

**SOLICITUD DE SEGURO PROTECCIÓN RESIDENCIAL**
**DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE**

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombre(s):	Teléfono(s):
			R.F.C.
Calle:	Colonia:	No. Int.	C.P.
Municipio:	Estado:	No. Ext.	

**DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE POR ASEGURAR**
**En caso de que los datos del solicitante por asegurar sean distintos a los declarados anteriormente, especificar a continuación:**

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombre(s):	Teléfono(s):
			R.F.C.

**TÉRMINOS DEL CONTRATO DE SEGURO**

Modalidad	Forma de Pago	Moneda	Vigencia
			Día Mes Año
Propietario <input type="checkbox"/>	Contado <input type="checkbox"/>	Pesos <input type="checkbox"/>	Desde las 12 hrs. del _____
Arrendatario <input type="checkbox"/>	Semestral <input type="checkbox"/>	Dólares <input type="checkbox"/>	Hasta las 12 hrs. del _____
Arrendador <input type="checkbox"/>	Trimestral <input type="checkbox"/>		

**UBICACIÓN DE LOS BIENES A ASEGURAR**

Calle:	Colonia:	No. Int.	C.P.
Municipio:	Estado:	No. Ext.	

**COBERTURAS SOLICITADAS**

SECCIÓN	COBERTURAS	BÁSICO	INTEGRAL	PLUS
<b>I Edificio</b>	Cobertura Amplia	\$	\$	\$
	Incendio, Rayo y/o Explosión	Amparado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
	Extensión de Cubierta	\$	\$	\$
	Bienes Bajo Convenio Expreso Edificio	Amparado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Amparado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Amparado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Terremoto y/o Erupción Volcánica	\$	\$	\$
<b>II Contenidos</b>	Bienes Bajo Convenio Expreso Contenidos	Amparado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Amparado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Amparado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Terremoto y/o Erupción Volcánica	\$	\$	\$
	Riesgos Hidrometeorológicos	Amparado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Amparado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Amparado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	Bienes Bajo Convenio Expreso RH	\$	\$	\$
	Cobertura Amplia	\$	\$	\$
<b>III Pérdidas Consecuenciales</b>	Incendio, Rayo y/o Explosión	Amparado	Amparado	Amparado
	Extensión de Cubierta	Amparado	Amparado	Amparado
	Bienes Bajo Convenio Expreso Contenidos	\$	\$	\$
	Terremoto y/o Erupción Volcánica	\$	\$	\$
<b>IV Responsabilidad Civil</b>	Riesgos Hidrometeorológicos	Amparado	Amparado	Amparado
	Bienes Bajo Convenio Expreso RH	\$	\$	\$
	Remoción de Escombros	\$	\$	\$
	Gastos Extraordinarios	\$	\$	\$
<b>V Robo y Asalto con Violencia</b>	Pérdida de Rentas	\$	\$	\$
	N° Meses a amparar (máx. 6 meses)	\$	\$	\$
	R.C. Privada y Familiar	\$	\$	\$
	R.C. hacia Trabajadores Domésticos	\$	\$	\$
<b>V Robo y Asalto con Violencia</b>	R.C. Arrendatario	\$	\$	\$
	R.C. Arrendador	\$	\$	\$
	Cobertura Básica (Robo de Menaje)	\$	\$	\$
	Robo de Objetos Personales en Tránsito	Amparado	Amparado	Amparado
	Protección GS Asalto en Tránsito	Amparado	Amparado	Amparado
Protección GS Lesiones por Tentativa o Asalto con Violencia	Amparado	Amparado	Amparado	
Bienes Bajo Convenio Expreso	\$	\$	\$	

**COBERTURAS SOLICITADAS**

SECCIÓN	COBERTURAS	BÁSICO	INTEGRAL	PLUS
<b>VI Dinero y Valores</b>	Dinero y Valores		\$	\$
<b>VII Cristales</b>	Cristales	\$	\$	\$
	Bienes Bajo Convenio Expreso	\$	\$	\$
<b>VIII Daños a Equipo Electrónico y Electrodoméstico</b>	Daños Equipo Electrónico y Electrodoméstico		\$	\$
<b>IX Accidentes Personales</b>	Muerte Accidental (Suma Asegurada por persona deberá ser max. \$250,000 en múltiplos de \$50,000) N° personas aseguradas: > 12 años: _____ < 12 años: _____		\$	\$
	Pérdidas Orgánicas (ampara hasta la Suma de Muerte Accidental) Reembolso de Gastos Médicos por Accidentes (ampara hasta el 30% de la Suma Asegurada de Muerte Accidental)		Amparado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Amparado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Amparado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Amparado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>X Seguro Familiar de Últimos Gastos</b>	Seguro Familiar de Últimos Gastos		Amparado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Amparado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

**Nota: Para Pérdida de Rentas el periodo máximo a amparar será de 6 meses y la Suma Asegurada por declarar debe ser el equivalente al importe anual de la renta. Esta Cobertura solo puede ser contratada para la modalidad de Arrendador.**

**DATOS DEL INMUEBLE**

**No. de Pisos del Inmueble** \_\_\_\_\_

**En caso de estar en Condominio vertical, indique el No. de Piso** \_\_\_\_\_

**Distancia menor a 500 mts del mar, lago o laguna**  
 SI  NO

<b>Tipo de columnas</b>	<b>Trabes</b>	<b>Muros</b>	<b>Techo</b>
Concreto <input type="checkbox"/> Acero <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Sin columnas <input type="checkbox"/>	Concreto <input type="checkbox"/> Acero <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Sin trabes <input type="checkbox"/>	Concreto <input type="checkbox"/> Tabique <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Otro: _____	Ligero <input type="checkbox"/> Pesado <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Otro: _____

**DATOS PARA LA COBERTURA DE TERREMOTO Y ERUPCIÓN VOLCÁNICA**

Presenta:	Figura irregular de la base del edificio:	*Ubicado en Esquina:	Separación entre muros menor a 15 cm
Hundimientos:	<input type="checkbox"/> NULA <input type="checkbox"/> POCO <input type="checkbox"/> MUCHO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Con Edificio de menor altura: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			Con Edificio de mayor altura: <input type="text"/>
Daños previos:	Forma del Edificio irregular:	*Peso extra al planeado:	Con Edificio de mayor y menor altura: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NULA <input type="checkbox"/> POCO <input type="checkbox"/> MUCHO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Espacio mayor a 15 cm: <input type="text"/>
			Año de Construcción: <input type="text"/>

**DATOS PARA LA COBERTURA RIESGOS HIDROMETEOROLÓGICOS**

<b>El entorno es:</b>	<b>Los cristales son:</b>	<b>Tipo de domos:</b>	<b>Soporte de ventanas:</b>	<b>*Objetos Cerca (postes,espectaculares,etc.)</b>
Campo abierto <input type="checkbox"/>	Chicos <input type="checkbox"/>	No tiene <input type="checkbox"/>	Artisanal <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Barrio residencial <input type="checkbox"/>	Medianos <input type="checkbox"/>	Chicos <input type="checkbox"/>	Genérico <input type="checkbox"/>	<b>*Objetos en azotea (postes,espectaculares,etc.)</b>
Centro de la ciudad <input type="checkbox"/>	Grandes <input type="checkbox"/>	Medianos <input type="checkbox"/>	Específico basado en reglamento <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Construcciones dispersas <input type="checkbox"/>		Grandes <input type="checkbox"/>		

**CUESTIONARIOS DE COBERTURAS IX ACCIDENTES PERSONALES Y X SEGURO FAMILIAR DE ÚLTIMOS GASTOS**

**IX. Accidentes Personales**

Muerte Accidental   
 Pérdidas Orgánicas   
 Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

Asegurado	Nombre	Ocupación	Fecha de Nacimiento			Edad	Sumas Aseguradas		
			Día	Mes	Año		Muerte Accidental	Pérdidas Orgánicas	Reembolso de Gastos Médicos
Titular									
Cónyuge									
Hijo 1									
Hijo 2									
Servidumbre									

Indica la Suma Asegurada para cada participante acorde a las Coberturas Amparadas.

**X. Seguro Familiar de Últimos Gastos**

Asegurado	Nombre	Ocupación	¿Padece alguna enfermedad grave, crónica o en los últimos 12 meses ha estado bajo tratamiento por más de 15 días?	Fecha de Nacimiento			Edad	Sumas Aseguradas
				Día	Mes	Año		
Titular								
Cónyuge								
Hijo 1								
Hijo 2								

En caso de respuesta afirmativa, favor de precisar dependiente económico, padecimiento, duración, fecha de inicio, tratamiento y estado actual: \_\_\_\_\_

Asegurado	Nombre del Beneficiario	Parentesco	% de la Suma Asegurada

La designación de estos beneficiarios corresponden a la Cobertura de Accidentes Personales y/o Seguro Familiar de Últimos Gastos.

**AVISO IMPORTANTE: ADVERTENCIA PARA LA DESIGNACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS**

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios 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 sólo 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.

Cuando no exista beneficiario designado en caso de fallecimiento de algún Asegurado Dependiente, se entenderá que el beneficiario designado es el Asegurado Titular y, en caso de fallecimiento de los Asegurado Titular, se entenderá que el beneficiario designado es el Cónyuge. Así mismo en caso de fallecimiento de los Asegurados Titular y Cónyuge, el porcentaje de Suma Asegurada que se haya designado, se distribuirá por partes iguales a la sucesión legal.

## DECLARACIÓN DEL CONTRATANTE

El contratante manifiesta que la información recabada en esta solicitud es veraz y 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, 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 del Seguro.**

## DECLARACIÓN DEL AGENTE

De conformidad con el Artículo 96, fracción I de la Ley de Instituciones de Seguros y de 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 **GENERAL DE SEGUROS, S.A.B.** 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 pudieran ubicarse en alguno de los actos señalados anteriormente, generará la improcedencia en el pago, nulificando el Seguro de forma automática.

Nombre (s) y Apellidos del Agente			
R.F.C.	CURP	Clave del Agente	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, encaso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.**

## AVISO IMPORTANTE

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)

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.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Solicitante

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 [atencionclientes@gseguros.com.mx](mailto:atencionclientes@gseguros.com.mx) o visite [www.generaldeseguros.mx](http://www.generaldeseguros.mx)

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, CDMX.

#### 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 video grabación 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 con respecto de las finalidades que no son necesarias, ni dieron origen a la relación con la Compañía

#### III. MEDIDAS PARA CONOCER EL AVISO DE PRIVACIDAD INTEGRAL

**GENERAL DE SEGUROS, S.A.B.** pone a sus disposición el aviso de privacidad integral en la página WEB [www.generaldeseguros.mx](http://www.generaldeseguros.mx) de acceso sencillo, fácil y gratuito, pudiendo consultarlos las 24 horas del día, los 365 días del año.

---

Nombre y Firma del Solicitante

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 25 de Noviembre de 2016, con el número PPAQ-S0009-0091-2016/CONDUSEF-000907-01