

SOLICITUD DE SEGURO CONTRA INCENDIO

 Desde las 12 hrs. del Día Mes Año Desde las 12 hrs. del Día Mes Año Póliza Anterior Póliza No.

 Nombre o Razón Social y/o R.F.C.
PROPIETARIO **ARRENDATARIO** **PERSONA FÍSICA** **PERSONA MORAL**
DOMICILIO FISCAL
 Calle Num. Ext. Num. Int. Colonia Código Postal

 Estado Ciudad / Población Nacionalidad

 Giro del Negocio Asegurado Teléfono E-mail

SECCIÓN	ESPECIFICACIONES DE BIENES Y RIESGOS SOLICITADOS	SUMAS ASEGURADAS	
I	Incendio del Edificio <input type="checkbox"/> Incendio del Edificio (Todo Riesgo) <input type="checkbox"/>	Básica \$	Inflación \$
II	Incendio de los Contenidos	Básica \$	Inflación \$
II-A	Pérdidas consecuenciales con periodo de indemnización de: (MARCAR Meses: <input type="checkbox"/> Ganancias Brutas: <input type="checkbox"/> Pérdida Utilidades: <input type="checkbox"/> O bien el siguiente % del Beneficio Anual: <input type="checkbox"/> CUÁL DESEA: Interrupción Actividades Comerciales: <input type="checkbox"/> Pérdida de Rentas: <input type="checkbox"/> Gastos Extraordinarios: <input type="checkbox"/>	\$	

 DIRECCIÓN DONDE ESTÁN LOS BIENES AMPARADOS
 (Únicamente si es distinta al domicilio fiscal):
 ¿SE ENCUENTRA A MÁS DE 50 KILÓMETROS DE LA COSTA? SI NO
TIPO CONSTRUCTIVO DEL EDIFICIO QUE CONTIENE LOS BIENES ASEGURADOS
Muros de: Tabique, block, mampostería: Madera: Cristal: Lámina metálica:
Entrepisos: Concreto armado: Madera: Otro (detallar)
Consta de: Número de Niveles: Sótano: Planta Baja: Mezzanine: Pisos Altos:
Techos de: Lámina galvanizada o de asbesto:
 Concreto armado: Madera:
Y SE ENCUENTRA OCUPADO POR:
RIESGOS Y CUBERTURAS ADICIONALES QUE SE DESEA AMPARAR PARA LAS SECCIONES I Y II

 Riesgos Adicionales de Incendio: Huelgas y alborotos Populares:
 Riesgos Hidrometeorológicos: Naves aéreas, vehículos y Humo:
 Terremoto y Erupción Volcánica: Riesgos Hidrometeorológicos, bienes por convenio (*):
 Explosión: Coaseguro convenido:

 Remoción de Escombros con suma asegurada de:

 Otros (especificar): Cláusulas especiales al reverso.

Nota: (*) Sólo para Sección 1 y sujeto a proporcionar relación de bienes con suma seguridad respectivas.

TERREMOTO Y/O ERUPCIÓN VOLCÁNICA
NOTA: Es obligatorio el llenado total de esta sección.
Tipo de Suelo: Roca Firme Blanco Desconocido Longitud Latitud
Uso de Inmueble

Almacén	<input type="checkbox"/>	Hospital	<input type="checkbox"/>
Banco	<input type="checkbox"/>	Hotel	<input type="checkbox"/>
Biblioteca	<input type="checkbox"/>	Industrial	<input type="checkbox"/>
Central de Comunicaciones	<input type="checkbox"/>	Laboratorio	<input type="checkbox"/>
Central Eléctrica	<input type="checkbox"/>	Librería	<input type="checkbox"/>
Centro Comercial	<input type="checkbox"/>	Museo	<input type="checkbox"/>
Comercio	<input type="checkbox"/>	Oficina Gubernamental	<input type="checkbox"/>
Depósito de Sustancias Explosivas	<input type="checkbox"/>	Oficina Privada	<input type="checkbox"/>
Depósito de Sustancias Inflamables	<input type="checkbox"/>	Restaurante	<input type="checkbox"/>
Depósito de Sustancias Tóxicas	<input type="checkbox"/>	Servicios de Emergencia	<input type="checkbox"/>
Escuela	<input type="checkbox"/>	Terminal de Transporte	<input type="checkbox"/>
Estacionamiento	<input type="checkbox"/>	Tienda de Departamentos	<input type="checkbox"/>
Fábrica	<input type="checkbox"/>	Vivienda	<input type="checkbox"/>
Funeraria	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>
Hangar	<input type="checkbox"/>		

Fecha de construcción:

 Día Mes Año
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 **Sobrepeso**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** Poca Mucha Nula **Objetos cercanos, Posters, Espectaculares, Árboles** Si hay No hay **Objetos en la Azotea (Objetos que puedan desprenderse)** Si 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 Antición 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** (Tablaroca plástica, lámina)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

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,

- () Seguro Contra Incendio Riesgos Nombrados, a partir del día 01 de Noviembre de 1996, con el número D-307/96/CONDUSEF-002092-01
- () Seguro Contra Incendio Todo Riesgo, a partir del día 10 de Abril de 2001, con el número DVA-S-140/2001/CONDUSEF-003341-01.

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 atencionclientes@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