



OFICINA MATRIZ

Patriotismo 266
San Pedro de los Pinos
03800 | CDMX | Tel. 55.5270.8000

No. de Folio: _____

Solicitud De Seguro de Grupo Temporal Renovable a un Año

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)

1. Datos del Contratante		
Nombre o Razón Social:	R.F.C. _____ CURP: _____	
Domicilio (Calle, No. Exterior e Interior):	Estado : _____ Delg.o Mpio: _____	
Colonia, Fraccionamiento o Localidad :	C.P. _____ Teléfono: _____	
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre(s)	Fax: _____ e_mail: _____	
Nombre del Representante Legal		

2. Características del Grupo Asegurable	
Actividad o giro mercantil	Fecha de emisión:
Actividades preponderantes de los miembros del Grupo	Relación de los miembros del grupo con el contratante
¿Conoce sobre la existencia ó la posibilidad de cúmulos de varios Integrantes del Grupo o Colectividad, ocasionado en forma directa por la actividad que realicen éstos?	

¿El seguro garantizará prestaciones u obligaciones del Contratante?		No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Categorías para efectos del Seguro	No. De Integrantes Asegurables	Contribución de los miembros al pago de la prima
I.		No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> (_____ % de partic.)
II.		No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> (_____ % de partic.)
III.		No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> (_____ % de partic.)

	Suma Asegurada o Regla para Determinarla		
	I.	II.	III.
Fallecimiento (Básico)			
Muerte Accidental (MA)			
Doble Indemnización por Accidente (DI)			
Triple Indemnización por Accidente (TI)			
Pago Anticipado Por Invalidez (BPAI)			
Exención del Pago por Invalidez (BIT)			
Indemnización por hospitalización de Neumonía y COVID-19			

4. Características del Seguro			
Dividendo	Participación de Utilidades		
	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	% Utilidad Sobre Prima de Riesgo <input type="text"/>
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 Grupo 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

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.

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, si fuera necesario, en que presenten los asegurados un examen médico por cuenta de la Compañía, si ésta lo estima conveniente. Además autorizo a los médicos o personas que hayan asistido o examinado, 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 se ha 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.

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.

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

Este documento solo 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.

Autorizo expresamente recibir de General de Seguros, S.A.B., 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.

Lugar y Fecha de Solicitud _____ Firma del Contratante _____
(Representante Legal)

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.

No.Agente	Nombre	Promotoría	Participación	Firma
1	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____

CORREO ELECTRÓNICO DEL AGENTE: _____ FIRMA 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

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

En caso de siniestro, llamar a los teléfonos: 55-5270-8000 en Ciudad de México y su área metropolitana o al 800-225-4339 desde el interior de la República.

En caso de minoría de edad del solicitante, el padre o tutor deberá firmar como solicitante

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 18 de julio de 2013, con el número CNSF-S0009-0381-2013/CONDUSEF-002315-05; del día 30 de marzo de 2015, con el número CGEN-S0009-0064-2015; del día 17 de junio de 2016, con el número RESP-S0009-0168-2016 y a partir del día 10 de junio de 2021, con el número BADI-S0009-0029-2021.