



SOLICITUD DE SEGURO AGRÍCOLA A LA COSECHA ESPERADA

Los suscritos proponentes solicitamos a **General de Seguros, S.A.** ("General de Seguros"), nos sea expedida una póliza, 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 enmendaduras).**

Fecha de solicitud				D	D	M	M	A	A	A	A	Clave Agente	
DATOS DEL CONTRATANTE													
Nombre (s) o razón social				Apellido paterno				Apellido materno				R.F.C. con homoclave	
Calle				Número exterior		Número interior		Colonia					
Población o localidad				Estado		Municipio o alcaldía			Código postal		No. Cliente		
Teléfono celular			Teléfono fijo con clave lada				Correo electrónico			Nacionalidad			
Actividad o giro						Beneficiario Preferente							
R.F.C. con homoclave			Teléfono fijo o celular				Correo electrónico						
Habilitador													

PAGO					
Forma de Pago		Medio de Pago		Moneda	
Anual <input checked="" type="checkbox"/>		Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/>		Ventanilla bancaria <input type="checkbox"/>	
		Transferencia electrónica <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.

DATOS DEL RIESGO					
Predio, Rancho Ejido		Colonia		Distrito de Desarrollo Rural	
Localidad o Población		Estado		Municipio o Alcaldía	
Tenencia de la tierra		Riego		Tipo	
Privada <input type="checkbox"/>		Ejidal <input type="checkbox"/>		Temporal <input type="checkbox"/>	
		Otro: _____		Arrendatario <input type="checkbox"/>	
				Propietario <input type="checkbox"/>	
Cultivo		Variedad		Ciclo	
				Primavera-Verano <input type="checkbox"/>	
				Otoño-Invierno <input type="checkbox"/>	
				Otro: _____	

DATOS GENERALES					
Vigencia		Fecha		Prima Asegurado	
De las 12.00 Horas día/mes/año		De Siembra día/mes/año		Prima Gob. Federal	
Hasta las 12.00 Horas día/mes/año		De Cosecha día/mes/año		Prima SADER	
Superficie Asegurada		No. de Plantas por Hectárea		Prima Gob. Estatal	
No. de Lotes		No. de Asegurados		Prima Neta Total	
Suma Asegurada por Hectárea		Rendimiento por Hectárea		Gastos de Expedición	
		Precio por Kilogramo		Importe Total	
		Cuota por Hectárea		Importe Total Cargo Asegurado	
		Prima por Unidad Asegurada			
Suma Asegurada Total					

PRODUCTO DE ASEGURAMIENTO	MÉTODO DE EVALUACIÓN	TIPO DE DEDUCIBLE
Cosecha Esperada <input checked="" type="checkbox"/>	Rendimiento <input checked="" type="checkbox"/>	Sobre Suma Asegurada <input type="checkbox"/> Sobre Monto Invertido <input type="checkbox"/> Participación en la Pérdida <input type="checkbox"/>

COBERTURA							
Riesgos	Cubierto (X)	Excluido (X)	Tipo de ajuste	Participación a pérdida (%)	Franquicia (%)	Deducible (%)	Método de evaluación
Incendio							
Huracán, Ciclón, Tornado y Vientos Fuertes							
Granizo							
Inundación							
Heladas							
Falta de piso para cosechar							
Exceso de Humedad							
Sequía							
Bajas Temperaturas							
Onda Cálida							
Plagas y Depredadores							
Enfermedades							
Erupción Volcánica							
Terremoto							
Vehículos y Naves Aéreas							
Imposibilidad de Realizar la Siembra							
No nacencia							
Taponamiento							
Baja población							

RIESGOS PARA CULTIVOS DESARROLLADOS EN INVERNADERO							
Riesgos	Cubierto (X)	Excluido (X)	Tipo de ajuste	Participación a pérdida (%)	Franquicia (%)	Deducible (%)	Método de evaluación
Lluvia							
Granizo							
Nieve							
Explosión							

Nota: En caso de no llenarse algún espacio, la cobertura se considerará excluida, queda a criterio del personal técnico considerar o descartar algún riesgo que el solicitante marque como "cubierto".

NOMBRE DEL LOTE	
UBICACIÓN DEL LOTE O PREDIO	LLENADO EXCLUSIVO PARA ASESOR AGROPECUARIO
Vértice 1: _____ Vértice 2: _____ Vértice 3: _____ Vértice 4: _____ Municipio: _____ Entidad Fed.: _____ Nota: Si el espacio resulta insuficiente detallar en hoja anexa coordenadas de cada uno de los vértices de los lotes o predios solicitados.	Dictamen: _____ Kilogramos Garantizados: _____ Precio Pactado: _____ TIEMPO MÁXIMO DE INSPECCIÓN _____ _____
Observaciones:	Observaciones:

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, y por lo tanto no representa garantía de que la misma será aceptada por la empresa de seguros ni que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde con los términos de la solicitud.

Nombre y Firma del Solicitante

Nombre, Clave y Firma del Agente

Nombre y Firma del Asesor Agropecuario

IMPORTANTE

La presente solicitud y en su caso, toda la documentación del contrato de seguro y sus disposiciones, respetan la dignidad y derechos fundamentales del solicitante, asegurados y de beneficiarios de las coberturas amparadas, de acuerdo con la legislación aplicable en la República Mexicana, y buscan establecer una relación contractual equitativa, informada, igualitaria y no discriminatoria entre las partes.

Con la firma de esta solicitud, los solicitantes aceptamos y reconocemos no encontrarnos en ninguno de los siguientes supuestos:

1. Tener o haber tenido vínculo alguno con la delincuencia organizada;
2. Haber sido sujetos a procedimiento legal o investigación por ilícitos relativos a delincuencia organizada o lavado de dinero, en territorio nacional o extranjero;
3. Haber estado nuestro nombre, alias o apodo, actividades, bienes a asegurar o nacionalidad, publicados en una lista oficial, nacional o extranjera, relativa a los delitos vinculados con delincuencia organizada, lavado de dinero o financiamiento al terrorismo.

Reconocemos que, en caso de encontrarse en alguno de los supuestos anteriores, deberemos abstenernos de requisitar y firmar el presente formato. En caso de que, durante la vigencia de esta póliza, alguno de los solicitantes incurramos en cualquiera de los supuestos de vinculación con ilícitos referidos en el párrafo anterior, consentimos que tal situación será considerada como una agravación esencial de los riesgos amparados en el producto de seguro, conforme a las condiciones generales del mismo.

Declaro que los recursos de la póliza que solicito no provienen de ninguna actividad ilícita y autorizo a General de Seguros para comprobarlos a su entera satisfacción. Declaro que no autorizo que terceros efectúen depósitos a mis pólizas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en los artículos 139 Quáter, 148 Bis, 148 Ter, 148 Quáter y 400 Bis del Código Penal Federal, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas. Declaro bajo protesta de decir la verdad que la solicitud de Seguro se realiza por cuenta y con recursos propios únicamente en beneficio del solicitante, de conformidad con las Políticas en materia de identificación y conocimiento del Cliente, emitidas por la entidad de Seguros.

Declaramos que la información contenida en esta solicitud ha sido otorgada de manera personal, es verídica y completa, e incluye todos los hechos importantes que puedan influir en las condiciones convenidas para la apreciación y aceptación del riesgo, tal y como los conocemos en este momento. Por lo tanto, reconocemos que cualquier omisión o inexacta declaración de tales hechos, faculta a General de Seguros para en su caso, rescindir de pleno derecho el contrato, aunque ello no haya influido en la realización del siniestro (arts. 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

En caso de que esta solicitud sea aceptada, autorizamos a General de Seguros para que la documentación contractual nos sea entregada a través de correo electrónico indicado en este formato. Lo anterior, salvo que expresamente instruyamos lo contrario a General de Seguros en esta solicitud. Asimismo, autorizamos que dicho correo electrónico funja como medio de notificación para cualquier asunto relacionado con el presente seguro y sus siniestros, así como para proporcionar a General de Seguros toda información que en su caso me sea solicitada.

Declaramos que, aceptada la solicitud, nos fueron entregados, y explicados en su contenido, las condiciones generales del contrato de seguro, principalmente lo relativo a nuestros **derechos básicos, coberturas, periodos de espera, cláusulas generales y particulares, así como exclusiones y limitantes del producto**, que reconocemos como parte integrante del contrato en términos del artículo 7 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, así como el aviso de privacidad integral de General de Seguros, todo lo cual conocemos, entendemos y aceptamos, sabedores de que podemos consultar dicha información adicionalmente en la página www.generaldeseguros.com.mx

IMPORTANTE

Reconocemos haber tenido a disposición el Aviso de Privacidad Integral de General de Seguros, el cual también puede consultarse en la página web junto con los mecanismos para hacer valer nuestros derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición), enterados de que los cambios o actualizaciones al Aviso de Privacidad estarán disponibles para su consulta en la misma página web.

Medio para la entrega de la documentación contractual: _____
(Llenar solo si es distinto al correo electrónico proporcionado)

Lugar y fecha: _____

Firma del contratante

AGENTE

El Agente que suscribe, cuyo nombre y firma aparecen al calce, realizó una entrevista personal con los solicitantes del seguro, o sus representantes legales según ha correspondido, a fin de obtener los datos de este formato, asimismo ha manifestado haber recabado copia simple de los documentos de identificación, los cuales cotejó con los originales que tuvo a la vista.

Asimismo, de acuerdo con el artículo 96 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el Agente manifiesta haber entregado el folleto de los Derechos Básicos de los Asegurados, e informado a los solicitantes de manera, clara, amplia y detallada sobre el alcance real de las coberturas, las principales características del producto, la forma de conservarlo o darlo por terminado, su vigencia, los términos establecidos en el contrato, su renovación y las consecuencias de la rehabilitación. En caso de que el Agente haya recabado información personal de otros solicitantes o titulares de datos personales, acepta la obligación de informarles de esta entrega, así como darles a conocer los Avisos de Privacidad de General de Seguros y del propio Agente.

Nombre completo del Agente: _____

Clave: _____

Firma

DATOS UNE Y CONDUSEF

Para cualquier aclaración, queja o duda no resuelta en relación con su 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 Av. Patriotismo No. 266, col. San Pedro de los Pinos, C.P. 03800, Ciudad de México y/o al correo electrónico atencionaclientes@gseguros.com.mx o visite www.generaldeseguros.com.mx

También puedes contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Av. Insurgentes Sur No. 762, col. Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México. Centro de atención telefónica 55 5340 0999 y 800 99 98080. asesoria@condusef.gob.mx, www.condusef.gob.mx

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 26 de Mayo del 2004 con el número CNSF-S0009-0315-2004 / CONDUSEF-001919-02.