



SOLICITUD DE SEGURO DE ROBO CON VIOLENCIA Y ASALTO EN DOMICILIO

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"/>		Número de hijos
Género Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	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"/>	Nacional <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.

UBICACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO			
Calle	Número exterior	Número interior	Colonia
Población o localidad	Estado	Municipio o alcaldía	Código postal

MEDIDAS DE SEGURIDAD			
Protecciones Metálicas en puertas, ventanas etc. <input type="checkbox"/>	Círculo cerrado de Televisión con grabación <input type="checkbox"/>	Paredes y techos completos <input type="checkbox"/>	
Sensores de Movimiento <input type="checkbox"/>	Colindantes Fincados <input type="checkbox"/>	Vigilancia 24 hroas <input type="checkbox"/>	Alarma <input type="checkbox"/>

COBERTURAS		SUMA ASEGURADA
Robo con violencia	AMPARADO <input checked="" type="checkbox"/>	\$
BAJO CONVENIO EXPRESO		
Bienes inciso 2 (artículos artísticos, deportivos, electrónicos o difícil reposición, cuyo valor sea superior a 500 UMAS)	AMPARADO <input type="checkbox"/>	\$
Bienes inciso 3 (Joyas, Artículos o piezas de oro y plata, colecciones, relojes, pieles y piedras preciosas)	AMPARADO <input type="checkbox"/>	\$

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

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).

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

IMPORTANTE

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”

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 03 de diciembre de 2019 con el número CNSF-S0009-0558-2019/CONDUSEF-004152-01.