Crédito

MONEDA Nacional US Dlls.

VIGENCIA

Desde las 12 hrs. Día Mes Año Hasta las 12 hrs. Día Mes Año

DATOS DE LA UBICACIÓN

CASA SOLA

CONDOMINIO HORIZONTAL O VERTICAL

SECCIÓN	COBERTURAS	PAQUETE 1	PAQUETE VERSÁTIL
I	Edificio	100%	\$
II	Contenidos	50% de la suma del Edificio	\$
III	Cristales	6% de la suma del Edificio	\$
VI	Robo y Asalto con Violencia Convenio Expreso: A.1 Inciso c) Dinero en efectivo B.1.1 Artículos de difícil o imposible reposición, hasta 150 D.S.M.G.V.D.F. B.1.2 Artículos de piel con valor superior a 50 D.S.M.G.V.D.F.	10% de la suma del Edificio Opcional Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Opcional Opcional	\$ \$ 4,000.00 M.N. \$ \$
V	Responsabilidad Civil: V-A Responsabilidad Civil Privada y Familiar V-B Responsabilidad Civil Arrendatario o Subarrendatario	100% de la suma del Edificio	\$
		100% de la suma del Edificio	\$
*VI	Accidentes Personales Muerte Accidental Pérdidas Orgánicas Reembolso de Gastos Médicos 30% de la Suma Asegurada	Opcional	Opcional
		\$	\$
		\$	\$
		AMPARADO <input type="checkbox"/> EXCLUIDO <input type="checkbox"/>	AMPARADO <input type="checkbox"/> EXCLUIDO <input type="checkbox"/>
*VII	Seguro Familiar de Últimos Gastos	Opcional \$	AMPARADO <input type="checkbox"/> EXCLUIDO <input type="checkbox"/>
VIII	Servicio de Auxilio en el Hogar	Opcional \$	AMPARADO <input type="checkbox"/> EXCLUIDO <input type="checkbox"/>
IX	Daños a equipo electrodoméstico por variación del suministro eléctrico. Límite máximo de Suma Asegurada \$30,000.00 M.N.	\$	\$

* En caso de solicitar estas coberturas, es necesario llenar la 2da. parte de la Forma 3.

DIRECCIÓN EN DONDE SE ENCUENTRAN UBICADOS LOS BIENES AMPARADOS (Únicamente si es distinta al domicilio fiscal): _____

¿SE ENCUENTRA A MÁS DE 50 KM DE LA COSTA? Si No
 ¿A 500 MTS DE LÍNEAS DE ROMPIMIENTO DE LAS OLAS EN MAREA ALTA? Si No
 ¿A 250 MTS DE LA "RIVERA" DEL LAGO O LAGUNA? Si No

RIESGOS Y COBERTURAS ADICIONALES QUE DESEA AMPARAR PARA LAS SECCIONES I Y II

Terremoto y/o Erupción Volcánica

Riesgos Hidrometeorológicos

Terremoto y/o Erupción Volcánica bienes por convenio (*)
 *Detallar bienes bajo convenio y suma asegurada: _____

Riesgos Hidrometeorológicos, bienes por convenio (*)
 *Detallar bienes bajo convenio y suma asegurada: _____

MEDIDAS DE SEGURIDAD:

Cuenta con vigilancia. Si No
 Alarma central certificada. Si No
 Acceso restringido y vigilancia las 24 hrs. Si No
 Con acceso controlado, vigilancia, alarma central certificada, protección metálica en puertas y ventanas a la calle. Si No
 Existe personal al cuidado permanente del domicilio asegurado. Si No

TERREMOTO Y/O ERUPCIÓN VOLCÁNICA

Longitud _____ Latitud _____
 Tipo de Suelo: Roca Firme Blando Desconocido
 Fecha de construcción Día _____ Mes _____ Año _____
 Uso de Inmueble
 Almacén Hospital
 Banco Hotel
 Biblioteca Industrial
 Central de Comunicaciones Laboratorio
 Central Eléctrica Librería
 Centro Comercial Museo
 Comercio Oficina Gubernamental
 Depósito de Sustancias Explosivas Oficina Privada
 Depósito de Sustancias Inflamables Restaurante
 Depósito de Sustancias Tóxicas Servicios de Emergencia
 Escuela Terminal de Transporte
 Estacionamiento Tienda de Departamentos
 Fábrica Vivienda
 Funeraria Otro
 Hangar
 Tipo de Columnas: Concreto Acero Sin Columnas
 Trabes: Coladas Prefabricadas Sin Trabes
 Muros: Concreto Tabique, block, mampostería Lámina metálica Otros

Techo (Tipo de Cubierta)
 Ligera Pesada
 Entrepisos
 Corta Mediana Larga
 Piso en el que se encuentra ubicado el asegurado
 Columnas
 Cortas Sin columnas
 Sobre peso
 Si No
 Esquina
 Si No
 Altura de Inmueble
 Nula Poca Mucha
 Planta (Irregularidad en la planta)
 Nula Poca Mucha
 Edificio con Hundimiento
 Si No
 Daños Previos
 No Ligeros Severos
 Tipo de Reparación (¿Daños Previos Reparados?)
 Si No
 Fecha de Reparación Día _____ Mes _____ Año _____

RIESGOS HIDROMETEOROLÓGICOS

Línea Frente a Mar, Río y Lago
 A menos de 250 metros a más de 250 metros
 Rugosidad del Terreno
 Campo Abierto Construcciones Dispersas
 Barro Residencial Centro de la Ciudad
 Sobre Elevación (Sobre Elevación de desplante de la planta baja)
 De 10 a 10
 Número de Piso a Asegurar _____
 Tipo de Cubierta en Techos
 Cubierta Pesada
 Cubierta Ligera sin Diseño
 Cubierta Ligera con Diseño Genérico
 Cubierta Ligera con Diseño Específico
 Irregularidad de la Planta
 Nula Poca Mucha
 Objetos cercanos, Posters, Espectaculares, Árboles
 Sí hay No hay
 Objetos en la Azotea (Objetos que puedan desprenderse)
 Sí tiene No tiene
 Tamaño de los Cristales
 Chicos Medianos Grandes
 Tipo de Ventana
 Con Protección Sin Protección
 Tipo de Domos
 Nula no tiene Domo Baja con Domos y Cortina Anticición Media con Domos de Cristal Grueso Alta con Domos Cristal Delgado

Soporte de Ventanas
 Sin Diseño Estructural
 Con Diseño Estructural Genérico
 Con Diseño Estructural Específico
 Porcentaje de los Cristales con Respecto a la Fachada
 Menor al 30%
 Entre 30% y 60%
 Mayor al 60%
 Porcentaje de los Domos
 Porcentaje Nulo 0%
 Porcentaje menor al 10%
 Porcentaje Medio entre 10% y 25%
 Porcentaje alto mayor al 25%
 Otras Fachadas
 No tiene 0%
 Menor al 20%
 Entre el 20% y 50%
 Mayor al 50%
 Tipo de Muro (Muro de Contención)
 Concreto Reforzado con Cimentación Profunda
 Concreto Reforzado con Cimentación Superficial
 Mampostería de Piedra o Tabique
 Sin Muro

CUESTIONARIO DE COBERTURAS GS + HOGAR + PROTECCIÓN

ACCIDENTES PERSONALES

Nombre del Asegurado	Nombre del Beneficiario	Edad	Categoría (Titular, Cónyuge, Hijo(a) o Servidumbre).

En caso de no existir Beneficiario designado, la indemnización correspondiente se pagará a la sucesión del Asegurado.

SEGURO FAMILIAR DE ÚLTIMOS GASTOS

Asegurados	¿Padece o ha padecido alguna enfermedad o lesión, o ha sido intervenido quirúrgicamente en los últimos 5 años?	Edad	Fecha de Nacimiento		
			Día	Mes	Año
Titular					
Cónyuge					
Hijo 1					
Hijo 2					

En caso de respuesta afirmativa. Favor de precisar dependiente económico, padecimiento, duración, fecha inicio, tratamiento y estado actual:

EN CASO DE FALLECIMIENTO DE ALGÚN ASEGURADO DEPENDIENTE, SE ENTENDERÁ QUE EL BENEFICIARIO DESIGNADO ES EL ASEGURADO TITULAR. EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL TITULAR, SE ENTENDERÁ QUE EL BENEFICIARIO DESIGNADO ES EL CÓNYUGE.

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 05 de Diciembre de 2006, con el número CNSF-S0009-0500-2006/CONDUSEF-000700-01.

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