



SOLICITUD DE SEGURO DE CAMIONES

Los suscritos proponentes solicitamos a **General de Seguros, S.A.** ("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 CLIENTE											
Nombre (s) o Razón Social			Apellido paterno			Apellido materno			Número del cliente		
Nombre (s) del Apoderado			Apellido paterno			Apellido materno			R.F.C. con homoclave		
Calle				Número exterior		Número interior		Colonia			
Población o localidad				Estado			Municipio o alcaldía			Código postal	
Teléfono celular		Teléfono fijo			Correo electrónico			Fecha de Nacimiento/constitución			
								<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			

DATOS DEL VEHÍCULO											
Clave AMIS			Descripción del vehículo						Modelo		
Transmisión Estándar <input type="checkbox"/> Automático <input type="checkbox"/>			Servicio		Uso		Placas		Tipo RESIDENTE		
Número de serie				Número de motor				Capacidad (toneladas)			
Forma de pago:		Mensual <input type="checkbox"/>		Trimestral <input type="checkbox"/>		Tipo de Carga / Descripción			Doble remolque		
		Semestral <input type="checkbox"/>		Contado/ Anual <input type="checkbox"/>					Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

VIGENCIA											
Desde las 12 horas del						Hasta las 12 horas del					
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>						<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					

PAQUETES											
CONFORT AMPLIA <input type="checkbox"/>			CONFORT LIMITADA <input type="checkbox"/>			CONFORT BÁSICA <input type="checkbox"/>			Esquema de indemnización		
			Valor Convenido <input type="checkbox"/>			Valor Factura ¹ <input type="checkbox"/>			SUMA ASEGURADA <input type="checkbox"/>		
									Valor Comercial <input type="checkbox"/>		

Detalles de coberturas											
Daños Materiales Pérdida Parcial ²				DEDUCIBLE		Responsabilidad Civil Ecológica <input type="checkbox"/>					
Daños Materiales Pérdida Total ²				DEDUCIBLE		Responsabilidad Civil por Daños por la Carga <input type="checkbox"/>					
Robo Total ³				DEDUCIBLE		Responsabilidad Civil por Maniobras de Carga y Descarga <input type="checkbox"/>					
Responsabilidad Civil por Fallecimiento <input type="checkbox"/>				SUMA ASEGURADA		Responsabilidad Civil a Ocupantes <input type="checkbox"/>					
Gastos Médicos				SUMA ASEGURADA		Muerte Accidental al Conductor <input type="checkbox"/>					
Adaptaciones y Conversiones ⁵				SUMA ASEGURADA		Reduce GS <input type="checkbox"/>					
Equipo especial ⁴				SUMA ASEGURADA		Servicios de Asistencia					
Responsabilidad Civil por Daños a Terceros (L.U.C.) ⁵				DEDUCIBLE		Asistencia Jurídica GS			AMPARADA <input type="checkbox"/>		
				SUMA ASEGURADA		Asistencia Vial y Equipo Pesado			<input type="checkbox"/>		

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., ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

DECLARACIONES DEL ASEGURADO

El Asegurado declara y afirma que todos los datos relativos a su nombre y dirección, descripción del bien asegurado son verídicos, y que solicita el seguro propuesto de acuerdo con las anotaciones y límites indicados en esta solicitud. Asimismo que, de conformidad con el Artículo 8 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, ha declarado todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que pueden influir en las condiciones convenidas y que solicita el seguro.

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 de Seguro.

Lugar y fecha: _____

Firma del solicitante titular

DECLARACIONES DEL AGENTE

De conformidad con lo descrito en el Artículo 96 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, declaro haber informado al solicitante el alcance real de la cobertura y la forma de conservarla o darla por terminada, de manera amplia y detallada. Hago constar que inspeccioné el vehículo, mismo que se encuentra en condiciones asegurables.

Nombre completo del Agente:

Clave: _____

Firma

ACLARACIONES

- 1 En caso de contratar este esquema, deberá solicitarse y anexar copia de la factura.**
- 2 Disponible en paquete Confort Amplia con Esquema de Indemnización a Valor Convenido.**
- 3 Disponible en Confort Amplia y Confort Limitada con Esquema de Indemnización a Valor Convenido.**
- 4 Disponible en Confort Amplia y Confort Limitada. Los deducibles que aplican para esta Cobertura se especifican en las Condiciones Generales.**
- 5 L.U.C. = Límite Único y Combinado. El deducible se debe establecer en días de salario mínimo. Las opciones pueden ser: 0, 25, 50, 75, 100, 125, 150, 175 y 200 días de salario mínimo.**

El Pago de la Prima puede realizarse en Sucursales Bancarias afiliadas, con Tarjetas Bancarias, Transferencia Electrónica o directamente en nuestras Oficinas y Sucursales.

Es necesario hacer de su conocimiento que la falta de pago de la prima dentro del plazo que se convenga al momento de la celebración del contrato de seguro, traerá como consecuencia la cesación de los efectos del mismo conforme a lo dispuesto en el Artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro:

ARTÍCULO 40.- Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento. Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley.

El Seguro contratado tiene limitaciones y exclusiones que deberán ser consultadas en las Condiciones Generales de la Póliza o www.generaldeseguros.mx

ACLARACIONES

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.** 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 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

También puedes contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en los teléfonos 55.5340.0999 o lada sin costo 800.999.8080, en el correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx y/o en la dirección Av. Insurgentes Sur 762, Col. del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, México, CDMX o en el portal www.condusef.gob.mx

Queda entendido y acordado con el Asegurado que en caso de aceptación del riesgo por parte de **General de Seguros, S.A.** (La Compañía), las Condiciones Generales y demás documentación contractual se entregarán de manera impresa. No obstante lo anterior el Asegurado puede descargar dicha información de la página www.generaldeseguros.mx

Autorizo expresamente recibir de **General de Seguros, S.A.**, 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.** Por lo que una vez que manifieste mi oposición, **General de Seguros, S.A.**, quedará imposibilitada para utilizar mi información para los fines antes señalados.

Lugar y fecha: _____

Firma del Asegurado

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 05 de Junio de 2015 con el número CNSF-S0009-0154-2015/CONDUSEF-000729-03, a partir del día 20 de Marzo de 2015 con los números BADI-S0009-0013-2015 y BADI-S0009-0014-2015, a partir del día 02 de Septiembre de 2015 con el número PPAQ-S0009-0042-2015/CONDUSEF-005518-01, a partir del día 05 de Junio de 2015 con el número CNSF-S0009-0152-2015/CONDUSEF-000730-01, a partir del día 27 de Julio de 2015 con el número BADI-S0009-0015-2015 y a partir del día 22 de Agosto de 2022 con el número MODI-S0009-0020-2022.

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO

En **General de Seguros, S.A.**, nos comprometemos a proteger su privacidad durante el procesamiento de sus datos personales identificables y sensibles; por lo 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., con domicilio en Avenida Patriotismo, Número 266, Colonia San Pedro de los Pinos, Código Postal 03800, Alcaldía Benito Juárez, México, 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:

- A)** 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.
- B)** Para regular los derechos y obligaciones que surgen entre las partes por la celebración del Contrato de Seguro.
- C)** Para la emisión y rehabilitación de sus Pólizas de Seguro.
- D)** Para los Visitantes y Asegurados: Todos los datos que le 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.
- E)** 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.
- F)** Para integrar expedientes conforme a las políticas emitidas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, para combatir el lavado de dinero y terrorismo.
- G)** Para la promoción de nuestros productos y servicios que se hagan a través de **General de Seguros, S.A.**, y de sus empresas filiales.
- H)** 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.**

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 personales 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., pone a su disposición el aviso de privacidad integral en la página web www.generaldeseguros.com.mx, de acceso sencillo, fácil y gratuito, pudiendo consultarlos las 24 horas del día, los 365 días del año.

Nombre del Asegurado: _____

Firma del Asegurado