



**SOLICITUD DE SEGURO DE TURISTAS**

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	
CURP	Licencia <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	No. de Licencia o Pasaporte			Nacionalidad	
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		
Folio Mercantil	Ocupación		Pais de Nacimiento		Firma electrónica avanzada		

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

CUESTIONARIO		
Edad del Conductor	¿El Cliente tiene domicilio en México? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué zona de México circulará?
¿El cliente tiene Pólizas de Hogar o Accidentes Personales en General de Seguros?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿El cliente desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del Gobierno Federal o Estatal en los últimos 4 años??		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, definir cargo: _____

DATOS DEL VEHÍCULO			
Clave AMIS	Descripción del vehículo		Modelo
Transmisión Estándar <input type="checkbox"/> Automático <input type="checkbox"/>	Número de ocupantes	Servicio Particular <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/>	Placas
Número de serie		Número de motor	Forma de pago: Contado <input type="checkbox"/> Contado Anual <input type="checkbox"/>
Esquema de indemnización:	Valor Convenido <input type="checkbox"/>	Valor Factura <sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	SUMA ASEGURADA
		Valor Comercial <input type="checkbox"/>	

Detalle de coberturas			
Daños Materiales	DEDUCIBLE	Gastos Médicos	SUMA ASEGURADA
Robo Total	DEDUCIBLE	Robo Parcial	AMPARADA
Responsabilidad Civil por Daños a Terceros	SUMA ASEGURADA	Extensión Territorial <sup>1</sup>	AMPARADA
Responsabilidad Civil por Fallecimiento	SUMA ASEGURADA	Extensión de Responsabilidad Civil	AMPARADA
<b>Servicios de Asistencia</b>	Asistencia Jurídica GS	AMPARADA	Asistencia Vial y en Viajes GS
		AMPARADA	

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.

## ADVERTENCIA

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.

**“Inspección del estado del vehículo.** General de Seguros, S.A. podrá inspeccionar o verificar la existencia y estado físico del vehículo asegurado a cualquier día y hora hábil por medio de personas debidamente autorizadas durante la vigencia de la Póliza”.

## 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.

**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

<sup>1</sup> En caso de amparar la cobertura de Extensión Territorial, General de Seguros, S.A. únicamente responderá por unidades donde el propietario y titular de la Póliza resida dentro de la República Mexicana.

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](http://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 [atencionclientes@gseguros.com.mx](mailto:atencionclientes@gseguros.com.mx); o visite [www.generaldeseguros.mx](http://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](mailto: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](http://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](http://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.

**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 10 de Octubre de 2017, con el número CNSF-S0009-0500-2017/CONDUSEF-002877-01.**

## AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO

### GENERAL DE SEGUROS, S.A.

Avenida Patriotismo No. 266, Colonia San Pedro de los Pinos, Alcaldía Benito Juárez,  
Código Postal 03800, Ciudad de México

#### ¿Para qué fines utilizaremos sus datos personales?

Finalidades necesarias para la relación jurídica con el responsable:

1. Valuar de solicitudes de seguro, selección de riesgos, y en su caso, la emisión del contrato de seguro, sus renovaciones y la prestación de los servicios de asistencia incluidos el mismo, así como para la atención de siniestros y el trámite de reclamaciones de pago, según sea aplicable.
2. Regular los derechos y obligaciones que surgen por la celebración del Contrato de Seguro.
3. Cobrar, administrar, mantener o renovar la póliza de seguro, para estadística; así como remisión a otras Instituciones de Seguros o encargados, con el fin de que estén en posibilidad de evaluar el riesgo de cualquier propuesta relacionada con su contrato de seguro, tales como coaseguramiento y reaseguro.
4. Integrar los expedientes que exige la normatividad aplicable, así como para prevenir y combatir ilícitos relacionados con nuestros productos y servicios, tales como lavado de dinero, financiamiento al terrorismo, fraude y otros delitos patrimoniales, y para cumplimiento normativo en general.

**Finalidades secundarias:** Promoción de los productos y servicios del responsable y de sus empresas filiales y controladoras; fines de mercadotecnia, publicidad y prospección comercial. No son necesarias para el servicio o producto de seguro solicitado, pero nos permiten y facilitan brindarle una mejor atención.

Marque la casilla correspondiente para señalar si acepta o no, las anteriores finalidades secundarias:

Acepto

No Acepto

**General de Seguros, S.A.**, pone a su disposición el aviso de privacidad integral en la página web [www.generaldeseguros.mx](http://www.generaldeseguros.mx), de acceso sencillo, fácil y gratuito, pudiendo consultarlos las 24 horas del día, los 365 días del año.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del asegurado

\_\_\_\_\_  
Firma del asegurado