

SOLICITUD DE VIDA INDIVIDUAL MICROSEGURO
DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE:		APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES				
R.F.C.	C.U.R.P.	FECHA DE NACIMIENTO:		DÍA	MES	AÑO	EDAD:	SEXO:	M	F
ESTADO CIVIL:			LUGAR DE NACIMIENTO:			OCUPACIÓN ACTUAL:				

DOMICILIO

CALLE:		NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA:	
MUNICIPIO O DELEGACIÓN:		CIUDAD O POBLACIÓN:		ESTADO:	C.P.
TELÉFONO CASA:		TELÉFONO CELULAR:		E - MAIL:	

OPCIONES DE COBERTURA

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA	MARCAR "X"
FALLECIMIENTO		X
BENEFICIO ADICIONAL DE MUERTE ACCIDENTAL		
BENEFICIO ADICIONAL DE REEMBOLSO DE GASTOS FUNERARIOS		

DATOS DEL CONTRATANTE (SÓLO EN CASO DE SER DIFERENTE AL ASEGURADO)

NOMBRE:		APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES				
R.F.C.	C.U.R.P.	FECHA DE NACIMIENTO:		DÍA	MES	AÑO	EDAD:	SEXO:	M	F
ESTADO CIVIL:			LUGAR DE NACIMIENTO:			OCUPACIÓN ACTUAL:				

DOMICILIO

CALLE:		NO. EXT.	NO. INT.	COLONIA:	
MUNICIPIO O DELEGACIÓN:		CIUDAD O POBLACIÓN:		ESTADO:	C.P.
TELÉFONO CASA:		TELÉFONO CELULAR:		E - MAIL:	

ANTECEDENTES DE SALUD

¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD GRAVE, CRÓNICA O EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES HA ESTADO BAJO TRATAMIENTO MÉDICO? SI NO ESTATURA mt. cm. PESO Kg.

EN CASO AFIRMATIVO, DETALLAR LA INFORMACIÓN SOBRE ENFERMEDADES Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS:

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO

NOMBRE	PARENTESCO	%

ADVERTENCIA

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 deben 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.

De interés para las personas que llene esta solicitud (debe leerlo antes de firmarlo). Se previene a las personas que conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, deben declarar todos los hechos a que se refiere esta solicitud tal y como los conozcan o deban conocer en el momento de firmarla; en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho importante que se les pregunte, podría originar la pérdida del derecho de los asegurados o de los beneficiarios en su caso.

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. ESTE CONTRATO ES DE ADHESIÓN Y ES REGISTRADO COMO MICROSEGURO DE VIDA INDIVIDUAL ANTE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS.

PRINCIPALES CLÁUSULAS DE LAS CONDICIONES GENERALES

CONTRATO.- La póliza de seguro, las condiciones generales, la solicitud de seguro, el comprobante de pago de la prima y las especificaciones que se agreguen, constituyen pruebas del contrato de seguro entre la Compañía y el Contratante.

ARTÍCULO 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.- Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado o Contratante podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días naturales que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

OBJETO DEL SEGURO.- De conformidad con las condiciones de esta póliza, la Compañía garantiza al Asegurado el pago de la suma asegurada en el momento de su fallecimiento, de acuerdo con las coberturas contratadas.

CARENCIA DE RESTRICCIONES.- Este contrato no está sujeto a restricción alguna por razones de residencia y viajes del Asegurado.

DISPUTABILIDAD.- El presente contrato a partir del inicio de su vigencia, tendrá un periodo de disputabilidad de un año contra omisiones, falsas o inexactas declaraciones proporcionadas por el Contratante y/o el Asegurado a la Compañía para la evaluación del riesgo.

En caso de rehabilitación del contrato, el plazo de un año se contará a partir de la fecha en que la rehabilitación sea aceptada por la Compañía.

SUICIDIO.- Durante los dos primeros años de vigencia continua del presente contrato, no procederá la indemnización en caso de fallecimiento del Asegurado por suicidio, sin importar la causa o su estado físico o mental. Cuando no proceda la indemnización, la Compañía únicamente entregará al o los beneficiarios la reserva matemática correspondiente.

OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE.- El Contratante tendrá la obligación del pago de la prima del seguro.

PRIMA Y OBLIGACIONES DE PAGO.- La prima tendrá una duración de un año, vence y deberá ser pagada en el momento de la celebración del contrato. El comprobante de pago de la prima servirá como elemento probatorio de la celebración del contrato en los términos que se establezcan el propio contrato.

PERIODO DE GRACIA.- El pago de la prima contará con un periodo de gracia de treinta días naturales.

ANULACIÓN DEL CONTRATO POR FALTA DE PAGO.- Si no hubiera sido pagada la prima dentro del periodo de gracia, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de este periodo.

CANCELACIÓN DEL CONTRATO.- El presente contrato sólo se podrá cancelar por aviso escrito del Asegurado o Contratante, dirigido a la Compañía con treinta días naturales de anticipación, o por la falta de pago de la prima.

REHABILITACIÓN.— Cuando el presente contrato se encuentre cancelado por falta de pago de la prima, el Asegurado o Contratante podrá solicitar su rehabilitación.

La solicitud de rehabilitación se deberá realizar por escrito, y la Compañía podrá aceptada o rechazada de acuerdo con las condiciones asegurabilidad que presente el Asegurado.

En caso de ser aceptada la solicitud de rehabilitación, el Contratante deberá cubrir el importe de las primas vencidas.

COMPETENCIA.- En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de la institución de seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF). En todo caso el reclamante podrá acudir directamente ante el juez del domicilio de cualquier delegación de la CONDUSEF

RENOVACIÓN.- La cobertura y su prima tendrán una duración de un año y se renovará automáticamente por plazos sucesivos de igual duración. En cada renovación se aplicará la tarifa en vigor a la fecha de la misma registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

CONSULTA DE LAS CONDICIONES GENERALES:

LAS CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO DE SEGUROS SE PODRÁN CONSULTAR EN: www.generaldeseguros.mx

ENTREGA DE LAS CONDICIONES GENERALES:

LAS CONDICIONES GENERALES SERÁN ENTREGADAS AL ASEGURADO MEDIANTE UN EJEMPLAR IMPRESO, AL MOMENTO DE ENTREGAR LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA.

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 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.

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.

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

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.

DATOS DEL AGENTE

CLAVE	NOMBRE	OFICINA O SUCURSAL	% DE PARTICIPACIÓN	PROMOTORA NO.

CORREO ELECTRÓNICO DEL AGENTE _____

FIRMA DEL AGENTE

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 atencionaclientes@gseguros.com.mx; o visite www.generaldeseguros.mx

En caso de siniestro, llamar a los teléfonos: 5270.8000 en la Ciudad de México y área metropolitana o al 01.800.225.4339 desde el interior de la República.

LUGAR _____

FECHA _____

FIRMA DEL SOLICITANTE

FIRMA DEL CONTRATANTE

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 12 de Agosto de 2008 con el número CNSF-S0009-0260-2008, 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-001572-01.