



**GENERAL  
DE SEGUROS**

**SEGUROS DE VIDA**

**Oficina Matriz**  
Patriotismo 266  
San Pedro de los Pinos  
03800|CDMX|Tel. 55 5270 8000



## SOLICITUD DE SEGURO VIDA INDIVIDUAL

Los suscritos proponentes solicitamos a General de Seguros, S.A. ("General de Seguros"), nos sea expedida una póliza del plan de vida, según corresponda, para lo cual enterados del Aviso de Privacidad de la aseguradora, otorgamos los siguientes datos (favor de llenar en su totalidad, sin tachaduras ni enmendaduras):

Fecha de solicitud

|                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                           |                                                                       |                      |                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------|
| Vigencia/Desde<br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Vigencia/Hasta<br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Renovación<br>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Número de retenedora | Número de empleado |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------|

### DATOS DEL SOLICITANTE

|                          |                  |                  |            |
|--------------------------|------------------|------------------|------------|
| Nombre(s) o razón social | Apellido paterno | Apellido materno | RFC o CURP |
|--------------------------|------------------|------------------|------------|

### Domicilio particular

|                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Calle                                                                                                                                             | Número exterior                                                                                                                                | Número interior                                                                                                                                                                                                             | Colonia                                                                                                                                    |
| Población o localidad                                                                                                                             | Estado                                                                                                                                         | Municipio o Alcaldía                                                                                                                                                                                                        | Código postal<br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                                       |
| Teléfono celular<br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Teléfono fijo<br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Nacimiento/Constitución<br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                                                                    | Lugar de nacimiento                                                                                                                        |
| Edad<br><input type="text"/>                                                                                                                      | Género<br>Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>                                                                 | Estado civil<br>Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/>                                    | Ingreso anual                                                                                                                              |
| Ocupación o profesión                                                                                                                             | Empresa donde trabaja                                                                                                                          | Lugar de trabajo<br>Oficina <input type="checkbox"/> Exterior <input type="checkbox"/><br>Comercio <input type="checkbox"/> Viajando <input type="checkbox"/><br>Fábrica <input type="checkbox"/> Otro <input type="text"/> | Tipo de actividad<br>Empresarial <input type="checkbox"/><br>Administrativa <input type="checkbox"/><br>Operativa <input type="checkbox"/> |
| Detallar ocupación actual                                                                                                                         |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                            |
| Si tiene otras ocupaciones, sírvase nombrarlas:                                                                                                   |                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                            |

### DATOS DEL CONTRATANTE (LLENAR SÓLO EN CASO DE SER DIFERENTE AL SOLICITANTE)

|                          |                             |                                                                                                   |                                                                                                      |
|--------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre(s) o razón social | Apellido paterno            | Apellido materno                                                                                  | RFC o CURP                                                                                           |
| Calle                    | Número exterior             | Número interior                                                                                   | Colonia                                                                                              |
| Población o localidad    | Estado                      | Municipio o Alcaldía                                                                              | Código postal<br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Teléfono celular         | Teléfono fijo con clavelada | Ocupación                                                                                         |                                                                                                      |
| Ingresos anuales         | Empresa donde trabaja       | Relación con el solicitante<br>Laboral <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> |                                                                                                      |

|                                                                                                                                                                                                                                               |                                       |                                                                                 |                                                                                                    |                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Plan<br><input type="checkbox"/> Temporal<br><input type="checkbox"/> Vitalicio<br><input type="checkbox"/> Dotal<br><input type="checkbox"/> Retiro<br><input type="checkbox"/> Educacional<br><input type="checkbox"/> Devolución de primas | Suma Asegurada<br>(por fallecimiento) | Moneda<br><input type="checkbox"/> Nacional<br><input type="checkbox"/> Dólares | Plazo<br>Edad alcanzada <input type="checkbox"/> Sí<br>De seguros _____ años<br>De pago _____ años | Porcentaje de<br>crecimiento (sólo<br>moneda nacional)<br><input type="checkbox"/> 5%<br><input type="checkbox"/> 10%<br><input type="checkbox"/> 20%<br><input type="checkbox"/> 30% |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Beneficio adicional dotal a corto plazo (aportación adicional) Sí ☐ No ☐  
Especificar número \_\_\_\_\_ y monto \_\_\_\_\_ mensual.

En caso de optar por el seguro de retiro, especificar si será deducible Sí ☐ No ☐

## BENEFICIOS ADICIONALES

|          |                                                         |                                                         |
|----------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| B.I.T.   | Exención de pago de primas invalidez total y permanente | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| E.G.     | Enfermedades graves                                     | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| M.A.     | Muerte accidental                                       | Suma Asegurada \$ _____                                 |
| D.I.     | Doble indemnización por accidente                       | Suma Asegurada \$ _____                                 |
| T.I.     | Triple indemnización por accidente                      | Suma Asegurada \$ _____                                 |
| B.P.A.I. | Pago adicional por invalidez total y permanente         | Suma Asegurada \$ _____                                 |

## COBRANZA

|                                  |                                      |                                     |                                                                                                                  |                                             |                                            |                                 |
|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------|
| Forma de pago                    |                                      |                                     | Medio de pago                                                                                                    |                                             |                                            |                                 |
| <input type="checkbox"/> Anual   | <input type="checkbox"/> Semestral   | <input type="checkbox"/> Trimestral | <input type="checkbox"/> Efectivo                                                                                | <input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito | <input type="checkbox"/> Tarjeta de débito | <input type="checkbox"/> Cheque |
| <input type="checkbox"/> Mensual | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |                                     | <input type="checkbox"/> Transferencia bancaria <input type="checkbox"/> Descuento por nómina, retenedora: _____ |                                             |                                            |                                 |

## DESIGNACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS

|           |                  |                  |            |                               |
|-----------|------------------|------------------|------------|-------------------------------|
| Nombre    | Apellido paterno | Apellido materno | Parentesco | Fecha de nacimiento           |
|           |                  |                  |            | D   D   M   M   A   A   A   A |
| Domicilio |                  |                  |            | Porcentaje                    |
| Nombre    | Apellido paterno | Apellido materno | Parentesco | Fecha de nacimiento           |
|           |                  |                  |            | D   D   M   M   A   A   A   A |
| Domicilio |                  |                  |            | Porcentaje                    |
| Nombre    | Apellido paterno | Apellido materno | Parentesco | Fecha de nacimiento           |
|           |                  |                  |            | D   D   M   M   A   A   A   A |
| Domicilio |                  |                  |            | Porcentaje                    |

La designación de beneficiarios se hace con carácter: ☐ Revocable ☐ Irrevocable

## AVISO IMPORTANTE: ADVERTENCIA PARA LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

## CUESTIONARIO HáBITOS Y DEPORTES

|                                                                                                                                                                        |                                                             |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                   |                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| ¿Fuma usted?                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Cigarro                            | ¿Qué cantidad?                                                                                                                          | Frecuencia                                                                                                                                                                                        | Si ha dejado de fumar, desde qué    |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Puro <input type="checkbox"/> Pipa | _____                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal<br><input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual                                                           | fecha D   D   M   M   A   A   A   A |
| ¿Alguna vez ha usado marihuana o cannabis, heroína, LSD, cocaína, anfetaminas o cualquier otro tipo de drogas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                                                             |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                   |                                     |
| a) En caso de que sea afirmativo; señalar fecha inicial, tipo de droga, frecuencia y última ocasión:<br>_____                                                          |                                                             |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                   |                                     |
| b) ¿Ha recibido tratamiento con relación al consumo de droga? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____                                            |                                                             |                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                   |                                     |
| ¿Toma usted bebidas alcohólicas?                                                                                                                                       | ¿Qué cantidad?                                              | Frecuencia                                                                                                                              | Si ha dejado de beber, desde qué                                                                                                                                                                  |                                     |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Clase _____                                                                                                    | _____                                                       | <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal<br><input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual | fecha D   D   M   M   A   A   A   A                                                                                                                                                               |                                     |
| ¿Practica algún deporte?                                                                                                                                               |                                                             |                                                                                                                                         | ¿Desea cubrir el riesgo?                                                                                                                                                                          |                                     |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuál? _____                                                                                                   |                                                             |                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Amateur <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                     |                                     |
| ¿Vuelas en líneas aéreas privadas?                                                                                                                                     |                                                             |                                                                                                                                         | ¿Desea cubrir el riesgo?                                                                                                                                                                          |                                     |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso de afirmación, especifica el rol en los viajes que realizas y si desea cubrir el riesgo                |                                                             |                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Piloto <input type="checkbox"/> Pasajero <input type="checkbox"/> Tripulante <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                                     |

## CUESTIONARIO PARA SEGURO SIN EXAMEN MÉDICO

|                                                                                                                                       |  |                                                                     |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------|--|
| 1. Estatura ____ . ____ m                                                                                                             |  | 2. Peso ____ kg.                                                    |  |
| 3. ¿Ha variado su peso en el último años?      Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Causa: _____ Número de kg ____ |  | Aumentó <input type="checkbox"/> Disminuyó <input type="checkbox"/> |  |
| 4. ¿Ha padecido durante los últimos 5 años alguna enfermedad que amerite hospitalización?                                             |  | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>             |  |
| 5. ¿Ha padecido durante los últimos 5 años alguna enfermedad que amerite tratamiento médico por más de 15 días?                       |  | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>             |  |
| 6. ¿Ha sufrido algún accidente o enfermedad cuyas consecuencias permanezcan en la actualidad?                                         |  | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>             |  |
| 7. ¿Padece actualmente alguna enfermedad o está sujeto a algún padecimiento médico?                                                   |  | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>             |  |
| 8. ¿Se le ha practicado alguna intervención quirúrgica?                                                                               |  | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>             |  |
| 9. ¿Ha padecido en los últimos 5 años alguna enfermedad venérea?                                                                      |  | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>             |  |
| 10. ¿Se ha practicado pruebas para detectar el SIDA? Resultado                                                                        |  | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>             |  |
| 11. ¿Ha recibido transfusión de sangre en los últimos 5 años?                                                                         |  | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>             |  |

## CUESTIONARIO ADICIONAL PARA MUJERES

|                                                                                                       |              |                                                         |                        |                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------------------------|
| 12. En caso de estar usted embarazada o que haya estado embarazada, ¿usted ha sido diagnosticada con? | Preeclampsia | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Hipertensión           | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                       | Eclampsia    | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Embarazo ectópico, etc | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                       | Diabetes     | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Otros: _____           |                                                         |
|                                                                                                       |              |                                                         |                        |                                                         |

En caso de respuesta afirmativa a algunas preguntas anteriores, proporcione la siguiente información:

| Pregunta no. | Padecimiento | Fecha de inicio de padecimiento | Tratamiento | Estado actual |
|--------------|--------------|---------------------------------|-------------|---------------|
|              |              |                                 |             |               |
|              |              |                                 |             |               |
|              |              |                                 |             |               |
|              |              |                                 |             |               |

## SEGURO(S) DE VIDA EN VIGOR

¿Cuenta con otro seguro de vida en vigor?    Sí ☐    No ☐

En caso de respuesta afirmativa, favor de contestar la siguiente información:

| Nombre de la compañía | Número de póliza | Fecha de emisión | Suma Asegurada | Moneda |
|-----------------------|------------------|------------------|----------------|--------|
|                       |                  |                  |                |        |
|                       |                  |                  |                |        |

Otros seguros de vida (esta información no faculta a la Compañía para rescindir el contrato en los términos del artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro)

## REFERENCIAS PERSONALES

| Nombre | Domicilio | Teléfono con clave lada |
|--------|-----------|-------------------------|
|        |           |                         |
|        |           |                         |

## DOCUMENTOS ANEXOS

- |                                                                       |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Identificación oficial                       | <input type="checkbox"/> Comprobante de inscripción para firma electrónica avanzada |
| <input type="checkbox"/> Comprobante de domicilio vigente             | <input type="checkbox"/> Constancia única de registro de población (CURP)           |
| <input type="checkbox"/> Documento que acredite su calidad migratoria | <input type="checkbox"/> Cédula de identificación fiscal (RFC)                      |

## IMPORTANTE

Declaro bajo protesta de decir la verdad que la contratación descrita en la presente solicitud se realiza por cuenta y con recursos propios únicamente en beneficio del Contratante descrito en este documento 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 del Asegurado o del derecho de sus beneficiarios.

Enterado de lo que antecede y para efecto de esta solicitud de Seguro, declaro estar dispuesto, si fuera necesario, a presentar un examen médico por cuenta de la Compañía, si ésta lo estima conveniente. Además autorizo a los médicos o personas que me hayan asistido o examinado, a los hospitales o clínicas a los que haya 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 mi 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 por mi persona. Esta información puede ser requerida al momento de presentar mi solicitud de seguro, en caso de fallecimiento, o en cualquier momento en que la Compañía lo considere oportuno.

**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.**

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](http://www.generaldeseguros.mx).

### INFORME COMPLEMENTARIO DEL AGENTE

|                                                                                                                 |                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1. ¿Desde cuándo conoce usted al solicitante?                                                                   |                                                         |
| 2. ¿Si lo conoció recientemente, indique cómo verificó su identidad? ¿Presencial o digital/biométricos?         |                                                         |
| 3. ¿Está seguro de que el cliente completó, requisitó o llenó su solicitud?                                     | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Recomienda usted a su cliente, tanto por su aspecto saludable, hábitos, como por su moralidad y reputación? | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Presenta su cliente algún defecto físico?                                                                   | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Sabe si su cliente tiene alguna enfermedad grave?                                                           | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Sabe si su cliente está solicitando este seguro para cancelar alguna otra póliza expedida?                  | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Sabe usted de algún riesgo especial por motivo de su ocupación, afición o actividades de aviación?          | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

**En caso de respuestas negativas a las preguntas 3 y 4, o afirmativas a las preguntas 5, 6, 7, y 8 indique las causas:**

| Pregunta no. | Causa |
|--------------|-------|
|              |       |
|              |       |
|              |       |

## AGENTE

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.

### DATOS DEL AGENTE

| Nombre | Oficina o sucursal | Clave | % participación | Promotoría |
|--------|--------------------|-------|-----------------|------------|
|        |                    |       |                 |            |
|        |                    |       |                 |            |

Comisión: ☐ Nivelada ☐ Tradicional

Firma del Agente: \_\_\_\_\_

### OBSERVACIONES

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

## IMPORTANTE

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.

La compañía brinda a todos sus usuarios, igual trato en la atención o contratación de productos, sin importar género, raza, políticas, etnia, discapacidad física, preferencias sexuales, creencias religiosas, edad, condición social o de salud, opiniones, estado civil, salvo por causas que afecten la seguridad del personal de la compañía, sus clientes o instalaciones o bien por causas previstas en la normativa aplicable, respecto la suscripción del producto.

Autorizo expresamente recibir de **General de Seguros**, 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 5278 8883, 55 5278 8806 y del interior de la república marque 800 2254 339 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](mailto:atencionclientes@gseguros.com.mx), o visite [www.generaldeseguros.mx](http://www.generaldeseguros.mx)

En caso de siniestro, llamar a los teléfonos: 55 5270 8000 en Ciudad de México y su área metropolitana o al 800 22 4339 desde el interior de la República.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma del contratante

En caso de minoría de edad del solicitante, el padre o tutor deberá firmar como solicitante.

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 6 de junio de 2005, con el número CNSF-S0009-0163-2005/CONDUSEF-001207-02; a partir del día 11 de junio de 2009, con el número PPAQ-S0009-0006-2009/CONDUSEF-001144-03; a partir del día 21 de septiembre de 2010, con el número CNSF-S0009-0681-2010/CONDUSEF-001341-01; a partir del día 16 de octubre de 2020, con el número CNSF-S0009-0043-2020/CONDUSEF-001300-06; a partir del día 29 de enero de 2004, con el número CNSF-S0009-0839-2003/CONDUSEF-001763-01; a partir del día 1 de marzo de 2013, con el número BADI-S0009-0066-2012; a partir del día 30 de marzo de 2016, con el número CGEN-S0009-0032-2016 y a partir del día 17 de junio de 2016, con el número RESP-S0009-0169-2016.