



SOLICITUD DE SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL PARA AGENTES DE SEGUROS Y FIANZAS

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 | |
| Calle | | | Número exterior | Número interior | Colonia | | |
| Población o localidad | | | Estado | Municipio o alcaldía | | Código postal | |
| Teléfono celular | | Teléfono fijo | | Correo electrónico | | | |
| Fecha de nacimiento/constitución | | Género | | Nacional | | | |
| D D M M A A A A | | Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | | | | | |

| COBRANZA | | | |
|---|--|------------------------|--|
| Moneda Pesos <input type="checkbox"/> Dólares <input type="checkbox"/> | | Forma de pago: Contado | Tipo de movimiento: Cotización <input type="checkbox"/> Póliza nueva <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.

| INFORMACIÓN | |
|--|--|
| Tipo de cédula | Volumen total de primas de seguro directo intermediado (MXN) |
| Comisiones brutas de seguro directo percibidas (MXN) | Otros ingresos |

| COBERTURA BÁSICA AMPARADA | |
|--|-----------------|
| Cobertura | Suma asegurada |
| <p>Este seguro ampara lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La responsabilidad por Daños directos al patrimonio del tercero. • La responsabilidad por pérdida o destrucción de documentos. • La responsabilidad por actos u omisiones de empleados o trabajadores. • Gastos de defensa. <p>* El alcance de la cobertura se describe en las condiciones generales del producto</p> | <p>\$ _____</p> |

Será responsabilidad de los propios Agentes solicitantes del seguro requerir la Suma Asegurada Mínima que la normativa vigente establezca en las Circulares emitidas por la CNSF en esta materia.

EJERCICIO PROFESIONAL**Socios**

| Nombre | Edad | Título profesional | Puesto en la empresa | Años de experiencia laboral |
|--------|------|--------------------|----------------------|-----------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

COMPAÑÍAS DE SEGURO

Por favor indique las compañías de seguro con las cuales colocaron más del 10% de su volumen total de primas de seguro directo intermediado en el año anterior:

| Compañía | Porcentaje |
|----------|------------|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |

SINIESTRALIDAD

Indique experiencia de siniestros o reclamaciones en los últimos 5 (cinco) años, detallando los daños causados, la causa y el monto reclamado y/o pagado:

| Año | Número total de siniestros | Monto total de siniestro ocurrido | Importe pagado (MXN) | Importe pendiente (MXN) | Finiquitado (Si/No) | Causa |
|-----|----------------------------|-----------------------------------|----------------------|-------------------------|---------------------|-------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Por favor informe sobre los siniestros mayores

Si alguna de las siguientes preguntas resulta positiva, agregue una hoja con información detallada

| | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Les ha sido rehusado seguro de R.C. Profesional? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Les han cancelado su póliza de R.C. Profesional? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Le han declinado su renovación? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Conocen alguna circunstancia de la cual pueda resultar una reclamación de R.C. profesional en contra la firma? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Tienen poderes para aceptar seguros por cuenta de una o varias compañías de seguro? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ¿Intermedias fianzas? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| De ser afirmativa la pregunta anterior, ¿Qué volumen intermedias? | | |

La información contenida en este cuestionario permitirá a la Compañía establecer la naturaleza de las operaciones del Solicitante, la extensión de la cobertura requerida y las reglas de procedimientos que aplicarán durante la vigencia de la propuesta. La firma de este cuestionario no obliga al Solicitante a realizar un contrato de seguro, sin embargo, constituirá parte del contrato de seguro en caso de llevarse a cabo, por tanto, cualquier alteración y/o variación de las protecciones, garantías, procedimientos y equipo en detrimento de la Compañía sólo pueden ser efectuadas con previo aviso a y aprobación de la Compañía.

Por la presente declaramos que todo lo expuesto por nosotros en el cuestionario está completo y concuerda con la verdad según nuestro leal saber y entender, y por la presente estamos de acuerdo con que este cuestionario constituya la base y forme parte de la póliza extendida en relación con el riesgo mencionado anteriormente.

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, S.A.**, 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, S.A.**, para en su caso, rescindir de pleno derecho el contrato, aunque ello no haya influido en la realización del siniestro (artículo 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

En caso de que esta solicitud sea aceptada, autorizamos a **General de Seguros, S.A.**, 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, S.A.**, 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, S.A.**, 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 **General de Seguros, S.A.**, todo lo cual conocemos, entendemos y aceptamos, sabedores de que podemos consultar dicha información adicionalmente en la página www.generaldeseguros.mx

DECLARACIÓN DEL AGENTE

Reconocemos haber tenido a disposición el Aviso de Privacidad Integral de **General de Seguros, S.A.**, 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 solicitante titular

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, S.A.**, y del propio Agente.

Nombre Completo del Agente: _____

Clave: _____

Firma

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 Patriotismo 266, colonia 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.

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 Patriotismo 266, colonia San Pedro de los Pinos, C. P. 03800, Ciudad de México y/o al correo electrónico atencionaclientes@gseguros.com.mx o visite 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 o visite 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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 04 de noviembre de 2022 con el número CNSF-S0009-0334-2022/CONDUSEF-005535-02.