


SOLICITUD SEGURO BÁSICO ESTANDARIZADO DE VIDA INDIVIDUAL

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**).

										Fecha de solicitud		D	D	M	M	A	A	A	A
DATOS DEL SOLICITANTE																			
Nombre(s)						Apellido paterno						Apellido materno							
Fecha de nacimiento				Género		Edad		Estado Civil											
D	D	M	M	A	A	A	A												
Soltero ☐						Casado ☐						Viudo ☐ Divorciado ☐ Unión libre ☐							
Nacionalidad						Ciudad y estado de nacimiento						En caso de ser mujer: ¿Está embarazada? Sí ☐ No ☐							

DATOS LABORALES																	
Nombre de la empresa donde trabaja						RFC						CURP					
Profesión u ocupación principal						Nombre de su puesto y en qué consisten sus labores						Giro de la empresa					
Domicilio del lugar del trabajo																	
Alguna otra ocupación						Describa en qué consisten sus labores						Empresa en que desempeña sus labores					

DOMICILIO PARTICULAR																			
Calle				Número exterior				Número interior				Colonia				Código Postal			
Ciudad o Población						Municipio o Alcaldía						Estado							
Teléfono celular						Teléfono fijo						Correo electrónico							

DATOS DEL CONTRANTE (En caso de ser diferente al Solicitante)																	
Nombre y/o Razón Social																	
Nombre(s)						Apellido paterno						Apellido materno					
Relación con el solicitante						RFC						CURP					
Nacionalidad						Género		Correo electrónico						Teléfono particular			

DOMICILIO PARTICULAR																			
Calle				Número exterior				Número interior				Colonia				Código Postal			
Ciudad o Población						Municipio o Alcaldía						Estado							

DATOS DEL PLAN

Nombre del plan	Suma Asegurada (Moneda Nacional): elegir sólo una opción	Forma de pago
Temporal a 5 años Renovable	\$ 100,000 ☐ \$ 200,000 ☐ \$ 300,000 ☐	ANUAL

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Advertencias: 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 debe 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.

Nombre(s) de(los) Beneficiario(s)	Parentesco (para efectos de identificación)	Participación % de la Suma Asegurada

OTROS SEGUROS DE VIDA

¿Está solicitando o ha solicitado un seguro de vida en otra(s) compañía(s) o más que sean voluntarios?

Sí ☐No ☐

SEGUROS EXPEDIDOS (EN VIGOR O CANCELADOS)

Compañía	Suma Asegurada	Moneda	Plan	Estado actual

¿Le han rechazado, limitado o extraprimado alguna solicitud?

Sí ☐No ☐

En caso afirmativo, ¿por qué motivo?

Peso _____ kg. Estatura _____ cm.

CUESTIONARIO MÉDICO

Fuma Sí ☐No ☐	Peso _____ kg.	Estatura _____ cm.
--	----------------	--------------------

¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?

1. Diabetes.

2. Enfisema pulmonar, bronquitis crónica o asma.

3. Cáncer, tumores malignos, leucemia o lupus.

4. Cirrosis hepática, hepatitis C o insuficiencia hepática.

5. Enfermedades cardíacas, infarto, isquemia, arritmia, hipertensión arterial o intervenciones quirúrgicas del corazón.

6. Insuficiencia renal o pancreatitis.

7. Aneurisma, embolia, trombosis, derrame cerebral.

8. VIH, sida o seropositivo al VIH.

Sí ☐No ☐

Sí ☐No ☐

Sí ☐No ☐

Sí ☐No ☐

Sí ☐No ☐

Sí ☐No ☐

Sí ☐No ☐

Sí ☐No ☐

En caso de responder afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores, especifique:

AUTORIZACIÓN

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.

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.

Con la presente autorización relevo de cualquier responsabilidad derivada del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información requerida, así mismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguros para que proporcionen a General de Seguros, S. A. la información de su conocimiento y que a su vez General de Seguros, S. A. proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador la información que requiera y que se derive de este documento y de otros que sean de su conocimiento.

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 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 caso de siniestro, llamar a los teléfonos: 5270 8000 en Ciudad de México y su área metropolitana o al 800 225 4339 desde el interior de la República.

Lugar y fecha: _____

Firma del Contratante

Firma del Solicitante

Nombre completo del Promotor				Porcentaje	Clave
Nombre del Agente	Clave	Oficina de envío	No. de promotoría	Participación	Firma del Agente

DOCUMENTOS ANEXOS	
☐ Identificación Oficial	☐ Comprobante de inscripción para firma electrónica avanzada
☐ Comprobante de domicilio vigente	☐ Constancia Única de Registro de Población (CURP)
☐ Documento que acredite su calidad migratoria	☐ Cédula de Identificación Fiscal (RFC)

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.

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.

¿Le consta que el cliente llenó y firmó esta solicitud?	Sí ☐	No ☐
---	-----------------------------	-----------------------------

Correo electrónico del agente _____	_____ Firma del Agente
-------------------------------------	------------------------

OBSERVACIONES

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 25 de agosto de 2009 con el número CNSF-S0009-0379-2009, del día 30 de marzo de 2015 con el número CGEN-S0009-0063-2015, 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/CONDUSEF-002343-01.