



**SOLICITUD DE SEGURO DE OBRA CIVIL**

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					
Nombre (s) o razón social		Apellido paterno		Apellido materno	
R.F.C. con homoclave		Correo electrónico		Nacionalidad	
Teléfono celular		Teléfono fijo		País de nacimiento	
Fecha de nacimiento / constitución D   D   M   M   A   A   A   A		Estado Civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/>			Género Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
Número de hijos		Número de serie de e.firma		Folio mercantil	
Nombre de representante legal o director o administrador					
Persona física <input type="checkbox"/> Persona moral <input type="checkbox"/>		Ocupación o profesión		Empresa donde trabaja	
Actividad o giro		Ingreso anual		Relación con el solicitante titular	
Beneficiario Preferente		No. de Cliente		Habilitador	

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

COBRANZA		
TIPO DE MOVIMIENTO	FORMA DE PAGO	MONEDA
Cotización <input type="checkbox"/> Póliza Nueva <input type="checkbox"/>	Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/>	Pesos <input type="checkbox"/> Dólares <input type="checkbox"/>

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

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 S.A. entregue el comprobante de pago correspondiente.

DATOS DEL RIESGO ASEGURADO	
Nombre del Proyecto	Nombre de los Contratistas
Población o localidad	
Descripción de la Obra	
Experiencia del Contratista	Duración de la Obra

**Nota:** En caso de que el suscriptor lo requiera, se solicitará llenar un cuestionario para mayor información.

COBERTURAS		SUMA ASEGURADA**
<b>BÁSICA</b>		
Cobertura "A"*	AMPARADO <input checked="" type="checkbox"/>	\$
<b>ADICIONALES SIN AUMENTO DE SUMA ASEGURADA</b>		
Cobertura "B"*	AMPARADO <input type="checkbox"/>	
Cobertura "C"*	AMPARADO <input type="checkbox"/>	
Cobertura "D"*	AMPARADO <input type="checkbox"/>	
<b>BAJO CONVENIO EXPRESO</b>		
Cobertura "E"*	AMPARADO <input type="checkbox"/>	\$
Cobertura "F"*	AMPARADO <input type="checkbox"/>	\$
Cobertura "G"*	AMPARADO <input type="checkbox"/>	\$
Equipo y maquinaria de construcción*	AMPARADO <input type="checkbox"/>	\$

**Nota: En caso de no llenarse algún espacio, la cobertura se considerará excluida.**

#### \*COBERTURAS

##### Principal "A"

Este seguro cubre, según se menciona en la Caratula de la Póliza, los daños materiales que sufran los bienes asegurados por cualquier causa que no sea excluida expresamente a continuación y que no pudiera ser cubierta bajo las coberturas adicionales (B,C,D).

##### Cobertura "B"

Daños causados directamente por terremoto, temblor, maremoto y erupción volcánica.

##### Cobertura "C"

Daños causados directamente por ciclón, huracán, tempestad, vientos, inundación, desbordamiento y alza de nivel de aguas, enfangamiento, hundimiento o deslizamiento del terreno, derrumbes y desprendimiento de tierra o de rocas.

##### Cobertura "D"

Daños causados directamente por el contratista en el curso de la ejecución de las operaciones llevadas a cabo con el propósito de dar cumplimiento a sus obligaciones derivadas de la cláusula de mantenimiento del contrato de construcción.

##### Cobertura "E"

La responsabilidad civil extracontractual del Asegurado por daños materiales producidos a bienes de terceros que ocurran en conexión directa con la ejecución del contrato de construcción asegurado por esta Póliza y que hubieren acontecido dentro o en la vecindad inmediata del sitio del contrato durante el período del seguro.

##### Cobertura "F"

La responsabilidad civil extracontractual del Asegurado por lesiones corporales, incluyendo la muerte, producidas a personas que no estén al servicio del Asegurado o del dueño del negocio para quien se esté haciendo la construcción o de otros contratistas o sub contratistas que estén llevando a cabo trabajos en el sitio de construcción, ni a los miembros de familia del Asegurado o de las personas antes dichas.

##### Cobertura "G"

Los gastos por concepto de remoción de escombros que sean necesarios después de ocurrir un siniestro amparado bajo la presente Póliza.

##### Equipo y Maquinaria de construcción

Maquinaria de construcción, equipos y herramientas, máquinas e instalaciones auxiliares de toda clase, oficinas y bodegas provisionales, utilizados en la operación en el sitio de construcción, sean de propiedad del Asegurado o por los cuales sea legalmente responsable.

## RELACIÓN DE EQUIPO

NOMBRE O TIPO	MARCA	MODELO	NO. DE SERIE	CAPACIDAD	AÑO	SUMA ASEGURADA

**\*\*Nota:** La Suma Asegurada de cada equipo deberá corresponder al Valor de Reposición del mismo. Como Valor de Reposición se indicarán los costos actuales de reposición de la máquina por una nueva del mismo tipo y capacidad (incluido el aceite de transformadores e interruptores más fletes, derechos aduaneros, gastos de montaje).

## 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).

## IMPORTANTE

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](http://www.generaldeseguros.com.mx)

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.

Indicar el medio para la entrega de la documentación contractual \_\_\_\_\_  
(Llenar solo si es distinto al correo electrónico proporcionado)

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

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CONTRATANTE

## DECLARACIONES DEL 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 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 solo 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”**

**“El producto cuenta con exclusiones y limitantes, se le invita a consultar los alcances reales de las coberturas en la página [www.generaldeseguros.com](http://www.generaldeseguros.com)”**

#### **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 Patriotismo 266, colonia 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 puede contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en Insurgentes Sur 762, colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C. P. 03100, Ciudad de México. Centro de atención telefónica 55 5340 0999 y 800 9998 080 y/o al correo electrónico [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) o visite [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 29 de noviembre de 2019 con el número CNSF-S0009-0548-2019/CONDUSEF-004151-01.**