

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

**SOLICITUD SEGURO DE GRUPO TEMPORAL RENOVABLE A UN AÑO SIN DIVIDENDOS**

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 DEL GRUPO ASEGURABLE**

Actividad o Giro Mercantil	Fecha de Emisión
Actividades preponderantes de los medios 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?      Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

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 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)			

**CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO**

Dividendo	Participación de Utilidades			
	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	% Utilidad Sobre Prima de Rango	<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
- 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.

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.

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 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.**

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 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](http://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](mailto:atencionclientes@gseguros.com.mx) o visite [www.generaldeseguros.mx](http://www.generaldeseguros.mx)

En caso de siniestro, llamar a los teléfonos: 5270-8000 en CDMX y su área metropolitana o al 01-800-225-4339 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 25 de Noviembre de 2011 con el número CNSF-S0009-0518-2011, del día 30 de Marzo de 2015 con el número CGEN-S0009-0064-2015, y a partir del día 17 de Junio de 2016 con el número RESP-S0009-0168-2016/CONDUSEF-002009-01.