



SOLICITUD DE SEGURO GS + HOGAR + PROTECCIÓN

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 CONTRATANTE **FORMA 1**

Nombre (s)		Apellido paterno		Apellido materno	
R.F.C.		INE		C.U.R.P.	
Teléfono celular		Teléfono fijo		Correo electrónico	
Nacionalidad					
Fecha de nacimiento D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A		Estado Civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/>			Empresa donde trabaja
Profesión, Ocupación o Giro				Género Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	

DOMICILIO

Calle		Número exterior	Número interior	Colonia	
Población o localidad		Estado	Municipio o alcaldía		Código postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Actividad o Giro del Negocio (Para Personas Físicas)			Origen de los Recursos		
¿El Asegurado o Contratante desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal o federal en los últimos cuatro años?				SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cargo

DATOS DEL APODERADO (en caso de que se contraten por su conducto)

Nombre (s)		Apellido paterno		Apellido materno	
Notaría No.		Nombre Notario		No. Poder	
Documentos Anexos del Asegurado o Contratante		C.U.R.P.	R.F.C.	Comprobante de Domicilio	
Identificación Oficial SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____	
Documentos Anexos del Apoderado		Comprobante de Domicilio		Documento con el que acredite SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Identificación Oficial SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____		su Representación ¿Cuál? _____	

DENOMINACIÓN O RAZÓN SOCIAL (Para Personas Morales)

		Fecha de Constitución <input type="text"/> D <input type="text"/> D <input type="text"/> M <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A <input type="text"/> A	
Forma de Administración de la Sociedad		Administrador único <input type="checkbox"/> Consejo de Administración <input type="checkbox"/>	
Nombre de los Socios Accionistas _____ _____ _____		Porcentaje _____ _____ _____	¿Alguno de los Socios o Accionistas, miembros del Consejo Administrador Único desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal o federal durante los últimos 4 años? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Nombre _____ _____		Cargo _____ _____	

DOCUMENTOS ANEXOS DEL SOLICITANTE O CONTRATANTE

Acta Constitutiva SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Cédula de Identificación Fiscal SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Comprobante de Domicilio SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____
Nombre completo del Agente:		Clave:
Nota: Si no existe la firma del Asegurado, no se realizará el trámite.		
_____ Firma del Agente		_____ Nombre y firma del solicitante
Lugar y fecha: _____		
OBSERVACIONES:		

TÉRMINOS DEL CONTRATO DE SEGURO SOLICITUD DE SEGURO GS+HOGAR+PROTECCIÓN

FORMA 2

COBRANZA

Forma de pago Contado Mensual Trimestral Nómina Semestral Conducto de pago Efectivo Cta. de Cheque T. de Crédito Moneda Pesos Dólares

VIGENCIA

Desde las 12 horas del

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

 Hasta las 12 horas del

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

DATOS DE LA UBICACIÓN

CASA SOLA CONDOMINIO HORIZONTAL O VERTICAL

SECCIÓN	COBERTURAS	PAQUETE 1 <input type="checkbox"/>	PAQUETE VERSÁTIL <input type="checkbox"/>
I	Edificio	100%	\$
II	Contenidos	50% de la suma del Edificio	\$
III	Cristales	6% de la suma del Edificio	\$
IV	Robo y Asalto con Violencia Convenio Expreso:	10% de la suma del Edificio	\$
	A.1 Inciso c) Dinero en efectivo	Opcional SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	\$ 4,000.00 M.N.
	B.1.1 Artículos de difícil o imposible reposición, hasta 150 D.S.M.G.V.D.F.	Opcional	\$
B.1.2 Artículos de piel con valor superior a 50 D.S.M.G.V.D.F.	Opcional	\$	
V	Responsabilidad Civil:	100% de la suma del Edificio	\$
	V-A Responsabilidad Civil Privada y Familiar V-B Responsabilidad Civil Arrendatario o Subarrendatario	100% de la suma del Edificio	\$
*VI	Accidentes Personales	Opcional	Opcional
	Muerte Accidental	\$	\$
	Pérdidas Orgánicas	\$	\$
	Reembolso de Gastos Médicos 30% de la Suma Asegurada	<input type="checkbox"/> AMPARADO <input type="checkbox"/> EXCLUÍDO	<input type="checkbox"/> AMPARADO <input type="checkbox"/> EXCLUÍDO
*VII	Seguro Familiar de Últimos Gastos	Opcional \$	<input type="checkbox"/> AMPARADO <input type="checkbox"/> EXCLUÍDO
VIII	Servicio de Auxilio en el Hogar	Opcional \$	<input type="checkbox"/> AMPARADO <input type="checkbox"/> EXCLUÍDO
IX	Daños a equipo electrodoméstico por variación del suministro eléctrico. Límite máximo de Suma Asegurada \$30,000.00 M.N.	\$	\$

*En caso de solicitar estas coberturas, es necesario llenar la 2da. parte de la Forma 3

DIRECCIÓN DONDE ESTÁN LOS BIENES AMPARADOS (Únicamente si es distinta al domicilio fiscal):

¿SE ENCUENTRA A MÁS DE 50 KM DE LA COSTA? SI NO

¿A 500 MTS DE LÍNEAS DE ROMPIMIENTO DE LAS OLAS EN MAREA ALTA? SI NO

¿A 250 MTS DE LA "RIVERA" DEL LAGO O LAGUNA? SI NO

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

Terremoto y/o Erupción Volcánica Riesgos Hidrometeorológicos

Terremoto y/o Erupción Volcánica bienes por convenio (*)
 *Detallar bienes bajo convenio y suma asegurada: _____

Riesgos Hidrometeorológicos, bienes por convenio (*)
 "Detallar bienes bajo convenio y suma asegurada: _____

MEDIDAS DE SEGURIDAD

- SI NO Cuenta con vigilancia.
- SI NO Alarma central certificada.
- SI NO Acceso restringido y vigilancia las 24 hrs.
- SI NO Con acceso controlado, vigilancia, alarma central certificada, protección metálica en puertas y ventanas a la calle.
- SI NO Existe personal al cuidado permanente del domicilio asegurado.

NOTA: Es obligatorio el llenado total de esta sección. SOLICITUD DE SEGURO GS + HOGAR + PROTECCIÓN FORMA 3
TERREMOTO Y/O ERUPCIÓN VOLCÁNICA

Longitud _____ Latitud _____ Tipo de suelo Roca Firme Blando Desconocido

Fecha de construcción Día _____ Mes _____ Año _____

Uso de Inmueble	Techo (Tipo de Cubierta)	Entrepisos
<input type="checkbox"/> Almacén <input type="checkbox"/> Banco <input type="checkbox"/> Biblioteca <input type="checkbox"/> Central de Comunicaciones <input type="checkbox"/> Central Eléctrica <input type="checkbox"/> Centro Comercial <input type="checkbox"/> Comercio <input type="checkbox"/> Depósito de Sustancias Explosivas <input type="checkbox"/> Depósito de Sustancias Inflamables <input type="checkbox"/> Depósito de Sustancias Tóxicas <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Estacionamiento <input type="checkbox"/> Fábrica <input type="checkbox"/> Funeraria <input type="checkbox"/> Hangar	<input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Pesada	<input type="checkbox"/> Corta <input type="checkbox"/> Mediana <input type="checkbox"/> Larga
<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Hotel <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Librería <input type="checkbox"/> Museo <input type="checkbox"/> Oficina Gubernamental <input type="checkbox"/> Oficina Privada <input type="checkbox"/> Restaurante <input type="checkbox"/> Servicios de Emergencia <input type="checkbox"/> Terminal de Transporte <input type="checkbox"/> Tienda de Departamentos <input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Otro	Piso en el que se encuentra ubicado el asegurado Columnas <input type="checkbox"/> Cortas <input type="checkbox"/> Sin columnas Sobrepeso <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Esquina <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Altura de inmueble <input type="checkbox"/> Nula <input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> Mucha Planta (Irregularidad en la planta) <input type="checkbox"/> Nula <input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> Mucha Edificio con Hundimiento <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Daños Previos <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ligeros <input type="checkbox"/> Severos Tipo de Reparación (Daños Previos Reparados?) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Fecha de Reparación Día _____ Mes _____ Año _____	
Tipo de columnas <input type="checkbox"/> Concreto <input type="checkbox"/> Acero <input type="checkbox"/> Sin columnas Trabes <input type="checkbox"/> Coladas <input type="checkbox"/> Prefabricadas <input type="checkbox"/> Sin Trabes Muros <input type="checkbox"/> Concreto <input type="checkbox"/> Tabique, block, mampostería <input type="checkbox"/> Lámina metálica <input type="checkbox"/> Otros		

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.

RIESGOS HIDROMETEOROLÓGICOS

Línea Frente a Mar, Río y Lago

- A menos de 250 metros a más de 250 metros

Rugosidad del Terreno

- Campo Abierto Construcciones Dispersas
 Barro Residencial Centro de la Ciudad

Sobre Elevación (Sobre Elevación de desplante de la planta baja)

- De 10 a 10

Número de Piso a Asegurar _____

Tipo de Cubierta en Techos

- Cubierta Pesada
 Cubierta Ligera sin Diseño
 Cubierta Ligera con Diseño Genérico
 Cubierta Ligera con Diseño Específico

Irregularidad de la Planta

- Nula Poca Mucha

Objetos cercanos, Pósters, Espectaculares, Árboles

- Si hay No hay

Objetos en la Azotea (Objetos que puedan desprenderse)

- Si tiene No tiene

Tamaño de los Cristales

- Chicos Medianos Grandes

Tipo de ventana

- Con protección Sin protección

Tipo de Domos

- Nula no tiene Domo
 Media con Domos de Cristal Grueso
 Baja con Domos y Cortina Antición
 Alta con Domos Cristal Delgado

Soporte de Ventanas

- Sin Diseño Estructural
 Con Diseño Estructural Genérico
 Con Diseño Estructural Específico

Porcentaje de los Cristales con Respecto a la Fachada

- Menor al 30%
 Entre 30% y 60%
 Mayor al 60%

Porcentaje de los Domos

- Porcentaje Nulo 0%
 Porcentaje menor al 10%
 Porcentaje Medio entre 10% y 25%
 Porcentaje alto mayor al 25%

Otras Fachadas

- No tiene 0%
 Menor al 20%
 Entre el 20% y 50%
 Mayor al 50%

Tipo de Muro (Muro de Contención)

- Concreto Reforzado con Cimentación Profunda
 Concreto Reforzado con Cimentación Superficial
 Mampostería de Piedra o Tabique
 Sin Muro

CUESTIONARIO DE COBERTURAS GS + HOGAR + PROTECCIÓN

ACCIDENTES PERSONALES

Nombre del Asegurado	Nombre del Beneficiario	Edad	Categoría (Titular, Cónyuge, Hijo(a) o Servidumbre.

En caso de no existir Beneficiario designado, la indemnización correspondiente se pagará a la sucesión del Asegurado.

SEGURO FAMILIAR DE ÚLTIMOS GASTOS

Asegurados	¿Padece o ha padecido alguna enfermedad o lesión, o ha sido intervenido quirúrgicamente en los últimos 5 años?	Edad	Fecha de Nacimiento		
			Día	Mes	Año
Titular					
Cónyuge					
Hijo 1					
Hijo 2					

En caso de respuesta afirmativa. Favor de precisar dependiente económico, padecimiento, duración, fecha inicio, tratamiento y estado actual:

EN CASO DE FALLECIMIENTO DE ALGÚN ASEGURADO DEPENDIENTE, SE ENTENDERÁ QUE EL BENEFICIARIO DESIGNADO ES EL ASEGURADO TITULAR. EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL TITULAR, SE ENTENDERÁ QUE EL BENEFICIARIO DESIGNADO ES EL CÓNYUGE.

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:

- 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, 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 05 de Diciembre de 2006 con el número CNSF-S0009-0500-2006/CONDUSEF-000700-01.