

**SOLICITUD DE SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES ESCOLARES | EXPERIENCIA PROPIA**

Los suscritos proponentes solicitamos a **General de Seguros, S.A.**, celebrar un contrato de seguro sobre la vida de las personas cuyos datos y características se proporcionan, de acuerdo con las condiciones que se indican. **(Favor de llenar en su totalidad, sin tachaduras ni enmendaduras).**

Núm. de folio		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		
CURP					Calle		Número exterior		Número interior		
Colonia					Código postal		Teléfono				

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL										
Apellido paterno			Apellido materno			Nombre (s)			Correo electrónico	

CARACTERÍSTICAS DE LA COLECTIVIDAD ASEGURABLE										
Actividad o giro mercantil					Desde		Vigencia		Hasta	
					D		D		M	
					M		A		A	
					A		A		A	
Actividades preponderantes de los miembros de la Colectividad					Relación de los miembros de la Colectividad con el contratante					

¿El seguro garantizará prestaciones u obligaciones del Contratante? Si ☐ No ☐

Categorías para efectos del Seguro	No. De Integrantes Asegurables	Contribución de los miembros al pago de la prima	
I.		Si ☐	No ☐
II.		Si ☐	No ☐
III.		Si ☐	No ☐
BENEFICIOS		SUMA ASEGURADA	
Muerte Accidental (Básico)		DEDUCIBLE (%)	
Pérdidas Orgánicas			
Reembolso de Gastos Médicos			

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO									
Sistema de administración: Normal ☒ Autoadministrado ☐					Forma de pago: Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual ☐				

Propongo a General de Seguros S.A. la celebración de un contrato de Seguro de Accidentes Personales Colectivo de acuerdo a la información proporcionada anteriormente. Anexo a la presente como parte de la solicitud, los datos relativos a cada uno de los miembros de la colectividad para ser asegurados.

De interés para el Contratante. Se previene al contratante de que conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro debe declarar todos los hechos a que se refiere este cuestionario tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmarlo, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho importante para la apreciación del riesgo que se le pregunte, podría originar la pérdida del derecho del asegurado o del beneficiario, en su caso.

DOCUMENTOS ANEXOS

Si No

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| ☐ | ☐ | Cédula de Identificación Fiscal (R.F.C.) |
| ☐ | ☐ | Acta Constitutiva |
| ☐ | ☐ | Comprobante de Inscripción para la Firma Electrónica Avanzada |
| ☐ | ☐ | Identificación Oficial del Apoderado |
| ☐ | ☐ | Comprobante de Domicilio Vigente |
| ☐ | ☐ | Copia Certificada de Testimonio o Escritura en la que conste facultades del apoderado |

Declaro bajo protesta de decir la verdad que la contratación descrita en la presente solicitud se realiza por cuenta y con recursos propios, de conformidad con las Políticas en materia de identificación y conocimiento del Cliente, emitidas por **General de Seguros, S.A.**

Se previene al proponente que conforme a la Ley sobre el Contrato del Seguro, debe declarar todos los hechos importantes que se le pregunten para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal como los conozca o deba conocer en el momento de firmarla, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho que se le pregunte, podría originar la pérdida del derecho de los asegurados o del derecho de sus beneficiarios.

Enterado de lo que antecede y para efecto de esta solicitud de Seguro, autorizo, si fuera necesario, a que se presente un examen médico a los asegurados por cuenta de la Compañía, si ésta lo estima conveniente. Además autorizo a los médicos o personas que hayan asistido o examinado a los asegurados, a los hospitales o clínicas a los que hayan ingresado para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad y para el efecto relevo a las personas arriba mencionadas del secreto profesional en este caso, aceptando que se proporcione a la Compañía los datos mencionados.

Asimismo, autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado pólizas para que proporcionen a General de Seguros, S.A., de manera indubitable la información de su conocimiento, para la correcta evaluación de la solicitud y que a su vez General de Seguros, S.A., proporcione a cualquier otra empresa del ramo, la información que se derive de esta solicitud y de otra que sean de su conocimiento, a efecto de que pueda evaluar cualquier propuesta de contratación de seguro del ramo que le sea solicitada. Esta información puede ser requerida al momento de presentar la solicitud de seguro, en caso de fallecimiento, o en cualquier momento en que la Compañía lo considere oportuno.

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

De conformidad con el artículo 96, fracción I, de la Ley de Instituciones de Seguros y de 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.

Este documento solo 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.

Lugar y fecha: _____

Firma del contratante
(Representante Legal)

No. AGENTE	NOMBRE	PROMOTORÍA	PARTICIPACIÓN	Firma
1				
2				
Correo electrónico del Agente				

Firma del agente

Queda entendido y acordado con el Contratante que en caso de aceptación de riesgo por parte de General de Seguros, las Condiciones Generales y demás documentación contractual, exceptuando la Carátula de la Póliza, el Consentimiento y Certificado del Seguro Colectivo, nos sea entregada a través de correo electrónico indicado en este formato o en su defecto que nos sea entregado de manera personal.

Favor de indicar tipo de entrega:	Correo electrónico del contratante ☐	Manera personal ☐
--	---	--

En Cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, General de Seguros, S.A, hace de su conocimiento que tratará los datos personales IDENTIFICABLES Y SENSIBLES que Usted proporcione para la evaluación de su solicitud de Seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión del Contrato de Seguro, trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de Póliza de Seguro, prevención de fraudes y operaciones ilícitas, así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad establecido en el propio contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable.

Para mayor información ponemos a su disposición, nuestra página de internet www.generaldeseguros.mx en donde usted podrá consultar nuestro Aviso de Privacidad, así como los mecanismos para hacer valer sus derechos ARCO.

Autorizo expresamente recibir de General de Seguros, S.A., información y/o propaganda diversa directamente, vía electrónica o 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.

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 5270 8000 ext. 8883 y 8766** y/o en la dirección avenida Patriotismo No.266, colonia San Pedro de los Pinos, Código Postal 03800, Ciudad de México y/o al correo electrónico atencionclientes@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), Avenida Insurgentes Sur número 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México. Centro de atención telefónica 55 5340 0999 y 800 9998 080 asesoria@condusef.gob.mx 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 5 de octubre de 2010, con el número CNSF-S0009-0769-2010/CONDUSEF-002112-02; del día 30 de Marzo de 2015, con el número CGEN-S0009-0067-2015; del día 17 de Junio de 2016 con el número RESP-S0009-0167-2016 y a partir del día 14 de septiembre de 2020, con el número CGEN-S0009-0033-2020.