

INICIO		
DÍA	MES	AÑO
FIN		
DÍA	MES	AÑO

SOLICITUD DE SEGURO DE AUTOMÓVILES Y PICK UP'S

DATOS DEL CLIENTE

Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno o Razón Social			Fecha de Constitución de la Empresa o Fecha de Nacimiento			Número de Cliente		
Nombre(s), Apellido Paterno, Apellido Materno del Apoderado			R.F.C.			Correo Electrónico		
Domicilio (Calle y Número Exterior e Interior)						Teléfono		
Colonia		Código Postal		Localidad o Municipio		Estado		

DATOS DEL VEHÍCULO

Clave AMIS		Descripción del Vehículo					Modelo	
Transmisión		Número de Ocupantes		Servicio		Uso		
Estándar <input type="checkbox"/> Automático <input type="checkbox"/>				Particular <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/>				
Número de Serie				Número de Motor		Placas		
Forma de Pago				Tipo				
Contado <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>				Residente <input type="checkbox"/> Fronterizo <input type="checkbox"/> Legalizado <input type="checkbox"/>				
¿El Vehículo puede ser conducido por una persona menor a 30 años?						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

PAQUETES

 Prestigio * Confort Amplia Confort Limitada Confort Básica

Esquema de Indemnización	Valor Convenido <input type="checkbox"/>	Valor Factura ¹ <input type="checkbox"/>	SUMA ASEGURADA	Valor Comercial <input type="checkbox"/>
--------------------------	--	---	----------------	--

DETALLE DE COBERTURAS

Daños Materiales Pérdida Parcial ²	<input type="checkbox"/> DEDUCIBLE	Protección Daños Materiales Plus ⁶	<input type="checkbox"/>
Daños Materiales Pérdida Total ²	<input type="checkbox"/> DEDUCIBLE	Cero Deducible Daños Materiales Pérdida Total Daños al Vehículo por Tercero sin Seguro	<input type="checkbox"/>
Robo Total ³	<input type="checkbox"/> DEDUCIBLE	Protección Robo Plus ⁷	<input type="checkbox"/>
Responsabilidad Civil por Daños a Terceros (L.U.C.) ⁴	<input type="checkbox"/> SUMA ASEGURADA	Cero Deducible Robo Total Protección GS Asalto Protección GS Objetos Personales Robo Parcial	<input type="checkbox"/>
Responsabilidad Civil por Fallecimiento	<input type="checkbox"/> SUMA ASEGURADA		<input type="checkbox"/>
Gastos Médicos	<input type="checkbox"/> SUMA ASEGURADA	Protección Responsabilidad Civil Plus	<input type="checkbox"/>
Adaptaciones y Conversiones ⁵	<input type="checkbox"/> SUMA ASEGURADA	Protección GS Extensión de Responsabilidad Civil Responsabilidad Civil por Daños a Ocupantes Personas	<input type="checkbox"/>
Equipo Especial ⁵	<input type="checkbox"/> SUMA ASEGURADA	Muerte Accidental al Conductor	<input type="checkbox"/>
Servicios de Asistencia		Extensión de Gastos Médicos para el Titular ⁸	<input type="checkbox"/>
GS Sigue: ⁹ 7 Días <input type="checkbox"/> 15 Días <input type="checkbox"/> 30 Días <input type="checkbox"/>		Vidauto <input type="checkbox"/> Reduce GS <input type="checkbox"/> RC Remolque <input type="checkbox"/>	
Asistencia Jurídica GS <input type="checkbox"/> AMPARADA	Asistencia Vial y en Viajes GS <input type="checkbox"/> AMPARADA	Asistencia en E.U.A. y Canadá GS <input type="checkbox"/>	

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.B., ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

DECLARACIONES DEL ASEGURADO

El Asegurado declara y afirma que todos los datos relativos a su nombre y dirección, descripción del bien asegurado son verídicos, y que solicita el seguro propuesto de acuerdo con las anotaciones y límites indicados en esta solicitud. Asimismo que, de conformidad con el Artículo 8 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, ha declarado todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que pueden influir en las condiciones convenidas.

ADVERTENCIA: La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes para la apreciación del riesgo, originan 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.

EN _____ EL DÍA _____ DE _____ DE _____ . FIRMA DEL ASEGURADO _____

DECLARACIONES DEL AGENTE

De conformidad con lo descrito en el Artículo 96 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, declaro haber informado al solicitante el alcance real de la cobertura y la forma de conservarla o darla por terminada, de manera amplia y detallada. Hago constar que inspeccioné el vehículo, mismo que se encuentra en condiciones asegurables.

NOMBRE COMPLETO _____ CLAVE DEL AGENTE _____ FIRMA DEL AGENTE _____

SOLICITUD COBERTURA VIDAUTO

C.U.R.P.:	ESTADO CIVIL:	EDAD:	SEXO: M F
LUGAR DE NACIMIENTO:	OCUPACIÓN ACTUAL:		

PREGUNTA MÉDICA

¿EL CONTRATANTE PADECE ALGUNA ENFERMEDAD GRAVE, CRÓNICA O EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES HA ESTADO BAJO TRATAMIENTO MÉDICO?

SI

NO

DETALLAR LA INFORMACIÓN SOBRE ENFERMEDADES Y/O TRATAMIENTOS MÉDICOS.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS DEL ASEGURADO

NOMBRE	PARENTESCO	%

ADVERTENCIA:

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 a 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.

ACLARACIONES

* El paquete Prestigio está disponible únicamente para Autos Residentes de Servicio Particular con antigüedad no mayor a 10 años y otorga un 10% adicional en los Esquemas de Indemnización de Valor Convenido o Valor Comercial.

¹ Disponible para Autos Residentes. En caso de contratar este esquema, deberá solicitarse y anexar copia de la Factura.

² Disponible en paquete Prestigio y Confort Amplia.

³ Disponible en paquete Prestigio, Confort Amplia y Confort Limitada.

⁴ L.U.C. = Límite Único y Combinado.

⁵ Disponible en paquete Prestigio, Confort Amplia y Confort Limitada. Los deducibles que aplican para esta Cobertura se especifican en las Condiciones Generales.

⁶ Protección Daños Materiales Plus sólo está disponible para los paquetes Prestigio y Confort Amplia en Autos Residentes. En Fronterizos y Legalizados se podrá contratar Cero Deducible Daños Materiales Pérdida Total y Daños al Vehículo por Tercero sin Seguro.

⁷ Protección Robo Plus sólo está disponible para los paquetes Prestigio y Confort Amplia en Autos Residentes. Si el Vehículo es de Servicio Comercial no se podrá contratar Protección Robo Total Plus. En Fronterizos y Legalizados se podrá contratar Cero Deducible Robo Total, Protección GS Asalto, Protección GS Objetos Personales excepto Robo Parcial.

⁸ Extensión de Gastos Médicos para el Titular sólo esta disponible para el paquete Prestigio en Autos Residentes.

⁹ Disponible en paquete Prestigio y Confort Amplia.

El Pago de la Prima puede realizarse en Sucursales Bancarias afiliadas, con Tarjetas Bancarias, Transferencia Electrónica o directamente en nuestras Oficinas y Sucursales.

El Seguro contratado tiene limitaciones y exclusiones que deberán ser consultadas en las Condiciones Generales de la Póliza o en www.generaldeseguros.mx

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.B. A los teléfonos 01(55) 5278.8883, 5278.8806 y del interior de la república marque 01800.2254.339 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; 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 los teléfonos 5340-0999 o lada sin costo 01800-999-8080, en el correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx y/o en la dirección Av. Insurgentes Sur 762, Col. del Valle, Delegación Benito Juárez, C.P. 03100, México, D.F. o en el portal www.condusef.gob.mx

Queda entendido y acordado con el Asegurado que en caso de aceptación del riesgo por parte de General de Seguros, S.A.B. (La Compañía), las Condiciones Generales y demás documentación contractual se entregarán de manera impresa. No obstante lo anterior el Asegurado puede descargar dicha información de la página www.generaldeseguros.mx

Autorizo expresamente recibir de General de Seguros, S.A.B., 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.B. Por lo que una vez que manifieste mi oposición, General de Seguros, S.A.B., quedara imposibilitada para utilizar mi información para los fines antes señalados.

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 21 de Noviembre de 2017, con el numero CNSF-S0009-0578-2017/CONDUSEF-002981-01, a partir del día 20 de Marzo de 2015, con los números CNSF-S0009-0152-2015/CONDUSEF-000730-01, CNSF-S0009-0153-2015/CONDUSEF-000707-01, CNSF-S0009-0521-2014/CONDUSEF-002005-01 y BADI-S0009-0014-2015. PPAQ-S0009-0042-2015/CONDUSEF-000759-01 de fecha 2 de Septiembre de 2015 y BADI-S0009-0070-2014 de fecha 23 de Septiembre de 2014.

EN _____ EL DÍA _____ DE _____ DE _____ .

FIRMA DEL ASEGURADO

AVISO SIMPLIFICADO

En General de Seguros, S.A.B., nos comprometemos a proteger su privacidad durante el procesamiento de sus datos personales identificables y sensibles; por lo 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.B., con domicilio en Avenida Patriotismo, Número 266, Colonia San Pedro de los Pinos, Código Postal 03800, Delegación 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 le 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 por 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.B., 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) y F)** son necesarias para la existencia, mantenimiento y cumplimiento de la relación jurídica entre Usted y General de Seguros, S.A.B.

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 personales 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.B., pone a su disposición el aviso de privacidad integral en la página WEB www.generaldeseguros.mx, de acceso sencillo, fácil y gratuito, pudiendo consultarlos las 24 horas del día, los 365 días del año.

NOMBRE DEL ASEGURADO

FIRMA DEL ASEGURADO