



SOLICITUD DE SEGURO HOGAR PROTEGIDO

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

DATOS DEL ASEGURADO Y/O RAZÓN SOCIAL

Nombre (s) y/o Razón Social	Apellido paterno	Apellido materno	RFC / CURP
Teléfono		Correo electrónico	

DOMICILIO DEL ASEGURADO

Calle	Número exterior	Número interior	Colonia
Población o localidad	Estado	Municipio o alcaldía	Código postal

DOMICILIO DEL CONTRATANTE (En caso de ser distinto al Asegurado)

Calle	Número exterior	Número interior	Colonia
Población o localidad	Estado	Municipio o alcaldía	Código postal

TÉRMINOS DEL CONTRATO DE SEGUROS

Número de empleado	Retenedora	Clave de descuento
--------------------	------------	--------------------

VIGENCIA

Desde las 12 horas del <input type="text"/>	Hasta las 12 horas del <input type="text"/>
--	--

DATOS DEL RIESGO Marque el paquete deseado

SECCIÓN	COBERTURAS	PAQUETE 1		PAQUETE 2		PAQUETE 3		PAQUETE 4	
		Propietario <input type="checkbox"/>	Arrendatario <input type="checkbox"/>						
I	Incendio Edificio	\$500,000		\$1,000,000		\$1,500,000		\$2,000,000	
II	Incendio Contenidos	\$250,000	\$250,000	\$500,000	\$500,000	\$750,000	\$750,000	\$1,000,000	\$1,000,000
III	A. Responsabilidad Civil Familiar	\$500,000	\$500,000	\$1,000,000	\$1,000,000	\$1,500,000	\$1,500,000	\$2,000,000	\$2,000,000
	B. Responsabilidad Civil Arrendatario		\$500,000		\$1,000,000		\$1,500,000		\$2,000,000
IV	Robo y/o asalto con violencia	\$50,000	\$50,000	\$100,000	\$100,000	\$150,000	\$150,000	\$200,000	\$200,000
V	Dinero y Valores	\$5,000	\$5,000	\$6,500	\$6,500	\$7,500	\$7,500	\$10,000	\$10,000
VI	Rotura de Cristales	\$5,000	\$5,000	\$10,000	\$10,000	\$15,000	\$15,000	\$20,000	\$20,000
AI	Asistencia Hogar Protegido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Número de pisos del inmueble En caso de edificio, indique el piso del inmueble

¿Se encuentra a menos de 500m. del mar, lago o laguna?

Cobertura opcional

Equipo electrodoméstico \$

RIESGOS Y COBERTURAS ADICIONALES QUE DEDESA AMPARAR PARA LAS SECCIONES I Y II

Cobertura: Terremoto y/o erupción volcánica: Amparar

Muros: Concreto Tabique Otro: _____

Cobertura: Riesgos Hidrometeorológicos: Amparar

Trabes: Concreto Acero Sin Trabes

Tipo de columnas: Concreto Acero Sin Columnas

Techo: Ligero Pesado Otro: _____

DATOS TERREMOTO Y/O ERUPCIÓN VOLCÁNICA

Presenta hundimientos SI NO Daños previos SI NO Se encuentra en esquina SI NO Peso extra al planeado SI NO

Figura irregular de la base del edificio Nula Poca Mucha Forma del edificio irregular Nula Poca Mucha

Separación entre muros menor a 15 cm.

Con edificio de menor altura: Con edificio de mayor altura:
Con edificio de mayor y menor altura: Espacio mayor a 15 cm.

Año de construcción _____

DATOS RIESGOS HIDROMETEOROLÓGICOS

El entorno es:

- Campo abierto
- Barrio residencial
- Centro de la ciudad
- Construcciones dispersas

Los cristales son:

- Chicos
 - Medianos
 - Grandes
- ¿Espesor Grueso? (>10mm)
SI NO

Tipo de domos:

- No tiene
- Chicos
- Medianos
- Grandes

Soporte ventanas:

- Artesanal
- Genérico
- Específico basado en reglamento

***Objetos cerca:** (postes, espectaculares, árboles, etc.)

SI NO

***Objetos en azotea:** (antenas, espectaculares, tejas, etc.)

SI NO

CARGO A TARJETA DE CRÉDITO, TARJETA DE DÉBITO O CUENTA DE CHEQUES

Tipo de Identificación del Tarjetahabiente (en caso de solicitar cargo automático)

INE No. _____ PASAPORTE No. _____

DATOS DE LA TARJETA DE CRÉDITO-DÉBITO, Ó DE LA CUENTA DE CHEQUES

No. de Afiliación _____ No. de Autorización _____

Nombre Comercial GENERAL DE SEGUROS **Periodicidad** QUINCENAL MENSUAL

TARJETA DE CRÉDITO Ó DÉBITO NO. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Fecha de Vencimiento _____ **Tipo de Tarjeta** DÉBITO VISA MASTERCARD

CUENTA DE CHEQUES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SUCURSAL | | | | | | | | | | **Banco emisor de la cuenta de cheques** _____

CLABE (18 DÍGITOS) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

RENOVACIÓN AUTOMÁTICA SI NO **NOMBRE DEL TARJETAHABIENTE** _____

Estoy enterado que General de Seguros, S.A. renovará año con año, en forma automática, mi póliza de seguro a fin de no quedar desprotegido, sin embargo el contrato podrá ser cancelado en cualquier momento, considerando que si quiero evitar cualquier pago de renovación, deberé solicitar dicha cancelación a General de Seguros, S.A. por escrito, antes de los 30 días siguientes al nuevo inicio de vigencia.

Asimismo, extiendo la presente autorización por el tiempo de vigencia de la póliza y de sus renovaciones con objeto de realizar los pagos de las primas iniciales, subsecuentes y de los ajustes adicionales.

Solicito y autorizo a Banco Nacional de México, S.A. integrante de Grupo Financiero Banamex o aquella institución afiliada a VISA o a MasterCard para que con base en el contrato de apertura de crédito en cuenta corriente según corresponda, que tengo celebrado y respecto del cual se me expidió la Tarjeta arriba citada o en su caso el número de tarjeta por reposición de la anterior, por robo o extravío de la misma me haya asignado el banco se sirvan pagar por mi cuenta a nombre de General de Seguros, S.A. los cargos por los conceptos, periodicidad y monto que se detallan en este documento.

El Negocio afiliado señalado en el rubro, se obliga y es responsable de cumplir con: I) La información correcta y oportuna de los cargos del Tarjetahabiente, II) De la calidad y entrega de los productos y servicios ofrecidos, liberando a Banco Nacional de México, S.A. integrante de Grupo Financiero Banamex o cualquier institución afiliada a VISA o MasterCard por toda reclamación que genere por parte del Tarjetahabiente.

El Tarjetahabiente podrá revocar la Carta de Autorización mediante un comunicado por escrito con quince días naturales de anticipación que recibirá el Negocio Afiliado, el cual anotará la fecha de su recepción con la firma y nombre de quien recibe por el Negocio Afiliado. En este caso el Negocio Afiliado deberá informar al Tarjetahabiente la fecha en que dejará de surtir efecto la presente carta de autorización.

FIRMA DEL TARJETAHABIENTE

El Tarjetahabiente está de acuerdo con los términos y condiciones que se establecen en este medio de cobro de la prima, firmando de conformidad.

FIRMA DEL AGENTE

El Agente da fe de la veracidad de los datos proporcionados por el Asegurado y que se han incluido en este documento.

ESTE TÍTULO ES NEGOCIABLE ÚNICAMENTE CON INSTITUCIONES DE CRÉDITO

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

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

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:

- 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.
- Para regular los derechos y obligaciones que surgen entre las partes por la celebración del Contrato de Seguro.
- Para la emisión y rehabilitación de sus Pólizas de Seguro. 5 días del año.

AVISO DE PRIVACIDAD

- 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, 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 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), 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, 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 07 de Enero de 2015 con el número PPAQ-S0009-0062-2014/CONDUSEF-001251-02.