


SOLICITUD

Los suscritos proponentes solicitamos a General de Seguros, S.A.B. ("General de Seguros"), nos sea expedida una póliza del plan de Accidentes Personales, según corresponda, para lo cual, enterados del Aviso de Privacidad de la aseguradora, otorgamos los siguientes datos. (Favor de llenar en su totalidad, sin tachaduras ni enmendaduras).

Fecha de solicitud | D | D | M | M | A | A | A | A

Datos del contratante

Nombre (s) o razón social	Apellido paterno	Apellido materno	R.F.C. con homoclave
---------------------------	------------------	------------------	----------------------

Domicilio particular

Calle	Número exterior	Número interior	Colonia		
Población o localidad	Estado	Municipio o alcaldía	Código postal	Género Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
Teléfono celular	Teléfono fijo con clave lada	Correo electrónico		Nacionalidad	
Nacimiento/constitución D D M M A A A A	País de nacimiento	Estado civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/>			Ingreso anual
Número de serie de firma electrónica avanzada	Folio mercantil	Nombre de representante legal o director o administrador			
Ocupación o profesión	Actividad o giro	Empresa donde trabaja			

Datos del asegurado

Nombre (s) o razón social	Apellido paterno	Apellido materno	R.F.C. con homoclave
---------------------------	------------------	------------------	----------------------

Domicilio particular

Calle	Número exterior	Número interior	Colonia		
Población o localidad	Estado	Municipio o alcaldía	Código postal	Género Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
Teléfono celular	Teléfono fijo con clave lada	Correo electrónico		Nacionalidad	
Nacimiento D D M M A A A A	País de nacimiento	Estado civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/>			Ingreso anual
Ocupación o profesión	Actividad o giro	Empresa donde trabaja			

Cuestionario

Se tiene en perspectiva algún viaje especial o empresa peligrosa (detallar):

Deporte que práctica	Amateur <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>	Maneja motocicleta Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Por hobby <input type="checkbox"/> Por trabajo <input type="checkbox"/>
¿Toma Usted bebidas alcohólicas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Clase: _____	¿Qué cantidad? _____	Frecuencia: Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>	
Si ha dejado de beber, desde qué fecha: D D M M A A A A	Estatura ____ . ____ mts.	Peso ____ kg.	
1. ¿Tiene mutilaciones o deformaciones en el cuerpo?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
2. ¿Tiene defectos de la vista y/o oído?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
3. ¿Ha padecido durante los últimos 5 años alguna intervención quirúrgica?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
4. ¿Ha padecido durante los últimos 5 años alguna enfermedad o lesión ya sea en consulta externa o con hospitalización?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
5. ¿Padece actualmente alguna enfermedad o está sujeto a tratamiento médico?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

En caso de respuesta afirmativa a algunas preguntas anteriores, proporcione la siguiente información:

Pregunta No.	Padecimiento	Fecha de inicio	Tratamiento	Estado actual

Beneficios suma asegurable	Suma asegurada	Características	
Muerte accidental (básico)			
Pérdidas orgánicas		Escala "A" <input type="checkbox"/>	Escala "B" <input type="checkbox"/>
Reembolso de gastos médicos			
Indemnización diaria por incapacidad		Deducible <input type="checkbox"/>	

Cobranza			
Forma de pago		Medio de pago	
Mensual <input type="checkbox"/>	Trimestral <input type="checkbox"/>	Semestral <input type="checkbox"/>	Anual <input type="checkbox"/>
Ventanilla bancaria <input type="checkbox"/>		Transferencia electrónica <input type="checkbox"/>	
Página WEB <input type="checkbox"/>		Call Center <input type="checkbox"/>	
Domiciliación con tarjeta <input type="checkbox"/>			

El estado de cuenta bancario, recibo, folio o número de confirmación de la transacción, en el que aparezca el cargo realizado de la prima hará prueba plena de pago hasta en tanto General de Seguros no emita el recibo correspondiente,

Anual <input type="checkbox"/>	Corto plazo <input type="checkbox"/>	Vigencia	Desde	Hasta
			D D M M A A A A	D D M M A A A A

Motivo del viaje:	
Otros seguros de vida o accidentes personales	

¿Está solicitando o ha solicitado seguros en otra compañía? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Compañía: _____	Suma asegurada: _____
¿Le han rechazado, limitado o extraprimado alguna solicitud? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo ¿porqué motivo? _____	

Seguros expedidos y solicitados (en vigor o cancelados)				
Compañía	Suma asegurada	Moneda	Plan	Estado actual

Referencias personales		
Nombre	Domicilio	Teléfono con clave lada

Documentos anexos	
Identificación oficial <input type="checkbox"/>	Comprobante de inscripción para firma electrónica avanzada <input type="checkbox"/>
Comprobante de domicilio vigente <input type="checkbox"/>	Constancia única de registro de población (C.U.R.P.) <input type="checkbox"/>
Documento que acredite su calidad migratoria <input type="checkbox"/>	Cédula de identificación fiscal (R.F.C.) <input type="checkbox"/>

Designación de beneficiarios		
Nombre _____	Parentesco _____	Fecha de nacimiento _____
Domicilio _____		Porcentaje _____
Nombre _____	Parentesco _____	Fecha de nacimiento _____
Domicilio _____		Porcentaje _____
Nombre _____	Parentesco _____	Fecha de nacimiento _____
Domicilio _____		Porcentaje _____

Aviso importante: Advertencia para la designación de beneficiarios

En el caso de que 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.

IMPORTANTE

La presente solicitud y en su caso, toda la documentación del contrato de seguro y sus disposiciones, respetan la dignidad y derechos fundamentales del solicitante, asegurados y de beneficiarios de las coberturas amparadas, de acuerdo con la legislación aplicable en la República Mexicana, y buscan establecer una relación contractual equitativa, informada, igualitaria y no discriminatoria entre las partes.

Con la firma de esta solicitud, los solicitantes aceptamos y reconocemos **no** encontrarnos en ninguno de los siguientes supuestos:

- 1) Tener o haber tenido vínculo alguno con la delincuencia organizada;
- 2) Haber sido sujetos a procedimiento legal o investigación por ilícitos relativos a delincuencia organizada o lavado de dinero, en territorio nacional o extranjero;
- 3) Haber estado nuestro nombre, alias o apodo, actividades, bienes a asegurar o nacionalidad, publicados en una lista oficial, nacional o extranjera, relativa a los delitos vinculados con delincuencia organizada, lavado de dinero o financiamiento al terrorismo.

Reconocemos que, en caso de encontrarse en alguno de los supuestos anteriores, deberemos abstenernos de requisitar y firmar el presente formato.

En caso de que, durante la vigencia de esta póliza, alguno de los solicitantes incurramos en cualquiera de los supuestos de vinculación con ilícitos referidos en el párrafo anterior, consentimos que tal situación será considerada como una agravación esencial de los riesgos amparados en el producto de seguro, conforme a las condiciones generales del mismo.

Declaro que los recursos de la póliza que solicito no provienen de ninguna actividad ilícita y autorizo a General de Seguros para comprobarlos a su entera satisfacción. Declaro que no autorizo que terceros efectúen depósitos a mis pólizas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en los artículos 139 Quáter, 148 Bis, 148 Ter, 148 Quáter y 400 Bis del Código Penal Federal, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas. Declaro bajo protesta de decir la verdad que la solicitud de Seguro se realiza por cuenta y con recursos propios únicamente en beneficio del solicitante, de conformidad con las Políticas en materia de identificación y conocimiento del Cliente, emitidas por General de Seguros.

Declaramos que la información contenida en esta solicitud ha sido otorgada de manera personal, es verídica y completa, e incluye todos los hechos importantes que puedan influir en las condiciones convenidas para la apreciación y aceptación del riesgo, tal y como los conocemos en este momento. Por lo tanto, reconocemos que cualquier omisión o inexacta declaración de tales hechos, faculta a General de Seguros para en su caso, rescindir de pleno derecho el contrato, aunque ello no haya influido en la realización del siniestro (artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Con la firma de ésta solicitud, otorgamos nuestro consentimiento para ser incluidos en el Plan de Accidentes Personales de General de Seguros, y la autorizamos a que, para tales efectos, nos realice estudios médicos o de laboratorio, y requiera nuestros historiales clínicos, datos de salud, diagnóstico o rehabilitación, y en su caso, los solicite a otras personas facultadas para tener dicha información, tales como compañías de seguros a las que previamente hemos solicitado pólizas, médicos, clínicas u hospitales, con el fin de la correcta evaluación de nuestra solicitud. Asimismo, autorizamos que, en caso necesario, a su vez General de Seguros proporcione a otras aseguradoras del ramo, la información que se derive de esta solicitud, para los mismos efectos. Entendemos que dichas finalidades son legítimas y están contempladas en el aviso de privacidad de General de Seguros, el cual hemos tenido a la vista, por lo que liberamos a General de Seguros de toda responsabilidad por lo anterior. Finalmente, certificamos que la información proporcionada en este documento es completa y veraz a nuestro leal saber y entender, sabedores de que, en caso contrario, General de Seguros podrá nulificar las coberturas del seguro.

Los solicitantes reconocemos que, salvo acuerdo expreso por escrito, los padecimientos preexistentes no quedarán cubiertos en la póliza, aunque fuesen declarados en esta solicitud, que forma parte del contrato.

En caso de que esta solicitud sea aceptada, autorizamos a General de Seguros para que la documentación contractual nos sea entregada a través de correo electrónico indicado en este formato, o en su defecto que nos sea entregada de manera personal o se envíe al domicilio indicado.

Favor de entregar tipo de entrega:

Correo electrónico del contratante Correo electrónico del asegurado Manera personal Domicilio del contratante Domicilio del asegurado

Asimismo, autorizamos que dicho correo electrónico indicado en este formato funja como medio de notificación para cualquier asunto relacionado con el presente seguro y sus siniestros, así como para proporcionar a General de Seguros toda información que en su caso me sea solicitada.

Declaramos que, aceptada la solicitud, nos fueron entregados, y explicados en su contenido, las condiciones generales del contrato de seguro, principalmente lo relativo a nuestros derechos básicos, coberturas, periodos de espera, cláusulas generales y particulares, así como exclusiones y limitantes del producto, que reconocemos como parte integrante del contrato en términos del artículo 7 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, así como el aviso de privacidad integral de General de Seguros, todo lo cual conocemos, entendemos y aceptamos, sabedores de que podemos consultar dicha información adicionalmente en la página www.generaldeseguros.mx

Reconocemos haber tenido a disposición el Aviso de Privacidad Integral de General de Seguros, el cual también puede consultarse en la página web junto con los mecanismos para hacer valer nuestros derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición), enterados de que los cambios o actualizaciones al Aviso de Privacidad estarán disponibles para su consulta en la misma página web.

En Cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, General de Seguros, hace de su conocimiento que tratará los datos personales IDENTIFICABLES y sensibles que Usted proporcione para la evaluación de su solicitud de Seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión del Contrato de Seguro, trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de Póliza de Seguro, prevención de fraudes y operaciones ilícitas, así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad establecido en el propio contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable.

Autorizo expresamente recibir de General de Seguros, información y/o propaganda diversa directamente, vía electrónica o 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, por lo que una vez que manifieste mi oposición General de Seguros, quedará imposibilitada para utilizar mi información para los fines antes señalados.

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Firma del solicitante titular, confirmando la veracidad del as respuestas de este cuestionario

Lugar y fecha: _____

Firma del solicitante titular

Firma del contratante

AGENTE

El Agente que suscribe, cuyo nombre y firma aparecen al calce, realizó una entrevista personal con los solicitantes del seguro, o sus representantes legales según ha correspondido, a fin de obtener los datos de este formato, asimismo ha manifestado haber recabado copia simple de los documentos de identificación, los cuales cotejó con los originales que tuvo a la vista.

Asimismo, de acuerdo con el artículo 96 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el Agente manifiesta haber entregado el folleto de los Derechos Básicos de los Asegurados, e informado a los solicitantes de manera, clara, amplia y detallada sobre el alcance real de las coberturas, las principales características del producto, la forma de conservarlo o darlo por terminado, su vigencia, los términos establecidos en el contrato, su renovación y las consecuencias de la rehabilitación. En caso de que el Agente haya recabado información personal de otros solicitantes o titulares de datos personales, acepta la obligación de informarles de esta entrega, así como darles a conocer los Avisos de Privacidad de General de Seguros y del propio Agente.

Nombre	Oficina o Sucursal	Clave	Participación	Firma
Agente				
Promotor				

Correo electrónico del agente: _____

Observaciones

DATOS UNE Y CONDUSEF

Para cualquier aclaración, queja o duda no resuelta en relación con tu seguro, contacta a la Unidad Especializada de Atención a usuarios (UNE) de General de Seguros a los teléfonos (0155) 5278.8883, 5278.8806 y del Interior de la República marca 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 atencionaclientes@gseguros.com.mx o visita <http://www.generaldeseguros.mx>. También puedes contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), Avenida Insurgentes Sur número 762, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México. Centro de atención telefónica 5340 0999 y 01 800 99 98080. asesoria@condusef.gob.mx, www.condusef.gob.mx.

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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 23 de julio de 2019, con el número CNSF-S0009-0254-2019/CONDUSEF-003828-02.