

**HOGAR PROTEGIDO**
**NOMBRE DEL ASEGURADO Y/O RAZÓN SOCIAL**

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

R.F.C. / C.U.R.P.

TEL.

E-MAIL:

**DOMICILIO DEL ASEGURADO**

CALLE:

NO. EXT.

NO. INT.

COLONIA:

CIUDAD O POBLACIÓN:

MUNICIPIO O DELEGACIÓN:

ESTADO:

C.P.

**DOMICILIO DEL CONTRATANTE (En caso de ser distinto al Asegurado)**

CALLE:

NO. EXT.

NO. INT.

COLONIA:

CIUDAD O POBLACIÓN:

MUNICIPIO O DELEGACIÓN:

ESTADO:

C.P.

**TERMINOS DEL CONTRATO DE SEGUROS**

NÚMERO DE EMPLEADO:

RETENEDORA

CLAVE DE DESCUENTO:

VIGENCIA: DESDE LAS 12 HRS. DEL DIA MES AÑO HASTA LAS 12 HRS. DEL DIA MES AÑO

**DATOS DEL RIESGO**
**MARQUE EL PAQUETE DESEADO** 

SECCIÓN	COBERTURAS	PAQUETE 1		PAQUETE 2		PAQUETE 3		PAQUETE 4	
		PROPIETARIO <input type="checkbox"/>	ARRENDATARIO <input type="checkbox"/>	PROPIETARIO <input type="checkbox"/>	ARRENDATARIO <input type="checkbox"/>	PROPIETARIO <input type="checkbox"/>	ARRENDATARIO <input type="checkbox"/>	PROPIETARIO <input type="checkbox"/>	ARRENDATARIO <input type="checkbox"/>
I	INCENDIO EDIFICIO	\$500,000		\$1'000,000		\$1'500,000		\$2'000,000	
II	INCENDIO CONTENIDOS	\$250,000	\$250,000	\$500,000	\$500,000	\$750,000	\$750,000	\$1'000,000	\$1'000,000
III	A. RESPONSABILIDAD CIVIL FAMILIAR	\$500,000	\$500,000	\$1'000,000	\$1,000,000	\$1'500,000	\$1'500,000	\$2'000,000	\$2'000,000
	B. RESPONSABILIDAD CIVIL ARRENDATARIO		\$500,000		\$1,000,000		\$1'500,000		\$2'000,000
IV	ROBO Y/O ASALTO CON VIOLENCIA	\$50,000	\$50,000	\$100,000	\$100,000	\$150,000	\$150,000	\$200,000	\$200,000
V	DINERO Y VALORES	\$5,000	\$5,000	\$6,500	\$6,500	\$7,500	\$7,500	\$10,000	\$10,000
VI	ROTURA DE CRISTALES	\$5,000	\$5,000	\$10,000	\$10,000	\$15,000	\$15,000	\$20,000	\$20,000

NÚMERO DE PISOS DEL INMUEBLE:

EN CASO DE EDIFICIO, INDIQUE EL PISO DEL INMUEBLE:

¿SE ENCUENTRA A MENOS DE 500 M. DEL MAR, LAGO Ó LAGUNA?:

COBERTURA OPCIONAL EQUIPO ELECTRODOMÉSTICO \$ \_\_\_\_\_

**RIESGOS Y COBERTURAS ADICIONALES QUE DESEA AMPARAR PARA LAS SECCIONES I Y II**

<b>COBERTURA:</b> TERREMOTO Y/O ERUPCIÓN VOLCÁNICA: AMPARAR <input type="checkbox"/>	<b>MUROS:</b> CONCRETO <input type="checkbox"/> TABIQUE <input type="checkbox"/> OTRO:
<b>COBERTURA:</b> RIESGOS HIDROMETEOROLÓGICOS: AMPARAR <input type="checkbox"/>	<b>TRABES:</b> CONCRETO <input type="checkbox"/> ACERO <input type="checkbox"/> SIN TRABES <input type="checkbox"/>
<b>TIPO DE COLUMNAS:</b> CONCRETO <input type="checkbox"/> ACERO <input type="checkbox"/> SIN COLUMNAS <input type="checkbox"/>	<b>TECHO:</b> LIGERO <input type="checkbox"/> PESADO <input type="checkbox"/> OTRO:

**DATOS TERREMOTO Y/O ERUPCIÓN VOLCÁNICA**

 PRESENTA HUNDIMIENTOS  SI  NO DAÑOS PREVIOS  SI  NO SE ENCUENTRA EN ESQUINA  SI  NO PESO EXTRA AL PLANEADO  SI  NO

 FIGURA IRREGULAR DE LA BASE EL EDIFICIO  NULA  POCA  MUCHA FORMA DEL EDIFICIO IRREGULAR  NULA  POCA  MUCHA

 SEPARACIÓN ENTRE MUROS MENOR A 15 CM. CON EDIF. DE MENOR ALTURA:  CON EDIF. DE MAYOR ALTURA:  AÑO DE CONSTRUCCIÓN  
 CON EDIF. DE MAYOR Y MENOR ALTURA:  ESPACIO MAYOR A 15 CM.

**DATOS RIESGOS HIDROMETEOROLÓGICOS**

<b>El Entorno es:</b> CAMPO ABIERTO <input type="checkbox"/> BARRIO RESIDENCIAL <input type="checkbox"/> CENTRO DE LA CIUDAD <input type="checkbox"/> CONSTRUCCIONES DISPERSAS <input type="checkbox"/>	<b>Los Cristales son:</b> CHICOS <input type="checkbox"/> MEDIANOS <input type="checkbox"/> GRANDES <input type="checkbox"/> ¿ESPESOR GRUESO(>10mm)? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<b>Tipo de Domos:</b> NO TIENE <input type="checkbox"/> CHICOS <input type="checkbox"/> MEDIANOS <input type="checkbox"/> GRANDES <input type="checkbox"/>	<b>Soporte Ventanas:</b> ARTESANAL <input type="checkbox"/> GENÉRICO <input type="checkbox"/> ESPECÍFICO BASADO EN REGLAMENTO <input type="checkbox"/>	<b>*Objetos Cerca:</b> (postes, espectaculares, árboles, etc.) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <b>*Objetos en Azotea:</b> (antenas, espectaculares, tejas, etc.) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---	---	--	---	---

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 07 de Enero de 2015, con el número PPAQ-S0009-0062-2014/CONDUSEF-001251-01.

## CARGO A TARJETA DE CRÉDITO, TARJETA DE DÉBITO O CUENTA DE CHEQUES

### TIPO DE IDENTIFICACIÓN DEL TARJETAHABIENTE (EN CASO DE SOLICITAR CARGO AUTOMÁTICO)

IFE No. \_\_\_\_\_

PASAPORTE No. \_\_\_\_\_

### DATOS DE LA TARJETA DE CRÉDITO-DEBITO, O DE LA CUENTA DE CHEQUES

No. DE AFILIACIÓN: \_\_\_\_\_

**NOMBRE COMERCIAL:** GENERAL DE SEGUROS

No. DE AUTORIZACIÓN: \_\_\_\_\_

**PERIODICIDAD:**  QUINCENAL  MENSUAL

TARJETA DE CRÉDITO ó DEBITO No.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**TIPO DE TARJETA:**  DÉBITO  VISA  MASTERCARD

FECHA DE VENCIMIENTO: \_\_\_\_\_

**BANCO EMISOR DE LA CUENTA DE CHEQUES:**

CUENTA DE CHEQUES

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CLABE (18 DÍGITOS)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SUCURSAL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**RENOVACIÓN AUTOMÁTICA:**  SÍ  NO

**NOMBRE DEL TARJETAHABIENTE**

\_\_\_\_\_

Estoy enterado que General de Seguros, S.A.B. renovará año con año, en forma automática, mi póliza de seguro a fin de no quedar desprotegido, sin embargo el contrato podrá ser cancelado en cualquier momento, considerando que si quiero evitar cualquier pago de renovación, deberé solicitar dicha cancelación a General de Seguros, S.A.B. por escrito, antes de los 30 días siguientes al nuevo inicio de vigencia.

Asimismo, extiendo la presente autorización por el tiempo de vigencia de la póliza y de sus renovaciones con objeto de realizar los pagos de las primas iniciales, subsecuentes y de los ajustes adicionales.

Solicito y autorizo a Banco Nacional de México, S.A. integrante de Grupo Financiero Banamex o aquella institución afiliada a VISA o a MasterCard para que con base en el contrato de apertura de crédito en cuenta corriente según corresponda, que tengo celebrado y respecto del cual se me expidió la Tarjeta arriba citada o en su caso el número de tarjeta por reposición de la anterior, por robo o extravío de la misma me haya asignado el banco se sirvan pagar por mi cuenta a nombre de General de Seguros, S.A.B. los cargos por los conceptos, periodicidad y monto que se detallan en este documento.

El Negocio afiliado señalado en el rubro, se obliga y es responsable de cumplir con: I) La información correcta y oportuna de los cargos del Tarjetahabiente, II) De la calidad y entrega de los productos y servicios ofrecidos, liberando a Banco Nacional de México, S.A. integrante de Grupo Financiero Banamex o cualquier institución afiliada a VISA o MasterCard por toda reclamación que genere por parte del Tarjetahabiente.

El Tarjetahabiente podrá revocar la Carta de Autorización mediante un comunicado por escrito con quince días naturales de anticipación que recibirá el Negocio Afiliado, el cual anotará la fecha de su recepción con la firma y nombre de quien recibe por el Negocio Afiliado. En este caso el Negocio Afiliado deberá informar al Tarjetahabiente la fecha en que dejará de surtir efecto la presente carta de autorización.

**FIRMA DEL TARJETAHABIENTE**

El Tarjetahabiente está de acuerdo con los términos y condiciones que se establecen en este medio de cobro de la prima, firmando de conformidad.

**FIRMA DEL AGENTE**

El Agente da fe de la veracidad de los datos proporcionados por el Asegurado y que se han incluido en este documento.

**ESTE TÍTULO ES NEGOCIABLE ÚNICAMENTE CON INSTITUCIONES DE CRÉDITO**

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](http://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., quedará imposibilitada para utilizar mi información para los fines antes señalados.

LUGAR Y FECHA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE

\_\_\_\_\_  
FIRMA

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 (0155) 5278.8883, 5278.8806 y del interior de la República marque 01800.2254.339 y/o en la dirección Avenida Patriotismo #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)

### DECLARACIONES 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.**

### DECLARACIONES 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](http://www.generaldeseguros.mx)

Nombre del Agente:

Clave:

R.F.C.

CURP

E-mail:

Nota: Si no existe la firma del Asegurado, no se realizará el trámite.

EN \_\_\_\_\_ EL DÍA \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL AGENTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

**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.**

# AVISO DE PRIVACIDAD

## 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 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 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 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), 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 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](http://www.generaldeseguros.mx), de acceso sencillo, fácil y gratuito, pudiendo consultarlo las 24 hrs. del día, los 365 días del año.

---

NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE

---

FIRMA DEL SOLICITANTE