

SOLICITUD DE SEGURO DE CAMIONES

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		
			DÍA MES AÑO					
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		Placas		Servicio		Número de Motor		Uso
Estándar <input type="checkbox"/> Automático <input type="checkbox"/>								
Número de Serie				Capacidad (Toneladas)		Tipo de Carga / Descripción		
Forma de Pago					Tipo		Doble Remolque	
Contado <input type="checkbox"/>		Semestral <input type="checkbox"/>		Trimestral <input type="checkbox"/>		Mensual <input type="checkbox"/>		RESIDENTE
								Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

PAQUETES

 Confort

 Amplia

 Confort

 Limitada

 Confort

 Básica

 Esquema de Indemnización Valor Convenido Valor Factura ¹ **SUMA ASEGURADA** Valor Comercial
Detalle de Coberturas

Daños Materiales Pérdida Parcial ²		DEDUCIBLE		Responsabilidad Civil Ecológica		<input type="checkbox"/>	
Daños Materiales Pérdida Total ²		DEDUCIBLE		Responsabilidad Civil por Daños por la Carga		<input type="checkbox"/>	
Robo Total ³		DEDUCIBLE		Responsabilidad Civil por Maniobras de Carga y Descarga		<input type="checkbox"/>	
Responsabilidad Civil por Fallecimiento		<input type="checkbox"/> SUMA ASEGURADA		Responsabilidad Civil a Ocupantes		<input type="checkbox"/>	
Gastos Médicos		SUMA ASEGURADA		Muerte Accidental al Conductor		<input type="checkbox"/>	
Adaptaciones y Conversiones ⁴		SUMA ASEGURADA		Reduce GS		<input type="checkbox"/>	
Equipo Especial ⁴		SUMA ASEGURADA					
Responsabilidad Civil por Daños a Terceros (L.U.C.) ⁵		DEDUCIBLE		SUMA ASEGURADA			

Servicios de Asistencia

 Asistencia Jurídica GS **AMPARADA** Asistencia Vial en Viajes y Equipo Pesado

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 _____

ACLARACIONES

- ¹ En caso de contratar este esquema, deberá solicitarse y anexar copia de la factura.
- ² Disponible en paquete Confort Amplia con Esquema de Indemnización a Valor Convenido.
- ³ Disponible en Confort Amplia y Confort Limitada con Esquema de Indemnización a Valor Convenido.
- ⁴ Disponible en Confort Amplia y Confort Limitada. Los deducibles que aplican para esta Cobertura se especifican en las Condiciones Generales.
- ⁵ L.U.C. = Límite Único y Combinado. El deducible se debe establecer en días de salario mínimo. Las opciones pueden ser: 0, 25, 50, 75, 100, 125, 150, 175 y 200 días de salario mínimo.

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 www.generaldeseuros.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.generaldeseuros.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.generaldeseuros.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 20 de Marzo de 2015, con el número CNSF-S0009-0154-2015/CONDUSEF-000729-01, BADI-S0009-0015-2015 y BADI-S0009-0014-2015.

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, México, Distrito Federal.

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.com.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