



## SOLICITUD VIDA FAMILIAR POR CÁNCER/CÁNCER PLATINO

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

### DATOS DEL SOLICITANTE

|                                                                                                                                                                          |  |           |  |                                                                                                                                                                                                                   |  |                  |  |        |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------|--|--------|--|
| Contratante:                                                                                                                                                             |  |           |  |                                                                                                                                                                                                                   |  |                  |  |        |  |
| Nombre del Asegurado:                                                                                                                                                    |  | Nombre(s) |  | Apellido paterno                                                                                                                                                                                                  |  | Apellido materno |  |        |  |
| RFC                                                                                                                                                                      |  | CURP      |  | Fecha de nacimiento                                                                                                                                                                                               |  | Edad             |  | Género |  |
|                                                                                                                                                                          |  |           |  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |  |                  |  |        |  |
| Estado civil                                                                                                                                                             |  |           |  | Lugar de nacimiento                                                                                                                                                                                               |  | Ocupación actual |  |        |  |
| Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> |  |           |  |                                                                                                                                                                                                                   |  |                  |  |        |  |

### Domicilio

|                      |  |                    |  |                 |  |                    |  |               |  |
|----------------------|--|--------------------|--|-----------------|--|--------------------|--|---------------|--|
| Calle                |  | Número exterior    |  | Número interior |  | Colonia            |  |               |  |
| Municipio o Alcaldía |  | Ciudad o Población |  |                 |  | Estado             |  | Código postal |  |
| Teléfono celular     |  | Teléfono fijo      |  |                 |  | Correo electrónico |  |               |  |

### COBERTURAS POR FALLECIMIENTO POR CÁNCER Y DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

|           |                                     |                                                       |                          |
|-----------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------|
| Esquema 1 | Familiar                            | (Titular, cónyuge o concubina o concubinario e hijos) | <input type="checkbox"/> |
| Esquema 2 | Cónyuges o concubina o concubinario | (Titular, cónyuge o concubina o concubinario)         | <input type="checkbox"/> |
| Esquema 3 | Titular e hijos                     | (Titular e hijos)                                     | <input type="checkbox"/> |
| Esquema 4 | Individual                          | (Titular)                                             | <input type="checkbox"/> |

### ASEGURADOS DEPENDIENTES

| Dependientes                       | Apellido paterno | Apellido materno | Nombres | Fecha de nacimiento o edad | Género |
|------------------------------------|------------------|------------------|---------|----------------------------|--------|
| Cónyuge o concubina o concubinario |                  |                  |         |                            |        |
| Hijos (1):                         |                  |                  |         |                            |        |
| Hijos (2):                         |                  |                  |         |                            |        |
| Hijos (3):                         |                  |                  |         |                            |        |
| Hijos (4):                         |                  |                  |         |                            |        |

### ANTECEDENTES DE SALUD

|                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                            |                                    |                                                         |              |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------|-----------|
| ¿El titular, cónyuge e hijos padecen alguna enfermedad grave, crónica o en los últimos 12 meses han estado bajo tratamiento médico?                                                                                                                                                  | Sí <input type="checkbox"/><br>No <input type="checkbox"/> | Asegurado                          | Fuma                                                    | Estatura (m) | Peso (kg) |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                            | Titular                            | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |              |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                            | Cónyuge o concubina o concubinario | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |              |           |
| En caso afirmativo, indicar qué persona: Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo (1) <input type="checkbox"/> Hijo (2) <input type="checkbox"/> Hijo (3) <input type="checkbox"/> Hijo (4) <input type="checkbox"/> Hijo (5) <input type="checkbox"/> |                                                            |                                    |                                                         |              |           |

Detallar la información sobre enfermedades y/o tratamientos médicos (Si requiere de mayor espacio continúe a reverso de la hoja)

## DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO TITULAR

| Nombre | Parentesco | % |
|--------|------------|---|
|        |            |   |
|        |            |   |
|        |            |   |
|        |            |   |

## 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 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 solo 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.

De interés para las personas que llenen esta solicitud (debe leerlo antes de firmarlo) se previene a las personas que conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, deben declarar todos los hechos que se refiere esta solicitud tal y como los conozcan o deban conocer en el momento de firmarla; en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho importante que se les pregunte, podría originar la pérdida del derecho de los Asegurados o de los beneficiarios en su caso.

## FORMA DE PAGO DE PRIMA

☐ Anual      ☐ Semestral      ☐ Trimestral      ☐ Mensual      Otra: \_\_\_\_\_

## MEDIOS DE PAGO DE PRIMA

☐ Efectivo      ☐ Tarjeta de crédito o débito      ☐ Cheque      ☐ Transferencia bancaria      ☐ Descuento por nómina

## 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)                      |

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 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.

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).

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 |        |                      |                 |                |
|------------------|--------|----------------------|-----------------|----------------|
| Clave            | Nombre | Sucursal y/o oficina | % participación | Promotoría no. |
|                  |        |                      |                 |                |
|                  |        |                      |                 |                |

Correo electrónico del Agente: \_\_\_\_\_

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

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](http://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, 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.

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](mailto:atencionclientes@gseguros.com.mx); o visite [www.generaldeseguros.mx](http://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: \_\_\_\_\_

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 23 de junio de 2009 con el número CNSF-S0009-0122-2009 / CONDUSEF-001454-02, del día 18 de enero de 2010 con el número CNSF-S0009-0098-2010 / CONDUSEF-001456-02, del día 30 de marzo de 2015 con el número CGEN-S0009-0063-2015, y a partir del día 17 de junio de 2016 con el número RESP-S0009-0169-2016.