



SOLICITUD DE ROTURA DE MAQUINARIA

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

| TIPO DE MOVIMIENTO | | FORMA DE PAGO | | MONEDA | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| Cotización <input type="checkbox"/> | Póliza Nueva <input type="checkbox"/> | Contado <input type="checkbox"/> | Trimestral <input type="checkbox"/> | Nacional <input type="checkbox"/> | Dólares <input type="checkbox"/> |
| | | Mensual <input type="checkbox"/> | Semestral <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 |
|------------------------|-------------------------------|------------------------|-------------------------------|

DATOS DEL CONTRATANTE

| | | | |
|-----------------------------|--------------------|------------------|--|
| Nombre (s) y/o Razón Social | Apellido paterno | Apellido materno | R.F.C. / CURP |
| Teléfono | Correo electrónico | | Persona Física <input type="checkbox"/> Persona Moral <input type="checkbox"/> |

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 |

DATOS DEL RIESGO ASEGURADO

RELACIÓN DE EQUIPO Y/O MAQUINARIA

| DESCRIPCIÓN | MARCA | MODELO | NO. DE SERIE | CAPACIDAD | AÑO | SUMA ASEGURADA* |
|-------------|-------|--------|--------------|-----------|-----|-----------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| COBERTURAS | | SUMA ASEGURADA* |
|--------------------|--|-----------------|
| BÁSICA | | |
| Daños Materiales** | AMPARADO <input checked="" type="checkbox"/> | \$ |

***Nota:** La Suma Asegurada de cada equipo debera 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).

**Los Daños materiales causados por:

- A. Impericia, descuido o sabotaje del personal del asegurado o de extraños.
- B. La acción, directa de la energía, eléctrica como resultado de cortos circuitos, arcos voltaicos, fallas de aislamiento, así como sobretensiones transitorias debidas a perturbaciones eléctricas, ya sea por causas naturales o artificiales.
- C. Errores en diseño, defectos en la construcción de la maquinaria, defectos de fundición y uso de materiales defectuosos.
- D. Defectos de mano de obra y montaje incorrecto.
- E. Rotura debida a fuerza centrífuga.
- F. Cuerpos extraños que se introduzcan en los bienes asegurados.
- G. Otros accidentes ocurridos en los bienes asegurados no excluidos específicamente por la póliza.

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.

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 |

"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: _____

Firma del Agente

Nombre y firma del solicitante

AVISO DE PRIVACIDAD

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.- FINALIDAD DEL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES

En General de Seguros S.A., nos comprometemos a proteger su privacidad durante el procesamiento de sus Datos Personales identificables y sensibles; por lo tanto, General de Seguros S.A., 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.

El objeto o fin de la obtención, uso y almacenamiento de sus Datos Personales, se desglosa de la siguiente manera:

- A. Para regular los derechos y obligaciones que surgen entre las partes por la celebración del Contrato de Seguro.
- B. Para la emisión y rehabilitación de sus pólizas de seguro, para que nuestro Asegurado, reciba la atención necesaria y requerida en caso de que sufra un siniestro, así como por cualquier evento o acontecimiento que sea materia del Seguro y;
- C. Para la promoción de productos y servicios que ofrece General de Seguros S.A., y sus filiales.
General de Seguros S.A., se obliga a guardar la confidencialidad de los Datos Personales del Titular y dicha obligación subsistirá aún después de finalizar sus relaciones con el Titular.

III.- LAS OPCIONES Y MEDIOS PARA LIMITAR EL USO O DIVULGACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES:

Usted como Titular de los Datos Personales, podrá limitar su uso o divulgación, manifestando su posición a través de nuestra página web www.generaldeseguros.mx, o a través de un escrito en formato libre dirigido al área responsable del manejo de los Datos Personales.

IV.- LOS MEDIOS PARA EJERCER LOS DERECHOS DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN U OPOSICIÓN:

El Titular o representante legal podrán solicitar a General de Seguros S.A., en cualquier momento, el acceso, la rectificación, la cancelación u oposición, respecto de los Datos Personales que le conciernen, para ello bastará que lo solicite por escrito en formato libre dirigido al área responsable del manejo de los Datos Personales, o bien, en la sección disponible a través de nuestra página web www.generaldeseguros.mx

Para el ejercicio de este derecho, usted como Titular de los Datos Personales, deberá identificar en su solicitud de acceso, rectificación, cancelación u omisión, los siguientes datos:

1. Nombre y Domicilio del Titular, o medio electrónico a donde pueda enviarse la respuesta a su solicitud.
2. La descripción clara y precisa de los Datos Personales de los que busca ejercer alguno de los derechos mencionados.
3. En el caso de las solicitudes de rectificación de sus Datos Personales, el Titular deberá de indicar el dato que es erróneo y la corrección que debe realizarse al respecto.

Los datos, documentos o registros que faciliten la localización de Datos Personales.

Así mismo, deberá adjuntar a su solicitud los documentos que acrediten la identidad o, en su caso, la representación legal del Titular de los Datos Personales, así como aquella que sustente su petición, los cuales deberán de ser presentados por cualquiera de los medios antes mencionados.

V.- TRANSPARENCIAS DE DATOS QUE SE EFECTÚEN.

Cuando General de Seguros S.A., pretenda transferir los Datos Personales a terceros nacionales o extranjeros, comunicará a éstos el contenido del presente aviso de privacidad y las finalidades a las que el Titular sujetó su tratamiento. Cuando la transferencia sea precisa para el mantenimiento o cumplimiento de un Contrato de Seguro celebrado entre el responsable y el Titular de los Datos Personales, no se requerirá el consentimiento del Titular.

VI.- EL PROCEDIMIENTO Y MEDIO POR EL CUAL EL RESPONSABLE COMUNICARÁ A LOS TITULARES DE CAMBIOS AL AVISO DE PRIVACIDAD.

Si se producen cambios en los Avisos de Privacidad, General de Seguros S.A., comunicará los cambios por los siguientes medios:

1. Por escrito en el domicilio que haya designado el Titular de los Datos Personales.
2. A través del correo electrónico que haya proporcionado el Titular.
3. Accediendo a la página web www.generaldeseguros.mx

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 seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 31 de Agosto de 1989 con el número C.N.B.S. Exp 732.5(S-6)/2 Oficio 43348/CONDUSEF-002097-01.