

Solicitud No.: \_\_\_\_\_

**SOLICITUD SEGURO BÁSICO ESTANDARIZADO ACCIDENTES PERSONALES INDIVIDUAL**

Para facilitar los trámites de esta solicitud le pedimos que sea llenada con letra de molde y tinta. No será atendida su propuesta de aseguramiento si presenta tachaduras, enmendaduras o falta alguno de los datos solicitados.

**De interés para el Solicitante (Debe leerlo antes de firmar).**

De acuerdo a la Ley sobre el Contrato de Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal como los conozca o deba conocer en el momento de firmar la misma, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se le pregunten para la apreciación del riesgo, darán lugar a la cancelación de la póliza y en consecuencia a la pérdida de los derechos a los beneficiarios.

**Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.**

**DATOS DEL SOLICITANTE**

Nombre(s)		Apellido Paterno		Apellido Materno	
Fecha de Nacimiento		Sexo	Edad	Estado Civil	
Nacionalidad		Ciudad y Estado de Nacimiento			

**DATOS LABORALES**

Nombre de la Empresa donde trabaja		RFC con homoclave		CURP	
Profesión u Ocupación Principal		Nombre de su puesto y en qué consisten sus labores		Giro de la Empresa	
Domicilio del lugar del trabajo					
Alguna otra ocupación		Describa en qué consisten sus labores		Empresa en que desempeña sus labores	

**DOMICILIO PARTICULAR**

Calle y Número Exterior		Número Interior		Colonia		C.P.	
Ciudad o Población		Municipio o Delegación			Estado		
Teléfono Particular		Teléfono Oficina		Correo Electrónico			

**DATOS DEL CONTRANTE (En caso de ser diferente al Solicitante)**

<b>Nombre y/o Razón Social</b>							
Nombre(s)		Apellido Paterno			Apellido Materno		
Relación con el Solicitante		RFC con homoclave		CURP			
Nacionalidad		Sexo		Correo Electrónico		Teléfono Particular	

**DOMICILIO PARTICULAR**

Calle y Número Exterior	Número Interior	Colonia	C.P.
Ciudad o Población	Municipio o Delegación	Estado	

**DATOS DEL PLAN**

Nombre del Plan	Suma Asegurada (Moneda Nacional): Elegir sólo una opción		Forma de Pago
Seguro Básico de Accidentes Personales	\$ 100,000 <input type="checkbox"/>	\$ 200,000 <input type="checkbox"/>	ANUAL

**DATOS DE LOS BENEFICIARIOS**

**Advertencias:** En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

Nombre(s) de(los) Beneficiario(s)	Parentesco (para efectos de Identificación)	Participación % de la Suma Asegurada

**OTROS SEGUROS DE VIDA O ACCIDENTES PERSONALES**

¿Está solicitando o ha solicitado seguros en otra compañía? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Compañía	Suma Asegurada
--	----------	----------------

¿Le han rechazado, limitado o extraprimado alguna solicitud? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, ¿Por qué motivo?
---	--------------------------------------

**SEGUROS EXPEDIDOS Y SOLICITADOS (EN VIGOR O CANCELADOS)**

Compañía	Suma Asegurada	Moneda	Plan	Estado Actual

**AUTORIZACIÓN**

**De interés para el Solicitante (debe leerlo antes de firmar)**

Se previene al proponente que conforme a la ley sobre el contrato del seguro, debe declarar todos los hechos importantes que se le pregunten para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal como los conozca o deba conocer en el momento de firmarla, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho que se le pregunte, podría originar la pérdida del derecho del asegurado o del derecho de sus beneficiarios.

Enterado de lo que antecede y para efecto de esta solicitud de seguro, declaro estar dispuesto, si fuera necesario, a presentar un examen médico por cuenta de la Compañía, si ésta lo estima conveniente. Además autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado, a los hospitales o clínicas a los que haya ingresado para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad y para el efecto relevo a las personas arriba mencionadas del secreto profesional en este caso, aceptando que se proporcione a la Compañía los datos mencionados.



Nombre del Agente	Clave	Oficina de Envío	No. Promotoría	Participación	Firma del Agente

**DOCUMENTOS ANEXOS**

- Identificación Oficial
- Comprobante de Domicilio Vigente
- Documento que acredite su Calidad Migratoria
- Comprobante de Inscripción para Firma Electrónica Avanzada
- Constancia Única de Registro de Población (C.U.R.P.)
- Cédula de Identificación Fiscal (R.F.C.)

Declaro bajo protesta de decir la verdad que la contratación descrita en la presente solicitud se realiza por cuenta y con recursos propios únicamente en beneficio del Contratante descrito en este documento de conformidad con las Políticas en materia de identificación y conocimiento del Cliente, emitidas por General de Seguros, S.A.B.

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 consta que el cliente llenó y firmó esta solicitud? Si  No

**CORREO ELECTRÓNICO DEL AGENTE:** \_\_\_\_\_ Firma del Agente

OBSERVACIONES

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 25 de Agosto de 2009 con el número CNSF-S0009-0422-2009, del día 30 de Marzo de 2015 con el número CGEN-S0009-0067-2015, y a partir del día 17 de Junio de 2016 con el número RESP-S0009-0167-2016/CONDUSEF-002118-01.