



SOLICITUD DE SEGURO TRANSPORTE CARGA SEGURA

Los suscritos proponentes solicitamos a **General de Seguros, S.A.B.** ("General de Seguros"), nos sea expedida una póliza individual, según corresponda, para lo cual, enterados del Aviso de Privacidad de General de Seguros, otorgamos los siguientes datos. (Favor de llenar en su totalidad, sin tachaduras ni enmedaduras).

Fecha de solicitud

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

DATOS DEL CONTRATANTE							
Nombre (s) o razón social		Apellido paterno		Apellido materno		R.F.C. con homoclave	
Calle		Número exterior	Número interior	Colonia			
Población o localidad		Estado	Municipio o alcaldía		Código postal	No. de Cliente	
Teléfono celular		Teléfono fijo		Correo electrónico			
Fecha de nacimiento/constitución		Persona física <input type="checkbox"/>		Persona moral <input type="checkbox"/>		Giro del Negocio	
D D M M A A A A							

DATOS DEL ASEGURADO ALTERNO							
Nombre (s) o razón social		Apellido paterno		Apellido materno		Fecha de nacimiento/constitución	
Calle		Número exterior	Número interior	Colonia			
Población o localidad		Estado		Municipio o alcaldía		Código postal	
Teléfono celular		Teléfono fijo		Persona física <input type="checkbox"/>		Persona moral <input type="checkbox"/>	
D D M M A A A A							

COBRANZA			
Moneda	Forma de pago:	Cuenta de cheques	Tipo de movimiento:
Pesos <input type="checkbox"/> Dólares <input type="checkbox"/>	Contado <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/>	Tarjeta de crédito <input type="checkbox"/>	Cotización <input type="checkbox"/> Póliza nueva <input type="checkbox"/>

VIGENCIA							
Desde las 12 horas del						Hasta las 12 horas del	
D D M M A A A A						D D M M A A A A	

El estado de cuenta, recibo, folio o número de confirmación de la transacción en donde aparezca dicho cargo, hará prueba plena del pago hasta que **General de Seguros S.A.B.** entregue el comprobante de pago correspondiente.

DATOS DEL RIESGO ASEGURADO			
Suma Asegurada	\$	Estado de la(s) mercancía(s)	
		<input type="checkbox"/> Nuevos	<input type="checkbox"/> Usados
		<input type="checkbox"/> Reconstruidos	
Mercancía(s)			

TIPO DE EMBARQUE			
Nacional <input type="checkbox"/>	Internacional <input type="checkbox"/>	Origen	Destino

MEDIO DE TRANSPORTE

Terrestre <input type="checkbox"/>	Marítimo <input type="checkbox"/>	Ferrocarril <input type="checkbox"/>	Aéreo <input type="checkbox"/>	Combinado
------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------	-----------

CARACTERÍSTICAS DEL TRANSPORTE

Terrestre		Buque		Ferrocarril	Aéreo
Propio <input type="checkbox"/>	Abierto <input type="checkbox"/>	Antigüedad en años: _____	Carga sobre cubierta: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Furgón abierto <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rentado (SPF) <input type="checkbox"/>	Cerrado <input type="checkbox"/>	Clasificación: _____	Bandera de embarcación: _____	Furgón cerrado <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COBERTURA BÁSICA AMPARADA

Riesgos ordinarios de tránsito <input type="checkbox"/>	Bodega a bodega <input type="checkbox"/>	Periodo adicional de estadía	30 días <input type="checkbox"/>	60 días <input type="checkbox"/>
---	--	------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

COBERTURAS ADICIONALES A RIEGOS ORDINARIOS DE TRÁNSITO

Manchas <input type="checkbox"/>	Maniobras de carga y descarga <input type="checkbox"/>	Oxidación <input type="checkbox"/>	Robo parcial <input type="checkbox"/>
Contaminación por contacto <input type="checkbox"/>	Huelgas y alborotos populares <input type="checkbox"/>	Mojadura <input type="checkbox"/>	Robo total <input type="checkbox"/>
Mermas o derrames <input type="checkbox"/>	Baratería del capitán <input type="checkbox"/>	Daños a bienes refrigerados <input type="checkbox"/>	
Rotura y rajadura <input type="checkbox"/>	Echazón y barredura <input type="checkbox"/>	Otras <input type="checkbox"/>	

Descripción del empaque y/o embalaje:

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- a. Cuenta con Equipo de localización satelital en perfecto estado de funcionamiento y activado con compañía especializada, los cuales deberán estar monitoreados en forma ininterrumpida durante todo el tiempo que dure el viaje. Si No
- b. Cuenta con custodio armado de compañía de seguridad privada, en el vehículo o en auto independiente, comprobado mediante contrato u orden de servicio de dicha custodia. Si No
- c. Los operadores cuentan con equipo de radiocomunicación o teléfono celular y deberán comunicarse cada hora a su base central proporcionando información sobre su ubicación, la cual deberá registrarse por escrito en una bitácora para todas y cada una de las unidades de transporte. Si No
- d. En caso de no reportarse a la central, el responsable de ésta reporta el hecho a su superior y además procede a la localización de la unidad, dando aviso a las autoridades a efecto de solicitar la revisión de los papeles del operador así como detener la unidad y en su caso, resguardarlo hasta la llegada del representante legal. Si No
- e. Las unidades de transporte llevan impreso algún tipo de anuncio o propaganda sobre los productos que transporta, en las puertas, cofres o caja de la unidad. Si No
- f. La recepción de las mercancías transportadas se realiza durante días y horas hábiles del consignatario, en caso de no se obliga al Asegurado a resguardar la mercancía en estacionamiento público en un radio de acción de hasta 5 kilómetros del domicilio del destinatario o resguardo de la mercancía fuera del predio del consignatario con custodia. Si No

Nota: Dependiendo del tipo de transporte a realizar la Compañía podrá solicitar información adicional

NOTAS

Favor de requisitar los datos relativos a esta solicitud y anexar en su caso información complementaria.

1. Anotar sin abreviaturas ni términos genéricos
2. Si desea I.V.A. desglosado, este dato es obligatorio
3. Especificar actividad o ramo principal del Asegurado
4. Especificar la combinación de medios de transporte, por ejemplo Terrestre y Marítimo, Terrestre, Aéreo y Marítimo, etc.
5. Especificar la bandera que se enarbole en los países de: Costa Rica, Chipre, República Dominicana, Grecia, Honduras, Líbano, Libera, Islas Maldivas, Maltas, Marruecos, Nicaragua, Panamá, Singapur y Somalia.
6. Especificar alguna de las sociedades miembros de la International Associations of Classification Societies (I.A.C.S.), citadas a continuación:

NOTAS

AMERICAN BUREAU OF SHIPPING	(ABS)	GERMANISCHER LLOYD	(GL)
BUREAU VERITA	(BV)	INDIAN REGISTER OF SHIPPING	(IRS)
CHINA CLASSIFICATION SOCIETY	(CCS)	KOREAN REGISTER OF SHIPPING	(KR)
CROATIAN REGISTER OF SHIPPING	(CRS)	LLOYD'S REGISTER	(LR)
DET NORSKE VERITAS	(DNV)	NIPPON KAIJIKYOKAI	(NK/CLASSNK)
REGISTRO ITALIANO NAVALE	(RINA)	POLISH REGISTER OF SHIPPING	(PRS)
RUSSIAN MARITIME REGISTER OF SHIPPING	(RS)		

Para una lista actualizada de los Miembros de IACS y Miembros Asociados favor de referirse al website IACS en www.iacs.org.uk

IMPORTANTE

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

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.

Nombre: _____

Lugar y fecha: _____

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

DECLARACIÓN DEL CONTRATANTE

El Contratante manifiesta que la información recabada en esta solicitud es veraz, auténtica y declara que ésta contiene todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a asegurar.

ADVERTENCIA: La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes para la apreciación del riesgo, origina la pérdida del derecho que le corresponde al Asegurado o Beneficiario en los términos de los Artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

DECLARACIÓN DEL AGENTE

De conformidad con el artículo 96, fracción I, de la Ley de Instituciones de Seguros y 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.

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

DECLARACIÓN DEL AGENTE

Nombre del Agente		Clave
R.F.C.	CURP	Correo electrónico
Nota: Si no existe la firma del Asegurado, no se realizará el trámite.		
Lugar y fecha:		
Firma del Agente		Nombre y firma del Solicitante

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.

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO

En **General de Seguros, S.A.B.**, nos comprometemos a proteger su privacidad durante el procesamiento de sus datos personales identificables y sensibles; por tanto, esta Compañía se obliga a hacer uso correcto de sus datos personales de conformidad con las leyes, la buena fe, el orden público y el presente Aviso.

I. Identidad y domicilio del responsable:

General de Seguros, S.A.B., con domicilio en Avenida Patriotismo, Número 266, Colonia San Pedro de los Pinos, Código Postal 03800, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México.

II. Las finalidades del tratamiento:

La finalidad de la obtención, uso y almacenamiento de sus datos personales, se desglosa de la siguiente manera:

- Para la valuación de solicitudes de seguro, selección de riesgos y en su caso, la emisión del Contrato de Seguro, renovaciones del mismo y trámite de reclamaciones para el pago de siniestros.
- Para regular los derechos y obligaciones que surgen entre las partes por la celebración del Contrato de Seguro.
- Para la emisión y rehabilitación de sus Pólizas de Seguro.
- Para los Visitantes y Asegurados: Todos los datos que les sean solicitados, así como la videograbación que se realice, se utilizarán para todos los fines vinculados con el acceso, control y seguridad dentro de las instalaciones de la empresa.
- Proveedores o prestadores de bienes y/o servicios, incluso agentes de seguros: Para todos los fines vinculados con la relación jurídica y contractual que celebremos con Usted.
- Para integrar expedientes conforme a las políticas emitidas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, para combatir el lavado de dinero y terrorismo.
- Para la promoción de nuestros productos y servicios que se hagan a través de **General de Seguros, S.A.B.**, y de sus empresas filiales.
- Para fines de mercadotecnia, publicidad y prospección comercial.

Las finalidades consistentes en los incisos A), B), C), D), E), F) son necesarias para la existencia, mantenimiento, y cumplimiento de la relación jurídica entre Usted y **General de Seguros, S.A.B.**

Las finalidades consistentes en los incisos G) y H), no son necesarias para la existencia, mantenimiento y cumplimiento de la relación jurídica, ya que las mismas son únicamente para fines publicitarios.

Asimismo, tendrá un plazo de cinco días hábiles para que, de ser el caso, manifieste su negativa para el tratamiento de sus datos con respecto de las finalidades que no son necesarias, ni dieron origen a la relación con la Compañía Aseguradora.

III. Medidas para conocer el aviso de privacidad integral.

General de Seguros, S.A.B., pone a su disposición el aviso de privacidad integral en la página web: www.generaldeseguros.mx, de acceso sencillo, fácil y gratuito, pudiendo consultarlo las 24 hrs. del día, los 365 días del año.

Nombre del Solicitante: _____

Firma del 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 02 de Diciembre de 2014, con el número CNSF-S0009-0527-2014/CONDUSEF-000540-02.