

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

**SOLICITUD SEGURO COLECTIVO ACCIDENTES PERSONALES ESCOLARES / EXPERIENCIA PROPIA**

Solicitamos a General de Seguros, S.A.B., celebrar un contrato de seguro sobre la vida de las personas cuyos datos y características se proporcionan, de acuerdo con las condiciones que se indican:

(Favor de llenar con letra de molde)

**DATOS DEL CONTRATANTE**

Nombre o Razón Social		R.F.C.	CURP
<b>Domicilio</b>			
Calle y Número Exterior	Número Interior	Colonia	C.P.
Ciudad o Población	Municipio o Delegación		Estado
Teléfono	Fax	E-mail	
<b>Nombre del Representante Legal</b>			
Apellido Paterno		Apellido Materno	Nombre(s)

**CARACTERÍSTICAS DE LA COLECTIVIDAD ASEGURABLE**

Actividad o Giro Mercantil	Fecha de Emisión
Actividades preponderantes de los medios de la Colectividad	Relación de los miembros de la Colectividad con el contratante

 ¿El seguro garantizará prestaciones u obligaciones del Contratante?      Si       No 

Categorías para efectos del Seguro	No. de Integrantes Asegurables	Contribución de los miembros al pago de la prima
I.		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ( _____ % de participación)
II.		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ( _____ % de participación)
III.		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ( _____ % de participación)

BENEFICIOS	SUMA ASEGURADA	DEDUCIBLE (%)
Muerte Accidental (Básico)		
Pérdidas Orgánicas		
Reembolso de Gastos Médicos		

**CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO**

Sistema de Administración	Normal <input type="checkbox"/>	Autoadministrado <input type="checkbox"/>
Forma de Pago	Anual <input type="checkbox"/>	Semestral <input type="checkbox"/>
	Trimestral <input type="checkbox"/>	Mensual <input type="checkbox"/>

Propongo a **General de Seguros S.A.B.**, la celebración de un contrato de Seguro de Vida Colectivo de acuerdo a la información proporcionada anteriormente. Anexo a la presente como parte de la solicitud, los datos relativos a cada uno de los miembros de la colectividad para ser asegurados.

De interés para el Contratante. Se previene al contratante de que conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro debe declarar todos los hechos a que se refiere este cuestionario tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmarlo, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho importante para la apreciación del riesgo que se le pregunte, podría originar la pérdida del derecho del asegurado o del beneficiario, en su caso.

#### DOCUMENTOS ANEXOS

Cédula de Identificación Fiscal (R.F.C.)	<input type="checkbox"/>
Acta Constitutiva	<input type="checkbox"/>
Comprobante de Inscripción para la Firma Electrónica Avanzada	<input type="checkbox"/>
Identificación Oficial del Apoderado	<input type="checkbox"/>
Comprobante de Domicilio Vigente	<input type="checkbox"/>
Copia Certificada de Testimonio o Escritura en la que conste facultades del apoderado	<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, de conformidad con las Políticas en materia de identificación y conocimiento del Cliente, emitidas por General de Seguros, S.A.B.

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 de los asegurados o del derecho de sus beneficiarios.

Enterado de lo que antecede y para efecto de esta solicitud de Seguro, autorizo, si fuera necesario, a que se presente un examen médico a los asegurados por cuenta de la Compañía, si ésta lo estima conveniente. Además autorizo a los médicos o personas que hayan asistido o examinado a los asegurados, a los hospitales o clínicas a los que hayan 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 la 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. Esta información puede ser requerida al momento de presentar la 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](http://www.generaldeseguros.mx)

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.

**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.**

Lugar y Fecha de Solicitud: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Contratante**  
(Representante Legal)

No. Agente	Nombre del Agente	Promotoría	Participación	Firma
1				
2				

Correo electrónico del Agente: \_\_\_\_\_

“Queda entendido y acordado con el Contratante que en caso de aceptación de riesgo por parte de la Institución, las Condiciones Generales y demás documentación contractual se entregarán en disco compacto (CD), exceptuando la Carátula de la Póliza, el Consentimiento del Seguro de Vida y el Certificado del Seguro de Vida. No obstante lo anterior, si el Contratante requiere las Condiciones Generales de forma impresa, podrá solicitarlo por escrito a la Institución”.

**INDICAR EL MEDIO DE ENTREGA DE LAS  
CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA:**

DISCO  
COMPACTO

POR  
ESCRITO

OBSERVACIONES

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales de las Particulares, General de Seguros, S.A.B., con domicilio en Patriotismo No. 266, Col. San Pedro de los Pinos, Méxicó, CDMX, C.P. 03800, Tel: (0155) 5270.8000 y 01800.225.4339, 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 obligaciones de conformidad con lo establecido en el propio contrato. la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable.

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

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 15 de Julio de 2010 con el número CNSF-S0009-0365-2010/CONDUSEF-002111-01, a partir del día 5 de octubre de 2010 con el número CNSF-S0009-0769-2010/CONDUSEF-002112-01, 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.