

SOLICITUD FAMILIA SEGURA
DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE
CONTRATANTE:

NOMBRE DEL ASEGURADO:		APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES		
R.F.C.	C.U.R.P.	FECHA DE NACIMIENTO: DIA 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 OFICINA:		E - MAIL:			

COBERTURAS POR FALLECIMIENTO

ESQUEMA 1	FAMILIAR	(Titular, Cónyuge o Concubina o Concubinario e Hijos)	<input type="checkbox"/>
ESQUEMA 2	CÓNYUGES O CONCUBINA O CONCUBINARIO	(Titular, Cónyuge o Concubina o Concubinario)	<input type="checkbox"/>
ESQUEMA 3	TITULAR E HIJOS	(Titular e Hijos)	<input type="checkbox"/>
ESQUEMA 4	INDIVIDUAL	(Titular)	<input type="checkbox"/>

ASEGURADOS DEPENDIENTES

DEPENDIENTES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	FECHA NACIMIENTO o EDAD	SEXO
CÓNYUGE O CONCUBINA O CONCUBINARIO					M F
HIJO (1)					M F
HIJO (2)					M F
HIJO (3)					M F

ANTECEDENTES DE SALUD

¿EL TITULAR, CÓNYUGE O CONCUBINA O CONCUBINARIO E HIJOS PADECEN ALGUNA ENFERMEDAD GRAVE, CRÓNICA O EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES HAN ESTADO BAJO TRATAMIENTO MÉDICO?	SI	<input type="checkbox"/>	ASEGURADO	ESTATURA (mts.)	PESO (kgs.)
	NO	<input type="checkbox"/>	TITULAR		
			CÓNYUGE O CONCUBINA O CONCUBINARIO		

EN CASO AFIRMATIVO, INDICAR QUÉ PERSONA: TITULAR () CÓNYUGE O CONCUBINA O CONCUBINARIO () HIJO (1) HIJO (2) HIJO (3) HIJO (4)

DETALLAR LA INFORMACIÓN SOBRE ENFERMEDADES Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO TITULAR

NOMBRE	PARENTESCO	%

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 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 solo 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.

Se establece que en caso de fallecimiento del algún Asegurado Dependiente, el beneficiario designado será el Asegurado Titular. El Asegurado Dependiente tiene derecho a nombrar o cambiar beneficiarios, notificando por escrito a La Compañía la nueva designación.

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 _____ FECHA DIA MES AÑO _____ CLAVE DEL AGENTE _____ FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR _____

NOMBRE DEL AGENTE _____ E-MAIL DEL AGENTE _____ FIRMA DEL AGENTE _____

FORMA DE PAGO DE PRIMA
 ANUAL SEMESTRAL TRIMESTRAL MENSUAL OTRA _____

MEDIOS DE PAGO DE PRIMA
 EFECTIVO TARJETA DE CRÉDITO O DÉBITO CHEQUE TRANSFERENCIA BANCARIA DESCUENTO POR NÓMINA

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.

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.

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.generaldeseuros.mx

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, S.A.B., información y/o propaganda diversa directamente, vía electrónica o por 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: _____

NOMBRE

FIRMA

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 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.generaldeseuros.mx.

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 5 de diciembre de 2016, bajo el registro número CNSF-S009-0810-2016 /CONDUSEF-000987-01.