



SOLICITUD DE SEGURO DE AUTOS Y PICK UP'S

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 | D | D | M | M | A | A | A | A

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		
D D M M A A A A							

DATOS DEL VEHÍCULO							
Clave AMIS		Descripción del vehículo				Modelo	
Transmisión		Número de ocupantes		Servicio		Uso	
Estándar <input type="checkbox"/> Automático <input type="checkbox"/>				Particular <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/>			
Número de serie			Número de motor			Placas	
Forma de pago: Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Contado/ Anual <input type="checkbox"/>			Tipo		¿El Vehículo puede ser conducido por una persona menor a 30 años?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Residente <input type="checkbox"/> Fronterizo <input type="checkbox"/> Legalizado <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			

PAQUETES							
PRESTIGIO	CONFORT AMPLIA	CONFORT LIMITADA	CONFORT BÁSICA	Esquema de indemnización			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Valor Convenido <input type="checkbox"/>	Valor Factura ¹ <input type="checkbox"/>	SUMA ASEGURADA <input type="checkbox"/>	Valor Comercial <input type="checkbox"/>
Detalle de coberturas							
Daños Materiales Pérdida Parcial ²				SUMA ASEGURADA	Protección Daños Materiales Plus ⁶		
Daños Materiales Pérdida Total ²				SUMA ASEGURADA	Cero Deducible Daños Materiales Pérdida Total <input type="checkbox"/>		
Robo Total ³				SUMA ASEGURADA	Daños al Vehículo por Tercero sin Seguro <input type="checkbox"/>		
Responsabilidad Civil por Daños a Terceros (L.U.C.) ⁴				SUMA ASEGURADA	Protección Robo Plus ⁷		
Responsabilidad Civil por Fallecimiento				SUMA ASEGURADA	Cero Deducible Robo Total <input type="checkbox"/>		
Gastos Médicos				SUMA ASEGURADA	Protección GS Asalto <input type="checkbox"/>		
Adaptaciones y Conversiones ⁵				SUMA ASEGURADA	Protección GS Objetos Personales <input type="checkbox"/>		
Equipo Especial ⁵				SUMA ASEGURADA	Robo Parcial <input type="checkbox"/>		
Servicios de Asistencia							
GS Sigue: ⁹ 14 Días <input type="checkbox"/> 20 Días <input type="checkbox"/> 30 Días <input type="checkbox"/>				Muerte Accidental al Conductor <input type="checkbox"/>			
Asistencia Jurídica GS <input type="checkbox"/>				Extensión de Gastos Médicos para el Titular ⁸ <input type="checkbox"/>			
Asistencia Vial y en Viajes GS <input type="checkbox"/>				Vidauto <input type="checkbox"/> Reduce GS <input type="checkbox"/> RC Remolque <input type="checkbox"/>			
Asistencia en E.U.A. y Canadá GS <input type="checkbox"/>				Asistencia Jurídica GS <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

EN CASO DE SOLICITAR LA COBERTURA VIDAUTO

SOLICITUD COBERTURA VIDAUTO

C.U.R.P.	Estado civil	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Lugar de nacimiento	Ocupación actual		

PREGUNTA MÉDICA

¿El contratante padece alguna enfermedad grave, crónica o en los últimos 12 meses ha estado bajo tratamiento médico?

Si

No

Detallar la información sobre enfermedades y/o tratamientos médicos.

BENEFICIARIOS

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 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.

De interés para las personas que llenen 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.

ACLARACIONES

*** El paquete Prestigio está disponible únicamente para Autos Residentes de Servicio Particular con antigüedad no mayor a 10 años y otorga un 10% adicional en los Esquemas de Indemnización de Valor Convenido o Valor Comercial.**

1 Disponible para Autos Residentes. En caso de contratar este esquema, deberá solicitarse y anexar copia de la Factura.

2 Disponible en paquete Prestigio y Confort Amplia.

3 Disponible en paquete Prestigio, Confort Amplia y Confort Limitada.

4 L.U.C. = Límite Único y Combinado.

5 Disponible en paquete Prestigio, Confort Amplia y Confort Limitada. Los deducibles que aplican para esta Cobertura se especifican en las Condiciones Generales.

6 Protección Daños Materiales Plus sólo está disponible para los paquetes Prestigio y Confort Amplia en Autos Residentes. En Fronterizos y Legalizados se podrá contratar Cero Deducible Daños Materiales Pérdida Total y Daños al Vehículo por Tercero sin Seguro.

7 Protección Robo Plus sólo está disponible para los paquetes Prestigio y Confort Amplia en Autos Residentes. Si el Vehículo es de Servicio Comercial no se podrá contratar Protección Robo Total Plus. En Fronterizos y Legalizados se podrá contratar Cero Deducible Robo Total, Protección GS Asalto, Protección GS Objetos Personales excepto Robo Parcial.

8 Extensión de Gastos Médicos para el Titular sólo esta disponible para el paquete Prestigio en Autos Residentes.

9 Disponible en paquete Prestigio y Confort Amplia.

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

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

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

ACLARACIONES

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, Ciudad de México, 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.

“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.”

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 06 de Febrero de 2018 con el número CNSF-S0009-0578-2017/CONDUSEF-002981-03, a partir del día 18 de Mayo de 2021 con el número MODI-S0009-0002-2021, a partir del día 05 de Junio de 2015 con los números CNSF-S0009-0152-2015/CONDUSEF-000730-01 y CNSF-S0009-0153-2015/CONDUSEF-000707-01, 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 18 de Enero del 2022 con el número CNSF-S0009-0342-2021/CONDUSEF-002005-02, a partir del día 09 de Diciembre de 2014 con el número BADI-S0009-0070-2014 y a partir del día 02 de Septiembre de 2015 con el número PPAQ-S0009-0042-2015/CONDUSEF-005518-01.

Lugar y fecha: _____

Firma del Asegurado

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, 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.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