



SOLICITUD DE SEGURO DE TRANSPORTE DE PASAJEROS

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			Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	

DATOS DEL VEHÍCULO							
Clave AMIS		Descripción del vehículo			Modelo		Placas
Número de pasajeros		Número de serie			Número de motor		
Tipo de vehículo: Taxi <input type="checkbox"/> Microbus <input type="checkbox"/>		Autobus <input type="checkbox"/> Midibus <input type="checkbox"/>		Uso del vehículo: Taxi <input type="checkbox"/> Colectivo <input type="checkbox"/>		Escolar <input type="checkbox"/> Empleados <input type="checkbox"/>	Turismo <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/>
Suburbano <input type="checkbox"/> Foráneo <input type="checkbox"/>		Forma de pago: Mensual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/>		Trimestral <input type="checkbox"/> Contado/ Anual <input type="checkbox"/>		Procedencia del vehículo: Salvamento <input type="checkbox"/> Financiado <input type="checkbox"/>	
Propio <input type="checkbox"/> Arrendado <input type="checkbox"/>		Marcar en la cobertura la suma asegurada correspondiente según el paquete seleccionado		Las unidades internadas al territorio nacional sólo podrán ampararse en Responsabilidad Civil			
<input type="checkbox"/> Cobertura accesoria		<input type="checkbox"/> Cobertura obligatoria		<input type="checkbox"/> No aplica para este plan		Cobertura Amplia Total	Cobertura Limitada Total
Cobertura Básica R.C. Total	Cobertura Amplia Tradicional	Cobertura Limitada Tradicional	Cobertura Básica R.C. Tradicional	Deducible			
COBERTURAS							
1. Daños Materiales		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Robo Total		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Responsabilidad Civil Bienes y Personas (L.U.C.) ¹		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Gastos Médicos al Conductor		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Accidentes Personales al Conductor		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.1 Muerte Accidental al Conductor		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 Pérdidas Orgánicas al Conductor		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Responsabilidad Civil del Viajero		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Protección GS Asistencia Legal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Protección GS Asistencia Legal y Vial ²		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SUMA ASEGURADA				1,500 UMAs	<input type="checkbox"/>	5,000 UMAs	<input type="checkbox"/>
				3,160 UMAs	<input type="checkbox"/>		<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

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.

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 **L.U.C. = Límite Único y Combinado.**

² **Sólo aplica para vehículos menores de 3.5 toneladas.**

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

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.

ACLARACIONES

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 25 de septiembre de 2018, con los números CNSF-S0009-0397-2018/CONDUSEF-003363-03, y a partir del 20 de mayo de 2022, con el número MODI-S0009-0002-2022.

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, 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.

AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO

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.generaldesegueros.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