



SOLICITUD DE SEGURO DE PROTECCIÓN RESIDENCIAL

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

DATOS DEL CONTRATANTE							
Nombre (s)		Apellido paterno		Apellido materno		R.F.C. con homoclave	
Calle			Número exterior	Número interior	Colonia		
Población o localidad			Estado	Municipio o alcaldía		Código postal	Género Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Teléfono celular		Teléfono fijo			Correo electrónico		Nacionalidad

DATOS DEL SOLICITANTE TITULAR (LLENAR SÓLO SI ES DIFERENTE AL CONTRATANTE)		
Nombre (s) o razón social	Apellido paterno	Apellido materno
R.F.C. con homoclave	Teléfono celular	Teléfono fijo

COBRANZA			
Moneda Pesos <input type="checkbox"/> Dólares <input type="checkbox"/>	Forma de pago:	Trimestral <input type="checkbox"/>	Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/>
Modalidad:	Propietario <input type="checkbox"/>	Arrendatario <input type="checkbox"/>	Arrendador <input type="checkbox"/>

VIGENCIA	
Desde las 12 horas del <input type="text" value="D D M M A A A A"/>	Hasta las 12 horas del <input type="text" value="D D M M A A A A"/>

COBERTURAS SOLICITADAS

Nota: En caso de no llenarse algún espacio, la cobertura se considerará como excluida.

SECCIÓN	COBERTURAS	BÁSICO	INTEGRAL	PLUS
I	Edificio			
	Coberturas Amplia		\$	\$
	Incendio, Rayo y/o Explosión	\$		
	Extensión de cubierta	Amparar <input type="checkbox"/>	Amparar <input type="checkbox"/>	Amparar <input type="checkbox"/>
	Bienes Bajo Convenio Expreso Edificio	\$	\$	\$
	Terremoto y/o Erupción Volcánica	Amparar <input type="checkbox"/>	Amparar <input type="checkbox"/>	Amparar <input type="checkbox"/>
	Bienes Bajo Convenio Expreso TEV	\$	\$	\$
	Riesgos Hidrometeorológicos	Amparar <input type="checkbox"/>	Amparar <input type="checkbox"/>	Amparar <input type="checkbox"/>
	Bienes Bajo Convenio Expreso RH	\$	\$	\$

SECCIÓN	COBERTURAS	BÁSICO	INTEGRAL	PLUS
II	Contenidos			
	Coberturas Amplia		\$	\$
	Incendio, Rayo y/o Explosión	\$		
	Extensión de cubierta	Amparar <input type="checkbox"/>		
	Bienes Bajo Convenio Expreso Contenidos	\$	\$	\$
	Terremoto y/o Erupción Volcánica	Amparar <input type="checkbox"/>	Amparar <input type="checkbox"/>	Amparar <input type="checkbox"/>
	Riesgos Hidrometeorológicos	Amparar <input type="checkbox"/>	Amparar <input type="checkbox"/>	Amparar <input type="checkbox"/>
III	Pérdidas Consecuenciales			
	Remoción de Escombros	Amparado	Amparado	Amparado
	Gastos Extraordinarios	Amparado	Amparado	Amparado
	Pérdida de Rentas N° Meses a amparar (máx. 6 meses)	\$	\$	\$
IV	Responsabilidad Civil			
	R.C. Privada y Familiar	\$	\$	\$
	R.C. hacia Trabajadores Domésticos	\$	\$	\$
	R.C. Arrendatario	\$	\$	\$
	R.C. Arrendador	\$	\$	\$
V	Robo y Asalto con Violencia			
	Cobertura Básica (Robo de Menaje)		\$	\$
	Robo de Objetos Personales en Tránsito		Amparado	Amparado
	Protección GS Asalto en Tránsito		Amparado	Amparado
	Protección GS Lesiones por Tentativa o Asalto con Violencia		Amparado	Amparado
	Bienes Bajo Convenio Expreso		\$	\$
VI	Dinero y Valores			
	Dinero y Valores		\$	\$
VII	Cristales			
	Cristales	\$	\$	\$
	Bienes Bajo Convenio Expreso	\$	\$	\$
VIII	Daños a Equipo Electrónico y Electrodoméstico			
	Daños Equipo Electrónico y Electrodoméstico		\$	\$
IX	Accidentes Personales			
	Muerte Accidental (Suma Asegurada por persona deberá ser max. \$250,000 en múltiplos de \$50,000)		\$	\$
	N° personas aseguradas: > 12 años: _____ < 12 años: _____			
	Pérdidas Orgánicas (ampara hasta la Suma de Muerte Accidental)		Amparar <input type="checkbox"/>	Amparar <input type="checkbox"/>
	Reembolso de Gastos Médicos por Accidentes (ampara hasta el 30% de la Suma Asegurada de Muerte Accidental)		Amparar <input type="checkbox"/>	Amparar <input type="checkbox"/>
X	Seguro Familiar de Últimos Gastos			
	Seguro Familiar de Últimos Gastos		Amparar <input type="checkbox"/>	Amparar <input type="checkbox"/>

Nota: Para Pérdida de Rentas el periodo máximo a amparar será de 6 meses y la Suma Asegurada por declarar debe ser el equivalente al importe anual de la renta. Esta Cobertura solo puede ser contratada para la modalidad de Arrendador

DATOS DEL INMUEBLE

Tipo de columnas:	Trabes:	Muros:	Techo:	No. de pisos del inmueble: _____
Concreto <input type="checkbox"/>	Concreto <input type="checkbox"/>	Concreto <input type="checkbox"/>	Ligero <input type="checkbox"/>	En caso de estar en Condominio vertical, indique el número de piso: _____ ¿Se encuentra a menos de 500 metros del mar lago o laguna? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Acero <input type="checkbox"/>	Acero <input type="checkbox"/>	Tabique <input type="checkbox"/>	Pesado <input type="checkbox"/>	
Madera <input type="checkbox"/>	Madera <input type="checkbox"/>	Madera <input type="checkbox"/>	Madera <input type="checkbox"/>	
Sin columnas <input type="checkbox"/>	Sin trabes <input type="checkbox"/>	Otro _____	Otro _____	

DATOS PARA LA COBERTURA DE TERREMOTO Y/O ERUPCIÓN VOLCÁNICA

Presenta hundimientos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Figura irregular de la base: Nula <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/>	Ubicado en esquina: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Separación entre muros menor a 15 cm. Con edificio de menor altura <input type="checkbox"/> Con edificio de mayor altura <input type="checkbox"/> Con edificio de menor y mayor altura <input type="checkbox"/> Espacio mayor a 15 cm. <input type="checkbox"/>
Presenta daños previos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Forma del edificio irregular: Nula <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/>	Peso extra al planeado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Año de construcción _____	

DATOS PARA LA COBERTURA DE RIESGOS HIDROMETEOROLÓGICOS

El entorno es: Campo abierto <input type="checkbox"/> Barrio residencial <input type="checkbox"/> Centro de la ciudad <input type="checkbox"/> Construcción dispersa <input type="checkbox"/>	Los cristales son: Chicos <input type="checkbox"/> Medianos <input type="checkbox"/> Grandes <input type="checkbox"/>	Tipo de domos: No tiene <input type="checkbox"/> Chicos <input type="checkbox"/> Medianos <input type="checkbox"/> Grandes <input type="checkbox"/>	Soporte de ventanas: Artesanal <input type="checkbox"/> Genérico <input type="checkbox"/> Específico basado en reglamento <input type="checkbox"/>	*Objetos cerca (postes, espectaculares, etc.) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> *Objetos en azotea (antenas, espectaculares, etc.) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
--	---	--	--	---

CUESTIONARIOS DE COBERTURAS IX ACCIDENTES PERSONALES Y X SEGURO FAMILIAR DE ÚLTIMOS GASTOS

IX. Accidentes Personales Muerte Accidental Pérdidas Orgánicas Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

ASEGURADO	NOMBRE	OCUPACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	SUMAS ASEGURADAS		
			Día	Mes	Año		Muerte Accidental	Pérdidas Orgánicas	Reembolso de Gastos Médicos
Titular									
Cónyuge									
Hijo 1									
Hijo 2									
Servidumbre									

Indica la Suma Asegurada para cada participante acorde a las Coberturas Amparadas.

X. Seguro Familiar de Últimos Gastos

ASEGURADO	NOMBRE	OCUPACIÓN	¿Padece alguna enfermedad grave, crónica o en los últimos 12 meses ha estado bajo tratamiento por más de 15 días?	FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	SUMAS ASEGURADAS
				Día	Mes	Año		
Titular								
Cónyuge								
Hijo 1								
Hijo 2								

En caso de respuesta afirmativa, favor de precisar dependiente económico, padecimiento, duración, fecha de inicio, tratamiento y estado actual: _____

CUESTIONARIOS DE COBERTURAS IX ACCIDENTES PERSONALES Y X SEGURO FAMILIAR DE ÚLTIMOS GASTOS

ASEGURADO	NOMBRE DEL BENEFICIARIO	PARENTESCO	% DE LA SUMA ASEGURADA

La designación de estos beneficiarios corresponden a la Cobertura de Accidentes Personales y/o Seguro Familiar de Últimos Gastos.

Aviso importante: Advertencia para la designación de los beneficiarios

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios 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.

Cuando no exista beneficiario designado en caso de fallecimiento de algún Asegurado Dependiente, se entenderá que el beneficiario designado es el Asegurado Titular y, en caso de fallecimiento de los Asegurado Titular, se entenderá que el beneficiario designado es el Cónyuge. Así mismo en caso de fallecimiento de los Asegurados Titular y Cónyuge, el porcentaje de Suma Asegurada que se haya designado, se distribuirá por partes iguales a la sucesión legal.

DECLARACIÓN DEL CONTRATANTE

El contratante manifiesta que la información recabada en esta solicitud es veraz y 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, originan 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 del Seguro.

AGENTE

El Agente que suscribe, cuyo nombre y firma aparecen al calce, realizó una entrevista personal con los solicitantes del seguro, o sus representantes legales según ha correspondido, a fin de obtener los datos de este formato, asimismo ha manifestado haber recabado copia simple de los documentos de identificación, los cuales cotejó con los originales que tuvo a la vista.

Asimismo, de acuerdo con el artículo 96 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el Agente manifiesta haber entregado el folleto de los Derechos Básicos de los Asegurados, e informado a los solicitantes de manera, clara, amplia y detallada sobre el alcance real de las coberturas, las principales características del producto, la forma de conservarlo o darlo por terminado, su vigencia, los términos establecidos en el contrato, su renovación y las consecuencias de la rehabilitación. En caso de que el Agente haya recabado información personal de otros solicitantes o titulares de datos personales, acepta la obligación de informarles de esta entrega, así como darles a conocer los Avisos de Privacidad de **General de Seguros** y del propio Agente.

AGENTE

Nombre completo del Agente:

Clave: _____

_____ Firma

“Este documento solo constituye una solicitud de seguro y, por tanto no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la institución de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud”

“El producto cuenta con exclusiones y limitantes, se le invita a consultar los alcances reales de las coberturas en la página www.generaldeseguros.com”

IMPORTANTE

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

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 y Firma del Solicitante

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 atencionclientes@gseguros.com.mx o visite www.generaldeseguros.mx

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, Alcaldía Benito Juárez, CDMX.

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 le sean solicitados, así como la video grabación 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) y 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

III. MEDIDAS PARA CONOCER EL AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL

General de Seguros, S.A.B. pone a sus disposición el aviso de privacidad integral en la página WEB www.generaldeseguros.mx de acceso sencillo, fácil y gratuito, pudiendo consultarlos las 24 horas del día, los 365 días del año.

Nombre y 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 nota técnica que integran este producto de Seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 11 de diciembre de 2020, con el número PPAQ-S0009-0064-2020/CONDUSEF-004655-02.