

SOLICITUD DE SEGUROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL
DATOS DEL CONTRATANTE R.F.C. ó CURP Teléfono Casa / Oficina E-mail:

 Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno
DOMICILIO ASEGURADO
 Calle Número Ext. Int. Colonia Código Postal
 Ciudad / Población Municipio / Delegación Estado
DOMICILIO CONTRATANTE
 Calle Número Ext. Int. Colonia Código Postal
 Ciudad / Población Municipio / Delegación Estado
TÉRMINOS DEL CONTRATO DE SEGUROS

 VIGENCIA Desde las 12 hrs. del Día Mes Año Hasta las 12 hrs. del Día Mes Año

 Giro / Actividad a Realizar:

 Suma Asegurada:

 Indicar si es: PROPIETARIO ARRENDATARIO
TIPO DE SEGURO Marque tipo de Seguro deseado:

 ESTACIONAMIENTOS / TALLERES HOTELES RESTAURANTES SERVICIOS COMERCIOS

De acuerdo al tipo de Seguro seleccionado, complementar la información solicitada.

COBERTURA BÁSICA

 ACTIVIDADES INMUEBLES
SECCIÓN I. RESPONSABILIDAD CIVIL COMERCIOS

Coberturas Adicionales. Marcar las coberturas que requiere:

 PRODUCTOS CARGA Y DESCARGA
SECCIÓN II. RESPONSABILIDAD CIVIL HOTELES

Coberturas Adicionales. Marcar las coberturas que requiere:

 GUARDARROPA EQUIPAJES Y EFECTOS DE HUÉSPEDES RECEPCIÓN DE DINERO Y VALORES LAVADO Y PLANCHADO
SECCIÓN III. RESPONSABILIDAD CIVIL RESTAURANTES

Coberturas Adicionales. Marcar las coberturas que requiere:

 PRODUCTOS CARGA Y DESCARGA
SECCIÓN IV. RESPONSABILIDAD CIVIL SERVICIOS

Coberturas Adicionales. Marcar las coberturas que requiere:

 PRODUCTOS CARGA Y DESCARGA
SECCIÓN V. RESPONSABILIDAD CIVIL ESTACIONAMIENTOS/TALLERES

Coberturas Adicionales. Marcar las que requiere:

 R.C. ESTACIONAMIENTOS R.C. TALLERES

 SUBLIMITE POR VEHÍCULO: \$

 ACOMODADORES: SI NO

 NO. DE CAJONES:

 RADIO DE OPERACIÓN: Km.

COBERTURAS ADICIONALES PARA TODAS LAS RESPONSABILIDADES CIVILES Marque las coberturas que requiere:

COBERTURAS	AMPARAR	COBERTURAS	AMPARAR
ARRENDAMIENTO	<input type="checkbox"/>	CONTRATISTAS INDEPENDIENTES	<input type="checkbox"/>
ASUMIDA	<input type="checkbox"/>	ESTACIONAMIENTO / TALLER	<input type="checkbox"/>
CRUZADA	<input type="checkbox"/>		
CONTAMINACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE	<input type="checkbox"/>		

* En caso de solicitar esta cobertura, completar Sección V con la información solicitada

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.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; o visite 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

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, 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