



**SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA ESTANCIAS INFANTILES**

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 enmendaduras).**

**Fecha de solicitud** | D | D | M | M | A | A | A | A

**DATOS DEL SOLICITANTE**

Nombre (s) o razón social		Apellido paterno		Apellido materno	
R.F.C. con homoclave		C.U.R.P.		No. de licencia SEDESOL (ID):	
Calle		Número exterior	Número interior	Colonia	
Población o localidad		Estado	Municipio o alcaldía		Código postal
Teléfono	Teléfono Oficina		Correo electrónico		

**ESPECIFICACIONES DEL SEGURO**

Metros cuadrados construídos:	EL INMUEBLE ES:		
	Arrendado <input type="checkbox"/>	Propio <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>

**LÍMITE DE RESPONSABILIDAD \$ 5,000,000.00 M.N.**

<b>NÚMERO DE EMPLEADOS</b>	<b>NÚMERO DE NIÑOS</b>	<b>¿CUENTA CON EQUIPO MÉDICO INDISPENSABLE QUE INCLUYA?</b>
Educadora: _____	Lactantes: _____	Botiquín de primeros auxilios Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Enfermera: _____	Maternales: _____	Estetoscopio Biauricular Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Asistente educativa: _____	Preescolar: _____	Esfigmamonometro Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Puericulturista: _____	Total: _____	Estuche de diagnóstico con oftalmoscopio Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Trabajador Social: _____		Aspirador Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Dietista: _____		
Otros: _____		
Total: _____		

SI DESEA RC ARRENDATARIO ELEGIR EL SUBLÍMITE: \$ 500,000.00 M.N.  \$ 1,000,000.00 M.N.

**ANTECEDENTES DE SINIESTRALIDAD**

En los últimos tres años, ha tenido algún siniestro: Si  No

Describir la pérdida y especificar el monto de la misma: \_\_\_\_\_

**OTROS SEGUROS**

¿Cuenta con algún seguro similar al contrato de la presente solicitud? Si  No

Tipo de seguro	Vigencia	Suma Asegurada	Prima

El presente contrato de seguro se celebra conforme a lo dispuesto en el inciso b) del Art.145 de la Ley sobre el Contrato de Seguros, para cubrir la indemnización que el Asegurado deba a un tercero por hechos ocurridos durante la vigencia de la Póliza, siempre que la reclamación se formule por primera vez y por escrito al Asegurado o a General de Seguros, S.A., en el curso de la vigencia o dentro del año siguiente a su terminación.

## IMPORTANTE

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](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.

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

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

## DECLARACIONES DEL CONTRATANTE

El Contratante manifiesta que la información recabada en esta solicitud es veraz, auténtica y declara que ésta contiene todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a asegurar.

**ADVERTENCIA: La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes para la apreciación del riesgo, origina 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.**

## DECLARACIONES DEL AGENTE

De conformidad con el artículo 96, fracción I, de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, el Agente está obligado a informar de manera amplia y detallada el alcance real de la cobertura del seguro, así como la forma de conservarla o darla por terminada.

Le informamos que el Agente de Seguros recabará información y documentación personal, realizará una entrevista y dará cumplimiento a las medidas y procedimientos implementados por la Compañía Aseguradora para detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo Código, por tal motivo, en caso de que pudiera ubicarse en alguno de los actos señalados anteriormente, generará la improcedencia en el pago, nulificando el seguro de forma automática.

Le informamos que el seguro cuenta con coberturas, exclusiones y limitaciones, por lo que antes de contratar, lo invitamos a consultarlas en la página electrónica [www.generaldeseguros.mx](http://www.generaldeseguros.mx)

Nombre del Agente:		Clave:
R.F.C.	CURP	Correo electrónico

**Nota: Si no existe la firma del Asegurado, no se realizará el trámite.**

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

\_\_\_\_\_  
Firma del Agente

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del solicitante

**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.**

## AVISO DE PRIVACIDAD

### AVISO SIMPLIFICADO

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 Av. Patriotismo, No. 266, col. San Pedro de los Pinos, C.P. 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 les 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), 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 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](http://www.generaldeseguros.mx), de acceso sencillo, fácil y gratuito, pudiendo consultarlo las 24 hrs. del día, los 365 días del año.

---

Nombre completo del solicitante

---

Firma del solicitante

## DATOS UNE Y CONDUSEF

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 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](mailto:atencionaclientes@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), 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 800.999.8080, [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx), [www.condusef.gob.mx](http://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 28 de Agosto de 2012 con el número CNSF S0009-0288-2012/CONDUSEF-000526-01.**