GENERAL DE SEGUROS

SEGUROS DE DAÑOS

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

SOLICITUD DE PROTECCIÓN DE VICIOS OCULTOS INFONAVIT

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	D D M M A A A A

DATOS DEL CONTRATANTE / SOLICITANTE

Nombre(s) o razón social	Apellido paterno	Apellido materno	No. cliente

RFC	Teléfono celular	Teléfono fijo	Nacionalidad

Correo electrónico	Calle	Número exterior	Número interior

Colonia	Estado	Ciudad o Población

Municipio o Alcaldía	Código postal

TIPO DE MOVIMIENTO

Póliza nueva ☐	Renovación de póliza ☐	No.

VIGENCIA

Desde las 12 horas del	D D M M A A A A	Hasta las 12 horas del	D D M M A A A A

COBRANZA

Moneda	Forma de pago
Pesos ☐ Dólares ☐	Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☐

El estado de cuenta, recibo, folio o número de confirmación de la transacción en donde aparezca dicho cargo, hará prueba plena del pago hasta que General de Seguros entregue el comprobante de pago correspondiente.

DATOS GENERALES DE LOS BIENES A ASEGURAR

¿Utilizan consultores especialistas independientes? ¿De qué tipo?
Solicitar a los responsables extremos algún tipo de seguro o garantía (especificar)
¿La Empresa constructora y/o desarrolladora tiene personal de obra propio y especializado?
¿La supervisión y avances de la obra se realiza por la propia empresa y personal especializado?
Nombre de la empresa de supervisión (si aplica)
Planos arquitectónicos (incluir descripción de materiales)
Planos estructurales y memoria de cálculo estructural
Planos de instalaciones y memorias de cálculo aplicables
Estudio de mecánica de suelos (de ser aplicable)
Cronograma de obras (fecha de inicio y término de edificación)
Otra Información

ORIGEN DE LOS RECURSOS CON LOS QUE PAGARÁ LA PRIMA DE SU PÓLIZA

Fideicomiso ☐	Ahorro ☐	Sueldo ☐	Herencia ☐	Inversión ☐	Comisión ☐
Venta de bienes, muebles e inmuebles ☐	Pensión ☐	Bono ☐	Prima ☐	Honorarios ☐	Aguinaldo ☐
Recursos gubernamentales ☐	Comercio, especificar		Otro, especificar		

INFORMACIÓN DEL RIESGO Y ANTECEDENTES

Contratos realizados en los últimos 3 años:	Monto del (los) Contrato(s) efectuados en:	Periodos de desarrollo:

INFORMACIÓN DEL RIESGO Y ANTECEDENTES (continúa):

Nombre del (los) proyecto(s):
Descripción / Especificar:
Descripción de la Obra y los trabajos a realizar (Anexar cronograma de Obra):
Ubicación(es):
Valor del (los) contrato(s):
Fecha de inicio de obra:
Fecha de terminación de obra:

EXPERIENCIA PROFESIONAL:

Concepto / Cifras:	Acabados y terminados, impermeabilización	Acabados y terminados, impermeabilización	Daños en instalaciones fijas (hidrosanitarias, electricidad, gas, etc.)	Otro especificar
Año: No. de siniestros: Monto de reclamo:				
Año: No. de siniestros: Monto de reclamo:				
Año: No. de siniestros: Monto de reclamo:				

Año: No. de Siniestros: Monto de reclamo:				
Año: No. de Siniestros: Monto de reclamo:				

Autorizo me sea enviada la póliza por medios electrónicos Sí ☐ No ☐

Correo electrónico: _____

Lugar y fecha: _____

_____ _____

Nombre y firma del Agente Nombre y firma del Solicitante

IMPORTANTE

Esta solicitud de seguro no otorga cobertura alguna al prospecto ni a sus bienes, sino hasta que éste manifieste su conformidad y aceptación por escrito a nuestra propuesta de aseguramiento, tanto de la parte económica como de las condiciones de aseguramiento, y dicha solicitud será recibida y sellada por parte de la Compañía.

Adicionalmente, el Asegurado declara que todo lo informado y contenido en esta solicitud-cuestionario, concuerda con la verdad y está de acuerdo en que forme parte integrante de la póliza expedida para el riesgo descrito en la presente página. Queda estipulado que la compañía sólo será responsable en los términos de la póliza, por lo que el Asegurado no pretenderá reclamación alguna fuera de dichos términos.

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.

"Es necesario hacer de su conocimiento que la falta de pago de la prima dentro del plazo que se convenga al momento de la celebración del contrato de seguro, traerá como consecuencia la cesación de los efectos de este conforme a lo dispuesto en el Artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro:

IMPORTANTE

ARTÍCULO 40.- Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento. Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley.

Nombre: _____

Lugar y fecha: _____

_____

Nombre y firma del solicitante

DECLARACIÓN 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.

DECLARACIÓN 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.

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.**

Nombre completo del Agente: _____

Clave: _____

_____

Firma

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.

AVISO DE PRIVACIDAD 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 para la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, para combatir el lavado de dinero y terrorismo.
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 del Solicitante: _____ _____

Firma

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 800 999 8080, 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 30 de septiembre de 2026 con el número CNSF-S0009-0415-2026/CONDUSEF-007407-01.