

SOLICITUD DE SEGURO MÚLTIPLE PARA EMPRESAS

 Desde las 12 hrs. del Día Mes Año Hasta 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
 Fecha de Constitución Ciudad / Población Nacionalidad
 Giro del Negocio Asegurado Teléfono E-mail

SECCIÓN	ESPECIFICACIONES DE BIENES Y RIESGOS SOLICITADOS	SUMAS ASEGURADAS
I	Incendio del Edificio	Básica \$ <input type="text"/> Inflación \$ <input type="text"/>
II	Incendio de los Contenidos	Básica \$ <input type="text"/> Inflación \$ <input type="text"/>
II-A	Pérdidas consecuentes 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"/> CUAL DESEA): Interrupción Actividades Comerciales: <input type="checkbox"/> Pérdida de Rentas: <input type="checkbox"/> Gastos Extraordinarios: <input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>
III	Responsabilidad Civil Actividades e Inmuebles (Favor de llenar las Cédula de Información Adicional, al reverso de esta solicitud)	\$ <input type="text"/>
IV	Responsabilidad Civil Arrendatario	\$ <input type="text"/>
V	Calderas y Aparatos a Presión (Relación anexa indicando por equipo: Valor de reposición, superficie calefacción o capacidad evaporación, edad).	Básica \$ <input type="text"/> Inflación \$ <input type="text"/>
VI	Robo con violencia. (Favor de llenar la Cédula de Medidas de Seguridad, al reverso de esta solicitud)	\$ <input type="text"/>
VII	Dinero y/o Valores (INDICAR COBERTURA DESEADA): Dentro del local asegurado: <input type="checkbox"/> Fuera del local, en tránsito: <input type="checkbox"/> Límite Único y Combinado Dentro y fuera: <input type="text"/> Sublímite en tránsito: \$ <input type="text"/> (Favor de llenar la Cédula de Medidas de Seguridad, al reverso de esta solicitud)	\$ <input type="text"/>
VIII	Cristales (Riesgos adicionales por convenio) Remoción: <input type="checkbox"/> Daños por reparación del local: <input type="checkbox"/> Decorado: <input type="checkbox"/>	Básica \$ <input type="text"/> Inflación \$ <input type="text"/>
VIII-A	Anuncios LARGO: <input type="text"/> ANCHO: <input type="text"/> ALTO: <input type="text"/> Acrílico: <input type="checkbox"/> Plástico: <input type="checkbox"/> Neón: <input type="checkbox"/> Otro:(detallar) <input type="text"/>	Básica \$ <input type="text"/> Inflación \$ <input type="text"/>
IX	Equipo Electrónico (Lista anexa indicando por cada equipo: Valor de reposición, marca, modelo, descripción, capacidad, edad, Número de serie).	Básica \$ <input type="text"/> Inflación \$ <input type="text"/>
X	Rotura de Maquinaria (Lista anexa indicando por cada equipo: Valor de reposición, descripción, edad, Número de serie).	Básica \$ <input type="text"/> Inflación \$ <input type="text"/>

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: Cláusulas especiales al reverso.

 Otros (especificar):

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

RIESGOS Y CUBERTURAS ADICIONALES QUE DESEA AMPARAR PARA LA SECCIÓN IX

Riesgos Hidrometeorológicos:
Terremoto y Erupción Volcánica:
Huelgas y conmoción civil:
Equipo móvil y portátil, según lista anexa; sublímite: _____
Portadores externos de datos con límite de: _____
Incremento en el costo de operación: (SICO) _____

Uso de equipo:

AGENTE: _____ CLAVE: FIRMA: _____

EN _____ EL DÍA _____ DE _____ DE _____ FIRMA DEL SOLICITANTE: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL SECCIONES I Y II

No. total de Extintores: _____ No. de Hidratantes Interiores: _____ Vigilancia con el reloj checador: _____ Instalación eléctrica en tubo conduit metálico: Si No
Detectores de Humo: _____ Alarma contra Incendio: _____ Número de vigilancia: _____ Se desenergiza el local en horario no hábil: Si No
Tipo de exteriores que tiene el cliente (PQS, Gas Halón, etc.) _____
Horario (s) de Trabajo: _____ Observaciones: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL SECCIÓN III RESPONSABILIDAD CIVIL

RIESGOS ADICIONALES POR CONVENIO EXPRESO

Estacionamiento: Carga y descarga: Productos en México: Trabajos terminados solo en México:

INFORMACIÓN ADICIONAL

Ingresos o ventas anuales estimados: Ingresos o ventas reales año anterior:

Información de colindantes (giros, distancia respecto al local del cliente)

INFORMACIÓN ADICIONAL PARA ESTACIONAMIENTO O TALLER

Capacidad del estacionamiento: _____ Con acomodadores: Si No
Sublímite por vehículo _____ ¿Local bardeado? (Anotar SI ó NO) _____ Con boleto para control de entrada y salida: Si No

INFORMACIÓN ADICIONAL PARA HOTELERÍA

Número de habitaciones: _____ Número de albercas: _____ Categoría del Hotel: _____
% de huéspedes extranjeros: _____ % de huéspedes USA y CANADA _____ ¿Pertenece a una cadena internacional? Si No

INFORMACIÓN ADICIONAL SECCIÓN V CALDERAS

Si tiene bitácora de uso y mantenimiento (anotar SI o NO): _____ Se cuenta con contrato de mantenimiento a los equipos con Compañía Especializada: Si No

CÉDULA DE MEDIDAS DE SEGURIDAD SECCIONES VI Y VII ROBO Y DINERO Y/O VALORES

Para las Secciones de Robo con Violencia y Dinero y/o Valores, el cliente declara que tiene siempre en operación y perfecto funcionamiento las siguientes medidas de seguridad y sobre esta base se Solicita la cobertura correspondiente:

	Si	No		Si	No
Protecciones Metálicas en Puertas, Ventanas y Tragaluces:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensores de Movimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alarma Local:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Servicio de traslado y Recolección de Dinero y Valores por empresa especializada:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alarma central con contrato vigente:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Caja Fuerte de más de 150 Kg.:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vigilancia en horas inhábiles exclusiva para la negociación:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Caja Fuerte de Cilindro invertido empotrada al piso:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vigilancia armada las 24 Horas exclusiva para la negociación:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Circuito cerrado de Televisión:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paredes y Techos completos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colindantes fincados:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bóveda con combinación de seguridad:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bóveda con combinación de seguridad:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medidas de seguridad para dinero y/o Valores fuera del local en tránsito:

INFORMACIÓN ADICIONAL SECCIONES IX Y X EQUIPO ELECTRÓNICO Y ROTURA DE MAQUINARIA

Si tiene bitácora de uso y mantenimiento (Anotar SI ó NO): _____ Se cuenta con contrato de mantenimiento a los equipos con Compañía especializada: Si No
Los equipos cuentan con regulador o transformador de energía para evitar daños por variaciones de voltaje: Si No
Informar experiencia de siniestros de los últimos 3 años (fecha ocurrido, monto de pérdida, breve detalle de las causas y medidas de prevención adoptadas):

TERREMOTO Y/O ERUPCIÓN VOLCÁNICA

NOTA: Es obligatorio el llenado total de esta sección.

Longitud _____ Latitud _____

Tipo de Suelo: Roca Firme Blanco Desconocido

Fecha de construcción Día _____ Mes _____ Año _____

Uso de Inmueble

Almacén <input type="checkbox"/>	Hospital <input type="checkbox"/>	Techo (Tipo de Cubierta)
Banco <input type="checkbox"/>	Hotel <input type="checkbox"/>	Ligera <input type="checkbox"/> Pesada <input type="checkbox"/>
Biblioteca <input type="checkbox"/>	Industrial <input type="checkbox"/>	Entrepisos
Central de Comunicaciones <input type="checkbox"/>	Laboratorio <input type="checkbox"/>	Corta <input type="checkbox"/> Mediana <input type="checkbox"/> Larga <input type="checkbox"/>
Central Eléctrica <input type="checkbox"/>	Librería <input type="checkbox"/>	Piso en el que se encuentra ubicado el asegurado
Centro Comercial <input type="checkbox"/>	Museo <input type="checkbox"/>	Columnas
Comercio <input type="checkbox"/>	Oficina Gubernamental <input type="checkbox"/>	Cortas <input type="checkbox"/> Sin columnas <input type="checkbox"/>
Depósito de Sustancias Explosivas <input type="checkbox"/>	Oficina Privada <input type="checkbox"/>	Sobrepeso
Depósito de Sustancias Inflamables <input type="checkbox"/>	Restaurante <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Depósito de Sustancias Tóxicas <input type="checkbox"/>	Servicios de Emergencia <input type="checkbox"/>	Esquina
Escuela <input type="checkbox"/>	Terminal de Transporte <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Estacionamiento <input type="checkbox"/>	Tienda de Departamentos <input type="checkbox"/>	Altura de Inmueble
Fábrica <input type="checkbox"/>	Vivienda <input type="checkbox"/>	Nula <input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> Mucha <input type="checkbox"/>
Funeraria <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	Planta (Irregularidad en la planta)
Hangar <input type="checkbox"/>		Nula <input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> Mucha <input type="checkbox"/>

Tipo de Columnas:

Concreto Acero Sin Columnas

Trabes:

Coladas Prefabricadas Sin Trabes

Muros:

Concreto Tabique, block, mampostería Lámina metálica Otros

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

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

Media con Domos de Cristal Grueso

Baja con Domos y Cortina Anticición

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, a partir del día 14 de Febrero de 1997, con el número DSD/43/II/97/CONDUSEF-001168-01.

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