

Solicitud No.: _____

SOLICITUD SEGURO BÁSICO ESTANDARIZADO VIDA 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 General de Seguros, S.A.B. 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			
En caso de ser mujer: ¿Está embarazada? Si () No ()					

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)

Nombre y/o Razón Social					
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
Temporal a 5 años Renovable	\$ 100,000 <input type="checkbox"/>	\$ 200,000 <input type="checkbox"/>	\$ 300,000 <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

¿Está solicitando o ha solicitado un seguro de vida en otra(s) compañía(s) o más que sean voluntarios? Si No

SEGUROS EXPEDIDOS (EN VIGOR O CANCELADOS)

Compañía	Suma Asegurada	Moneda	Plan	Estado Actual

¿Le han rechazado, limitado o extraprimado alguna solicitud? Si No En caso afirmativo, ¿Por qué motivo?

CUESTIONARIO MÉDICO

Fuma Si No

Peso _____ Kg. Estatura _____ cm.

¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?

- | | | |
|--|--------|--------|
| 1. Diabetes | Si () | No () |
| 2. Enfisema pulmonar, bronquitis crónica o asma | Si () | No () |
| 3. Cáncer, tumores malignos, leucemia o lupus | Si () | No () |
| 4. Cirrosis hepática, hepatitis C o insuficiencia hepática | Si () | No () |
| 5. Enfermedades cardíacas, infarto, isquemia, arritmia, hipertensión arterial o intervenciones quirúrgicas del corazón | Si () | No () |
| 6. Insuficiencia renal o pancreatitis | Si () | No () |
| 7. Aneurisma, embolia, trombosis, derrame cerebral | Si () | No () |
| 8. VIH, sida o seropositivo al VIH | Si () | No () |

En caso de responder afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores, especifique:

AUTORIZACIÓN

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.

Asimismo, autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado pólizas para que proporcionen a General de Seguros, S.A.B., de manera indubitable la información de su conocimiento, para la correcta evaluación de mi solicitud y que a su vez General de Seguros, S.A.B., proporcione a cualquier otra empresa del ramo, la información que se derive de esta solicitud y de otra que sean de su conocimiento, a efecto de que pueda evaluar cualquier propuesta de contratación de seguro del ramo que le sea solicitada por mi persona. Esta información puede ser requerida al momento de presentar mi solicitud de seguro, en caso de fallecimiento o en cualquier momento en que la Compañía lo considere oportuno.

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

Con la presente autorización relevo de cualquier responsabilidad derivada del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información requerida, así mismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguros para que proporcionen a General de Seguros, S.A.B. la información de su conocimiento y que a su vez General de Seguros, S.A.B. proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador la información que requiera y que se derive de este documento y de otros que sean de su conocimiento.

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, General de Seguros, S.A.B., hace de su conocimiento que tratará los datos personales IDENTIFICABLES Y SENSIBLES que Usted proporcione para la evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión del Contrato de Seguro, trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de Póliza de Seguro, prevención de fraudes y operaciones ilícitas, así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad establecido en el propio contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable.

Para mayor información ponemos a su disposición, nuestra página de internet www.generaldeseguros.mx en donde usted podrá consultar nuestro Aviso de Privacidad, así como los mecanismos para hacer valer sus derechos ARCO.

La compañía brinda a todos sus usuarios, igual trato en la atención o contratación de productos, sin importar género, raza, políticas, etnia, discapacidad física, preferencias sexuales, creencias religiosas, edad, condición social o de salud, opiniones, estado civil, salvo por causas que afecten la seguridad del personal de la compañía, sus clientes o instalaciones o bien por causas previstas en la normativa aplicable, respecto la suscripción del producto.

Autorizo expresamente recibir de General de Seguros, información y/o propaganda diversa directamente, vía electrónica o 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.

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 (0155) 5278.8883, 5278.8806 y del interior de la república marque 01800.2254.339 y/o en la dirección Avenida Patriotismo No. 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

En caso de siniestro, llamar a los teléfonos: 5270.8000 en Ciudad de México y su área metropolitana o al 01800.225.4339 desde el interior de la República.

Lugar y Fecha:

Firma del Contratante

Firma del Solicitante

Nombre completo del Promotor	Porcentaje	Clave

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

DOCUMENTOS ANEXOS	
Identificación Oficial	<input type="checkbox"/>
Comprobante de Domicilio Vigente	<input type="checkbox"/>
Documento que acredite su Calidad Migratoria	<input type="checkbox"/>
Comprobante de Inscripción para Firma Electrónica Avanzada	<input type="checkbox"/>
Constancia Única de Registro de Población (C.U.R.P.)	<input type="checkbox"/>
Cédula de Identificación Fiscal (R.F.C.)	<input type="checkbox"/>

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 día 25 de Agosto de 2009 con el número CNSF-S0009-0379-2009, del día 30 de Marzo de 2015 con el número CGEN-S0009-0063-2015, del día 30 de Marzo de 2016 con el número CGEN-S0009-0032-2016 y a partir del día 17 de Junio de 2016 con el número RESP-S0009-0169-2016/CONDUSEF-002343-01.