



Folio:

SOLICITUD DE SEGURO APÍCOLA

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 AGENTE				
Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno	Clave Agente	Sucursal y/o oficina

DATOS DEL CONTRATANTE					
Nombre (s) o razón social	Apellido paterno	Apellido materno	R.F.C. con homoclave		
Calle	Número exterior	Número interior	Colonia		
Localidad o Población	Municipio o alcaldía	Estado	Código postal	No. Cliente	
Teléfono celular	Teléfono fijo con clave lada	Correo electrónico		Nacionalidad	
Beneficiario preferente			Habilitador		

UBICACIÓN DE LOS BIENES A ASEGURAR		
Predio, Rancho Ejido	Colonia	Distrito de Desarrollo Rural
Localidad o Población	Estado	Municipio o Alcaldía

VIGENCIA																	
Desde las 12 horas del <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr></table>	D	D	M	M	A	A	A	A	Hasta las 12 horas del <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td></tr></table>	D	D	M	M	A	A	A	A
D	D	M	M	A	A	A	A										
D	D	M	M	A	A	A	A										

COBRANZA*	
Moneda Pesos <input type="checkbox"/> Dólares <input type="checkbox"/>	Forma de pago: Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/>

*El estado de cuenta, recibo, folio o número de confirmación de la transacción en donde aparezca dicho cargo, hará prueba plena del pago hasta que General de Seguros entregue el comprobante de pago correspondiente.

ESPECIE A ASEGURAR Y TIPO DE FUNCIÓN			
Especie: _____	Tipo: _____	Tipo de Sistema de Producción Extensivo <input type="checkbox"/> Intensivo <input type="checkbox"/> Semi-Intensivo <input type="checkbox"/>	
Función			
Producción de miel <input type="checkbox"/>	Producción de núcleos <input type="checkbox"/>	Producción de reinas <input type="checkbox"/>	Otros (especificar): _____
Número de Colmenas a Asegurar _____		Número de Apiarios a Asegurar _____	
Suma Asegurada por: Colmena _____ Apiario _____		Suma Asegurada Total por: Colmena _____ Apiario _____	

COBERTURAS

Muerte por:

- Accidentes provocados por vehículos motorizados
- Fenómenos meteorológicos: Helada, Granizo, Inundación, Incendio, Huracán, Ciclón, Tornado, Tromba o Vientos Fuertes y Onda cálida.
- Terremoto y/o Erupción Volcánica.

Observaciones:

Lugar: _____

Fecha: _____

Nombre y Firma del Solicitante

Nombre y Firma del Agente

IMPORTANTE

Como parte integrante de la presente solicitud del seguro Pecuario, le informamos que el seguro cuenta con coberturas, exclusiones y limitaciones, por lo que antes de contratar, lo invitamos a consultarlas en www.generaldeseguros.mx

La compañía brinda a todos sus usuarios, igual trato en la atención o contratación de productos, sin importar género, raza, políticas, etnia, discapacidad física, preferencias sexuales, creencias religiosas, edad, condición social o de salud, opiniones, estado civil, salvo por causas que afecten la seguridad del personal de la compañía, sus clientes o instalaciones o bien por causas previstas en la normativa aplicable, respecto la suscripción del producto.

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.

“Este documento sólo 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”

Nombre, fecha y firma

DATOS UNE Y CONDUSEF

Para cualquier aclaración, queja o duda no resuelta en relación con tu seguro, contacta a la Unidad Especializada de Atención a usuarios (UNE) de General de Seguros a los teléfonos 55.5278.8883, 55.5278.8806 y del Interior de la República marca 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 electrónico atencionclientes@gseguros.com.mx o visita <http://www.generaldeseguros.mx>

También puedes contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur número 762, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México. Centro de atención telefónica 55 5340 0999 y 800 99 98080. asesoria@condusef.gob.mx, www.condusef.gob.mx

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 riesgo, mismo que se encuentra en condiciones asegurables.

Nombre completo del Agente:

Clave: _____

_____ **Firma**

ACLARACIONES

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 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 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, Colonia 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

“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.”

AVISO DE PRIVACIDAD

En **General de Seguros, S.A.**, 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., 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:

- 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 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.
- 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 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. 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 la nota técnica que integran este producto de Seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 04 de noviembre de 2022, con el número CNSF-S0009-0328-2022/CONDUSEF-005426-03.