



SOLICITUD DE SEGURO CONTRA INCENDIO

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

Folio	Expedición	Cotización
Póliza Anterior	Póliza No.	

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre (s) o Razón Social y/o	R.F.C. con homoclave
Propietario <input type="checkbox"/> Arrendatario <input type="checkbox"/> Persona Física <input type="checkbox"/> Persona Moral <input type="checkbox"/>	

DOMICILIO FISCAL

Calle	Número exterior	Número interior	Colonia	
Población o localidad	Estado	Municipio o alcaldía	Código postal	Nacionalidad
Correo electrónico	Teléfono	Giro del Negocio Asegurado	Fecha de Constitución	

VIGENCIA

Desde las 12 horas del <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>	Hasta las 12 horas del <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>
--	--

COBRANZA

Moneda Pesos <input type="checkbox"/> Dólares <input type="checkbox"/>	Forma de pago: Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/>
---	---

COBERTURAS SOLICITADAS

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

SECCIÓN	ESPECIFICACIONES DE BIENES Y RIESGOS SOLICITADOS	SUMAS ASEGURADAS	
I	Incendio del Edificio <input type="checkbox"/> Incendio del Edificio (Todo Riesgo) <input type="checkbox"/>	Básica \$	Inflación \$
II	Incendio de los Contenidos	Básica \$	Inflación \$
II-A	Pérdidas consecuenciales con periodo de indemnización de:	\$	
	(MARCAR CUÁL DESEA) Meses <input type="checkbox"/> Ganancias Brutas <input type="checkbox"/> Pérdida de Utilidades <input type="checkbox"/> o bien el siguiente % del Beneficio Anual <input type="checkbox"/> Interrupción Actividades Comerciales <input type="checkbox"/> Pérdida de rentas <input type="checkbox"/> Gastos Extraordinarios <input type="checkbox"/>		
Dirección donde están los bienes amparados (Únicamente si es distinta al domicilio fiscal):		¿Se encuentra a más de 50km. de la costa? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

TIPO CONSTRUCTIVO DEL EDIFICIO QUE CONTIENE LOS BIENES ASEGURADOS

- Muros de:** Tabique, block, mampostería Madera Cristal Lámina metálica
Entrepisos de: Concreto armado Madera Otro (detallar): _____
Consta de: Número de Niveles _____ Sótano Planta baja Mezzanine Pisos altos
Techos de: Lámina galvanizada o de asbesto Concreto armado Madera

Y SE ENCUENTRA OCUPADO POR: _____

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

- Riesgos Adicionales de Incendio Huelgas y alborotos populares
 Riesgos Hidrometeorológicos Naves aéreas, vehículos y humo
 Terremoto y Erupción Volcánica Riesgos Hidrometeorológicos, Bienes por convenio (*)
 Explosión Coaseguro convenido

Remoción de Escombros con suma asegurada de: _____

Otros (especificar): _____ Cláusulas especiales al reverso.

Nota: (*) Sólo para Sección 1 y sujeto a proporcionar relación de bienes con suma seguridad respectivas.

TERREMOTO Y/O ERUPCIÓN VOLCÁNICA

Nota: Es obligatorio el llenado total de esta sección.

Longitud _____	Latitud _____	Tipo de suelo <input type="checkbox"/> Roca <input type="checkbox"/> Firme <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Desconocido			
Fecha de construcción	Día _____	Mes _____	Año _____		
Uso de Inmueble <input type="checkbox"/> Almacén <input type="checkbox"/> Hangar <input type="checkbox"/> Banco <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Biblioteca <input type="checkbox"/> Hotel <input type="checkbox"/> Central de Comunicaciones <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Central Eléctrica <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Centro Comercial <input type="checkbox"/> Librería <input type="checkbox"/> Comercio <input type="checkbox"/> Museo <input type="checkbox"/> Depósito de Sustancias Explosivas <input type="checkbox"/> Oficina Gubernamental <input type="checkbox"/> Depósito de Sustancias Inflamables <input type="checkbox"/> Oficina Privada <input type="checkbox"/> Depósito de Sustancias Tóxicas <input type="checkbox"/> Restaurante <input type="checkbox"/> Escuela <input type="checkbox"/> Servicios de Emergencia <input type="checkbox"/> Estacionamiento <input type="checkbox"/> Terminal de Transporte <input type="checkbox"/> Fábrica <input type="checkbox"/> Tienda de Departamentos <input type="checkbox"/> Funeraria <input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Otro		Techo (Tipo de Cubierta) <input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Pesada		Entrepisos <input type="checkbox"/> Corta <input type="checkbox"/> Mediana <input type="checkbox"/> Larga	
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		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 _____			

RIESGOS HIDROMETEOROLÓGICOS

Línea Frente al 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

Tipo de Domos

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

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**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 (Tablaroca, plástica, lámina)

- 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

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.

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 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.
- 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.

AVISO DE PRIVACIDAD

- 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 puedes 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:

() Seguro Contra Incendio Riesgos Nombrados, a partir del día 01 de Noviembre de 1996 con el número D-307/96/CONDUSEF-002092-01.

() Seguro Contra Incendio Todo Riesgo, a partir del día 10 de Abril de 2001 con el número DVA-S-140/2001/ CONDUSEF-003341-01.