

MUY IMPORTANTE PARA EL SOLICITANTE

Página 1 de 4

De acuerdo a los Artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el proponente debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que tengan referencia a esta solicitud, como los conozca, o deba conocer al momento de firmar la misma, en la inteligencia de que la no declaración, inexacta o falsa declaración de los hechos importantes podría originar la pérdida de los derechos del asegurado o beneficiario en su caso.

No. DE SOLICITUD	PLAN
------------------	------

DATOS DEL CONTRATANTE (El que paga la prima del seguro)

Nombre:	Persona:
RFC:	C.P.
Domicilio:	C.R.
Estado:	Teléfono celular:
Teléfono particular:	
Correo electrónico:	

DATOS DEL ASEGURADO (Propietario de la licencia)

Nombre:	Persona:
Fecha de nacimiento:	Edad:
Domicilio:	Sexo: F() M()
Estado:	C.P.
Parentesco con el contratante:	

DATOS COMPLEMENTARIOS

Número de la licencia:	Tipo de licencia: A () B () C ()
Estado de expedición de la licencia:	Tiene auto: Si () No ()

COBERTURAS

Descripción de Coberturas	Suma Asegurada	Sublímite por evento	Primas

RC: Responsabilidad Civil

LUC: Límite Único y Combinado

ESPECIFICACIONES

Plan Protección Autos: De haber contratado este plan, el seguro, únicamente ampara cuando el vehículo que conduce el Asegurado es un automóvil o una motocicleta con cilindrada no menor a 250 centímetros cúbicos.
Plan Protección Pick Ups y Autos: De haber contratado este plan, el seguro, ampara cuando el vehículo que conduce el Asegurado es un automóvil o una motocicleta con cilindrada no menor a 250 centímetros cúbicos, o bien una pick up de no más de 3.5 toneladas.
 * Este seguro no contempla deducible.

PRIMAS DEL SEGURO

Forma de pago:	Moneda Nacional (pesos)
Prima total anual:	
Prima según forma de pago: 1er. recibo:	Subsecuentes:

CONDICIONES IMPORTANTES

- No son asegurables las personas que al momento de solicitar el seguro no tienen o no han tenido licencia; no se requiere presentar licencia al momento de la contratación pero si en caso de siniestro.
- La vigencia de la póliza principia a las 12:00 pm del segundo día natural posterior a la fecha de la firma de esta solicitud.
- No son sujetos al seguro las personas menores de 18 años ni mayores a 70 años.
- No aplica el seguro: cuando el vehículo conducido no sea de uso particular, cuando sea de renta diaria, cuando tenga placas de demostración o traslado, cuando sea de autobús, cuando sea de algún otro vehículo de transporte público de pasajeros o carga.
- No son sujetos al seguro personas que laboren como Valet Parking mientras estén prestando sus servicios o aquellas que conduzcan un vehículo con placas de uso particular con el que presten algún servicio de transportes de pasajeros.

AUTORIZACIÓN DE CARGO

Conducto de Cobro Preferente	Banco	No. de Cuenta	Sucursal
Conducto de Cobro Auxiliar	Banco	No. de Cuenta	

Manifiesto mi entendimiento y consentimiento para realizar el cargo respecto del monto total de la prima del Seguro mediante alguna de las dos formas de pago siguientes: a) Domiciliación o b) Cargo Recurrente. Se aclara que se va a identificar la forma anterior seleccionada dependiendo de los datos ingresados en el cuadro de la Autorización de Cargo de la presente solicitud de póliza.

a) Domiciliación: Solicito y autorizo que con base en la información que se indica en esta comunicación se realicen cargos periódicos en mi cuenta conforme al cobro del monto total de las primas de Zurich Santander Seguros México S.A. Mismas que se me realizarán por una periodicidad del pago (*Facturación*) o, en su caso, el día específico en el que solicite realizar el pago. De la misma manera señalo como referencias que los datos del nombre del banco que lleva la cuenta de depósito a la vista o de ahorro en la que se realizará el cargo, así como la información específica de los datos e información bancaria de identificación, están contenidas en la sección de Autorización de Cargo de la presente solicitud de póliza. Finalmente indico que el Monto máximo fijo del cargo autorizado por periodo de facturación es. Estoy enterado de que en cualquier momento podré solicitar la cancelación de la presente domiciliación sin costo a mi cargo.

b) Cargo Recurrente: Solicito y autorizo que con base en la información que se indica en esta comunicación se realicen cargos recurrentes en mi tarjeta de crédito conforme al cobro del monto total de las primas de Zurich Santander Seguros México S.A. Mismas que se me realizarán por una periodicidad del pago (*Facturación*) o, en su caso, el día específico en el que solicite realizar el pago. De la misma manera señalo como referencias que los datos del nombre del banco que lleva la Tarjeta de Crédito en la que se realizará el cargo, así como la información específica de los datos e información bancaria de identificación, están contenidas en la sección de Autorización de Cargo de la presente solicitud de póliza. Finalmente indico que el Monto máximo fijo del cargo autorizado por periodo de facturación es. Estoy enterado de que en cualquier momento podré pedir a La Compañía que cancele sin costo la realización del Cargo Recurrente solicitado.

COBRANZA AUTOMÁTICA

De acuerdo al Art.34 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro el primer recibo y los subsecuentes se cargarán a los conductos de cobro autorizados por el Contratante a partir del día que venza la prima. De no lograrse el cobro el día de vencimiento de la prima se realizarán diversos intentos a lo largo del periodo de 30 días naturales pactados y en caso que el cargo no pueda realizarse la póliza se cancelará de forma automática de conformidad con el Art. 40 de la Ley en cita.

DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE Y/O ASEGURADO

Declaro para todos los efectos legales que haya lugar que:

He verificado que los datos asentados en la Solicitud son correctos, manifiesto que dichos datos son verídicos y fueron proporcionados durante una entrevista personal con el Funcionario; igualmente declaro que el origen de los recursos con los que contraté mi seguro son de origen lícito y los fondos con los que cuento para el pago de las primas generadas y que se generen son de mi propiedad.

De igual manera autorizo expresamente a _____ solicitar y compartir la información contenida en este documento, así como la contenida en cualquier otro que permita mi identificación y la integración de mi expediente, con las distintas entidades financieras integrantes de Grupo Financiero Santander México.

AVISO DE PRIVACIDAD

señalando como domicilio convencional para los efectos relacionados con el presente aviso en Av. Juan Salvador Agraz #73, pisos 3 y 4 Col. Santa Fe Cuajimalpa, Del. Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México, hace de su conocimiento que sus datos personales serán protegidos por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares así como por nuestra política de privacidad y que el tratamiento que se haga de sus datos será con la finalidad, enunciando sin limitar, de dar cumplimiento a las obligaciones contractuales pactadas entre las partes, la realización de actividades propias, relacionadas y derivadas de nuestro objeto social. Usted podrá consultar nuestro aviso de privacidad completo en la página www.zurichsantander.com.mx y/o en la página web del coasegurador y/o en las Condiciones Generales del producto.

Usted podrá a partir del 6 de enero de 2012, ejercer sus derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición.

AVISO DE PRIVACIDAD

Al informar sus datos personales en esta solicitud otorga su consentimiento para que utilicen con fines relacionados al servicio, conforme al Aviso de Privacidad, cuyo texto completo puede encontrar en

El tratamiento de los datos personales en Grupo Nacional Provincial, S.A.B se realiza de conformidad con el Aviso de Privacidad Integral que se encuentra disponible en la página web www.gnp.com.mx o bien, llamando al 52 27 9000.

Si usted no está de acuerdo con las finalidades secundarias, podrá manifestar su negativa siguiendo cualquiera de los mecanismos puestos a su disposición en la página web www.gnp.com.mx

ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

En caso de que el riesgo propuesto en la presente solicitud se concrete en un contrato de seguro, autorizo que la documentación contractual me sea entregada a la cuenta de correo

De no contar con cuenta de correo electrónico, el solicitante autoriza que la documentación contractual que se llegara a generar respecto de la presente solicitud de seguro le sea entregada:

- Físicamente en el momento de la contratación
- Por correo certificado al domicilio registrado por esta solicitud

CONSENTIMIENTO DE MANEJO DE DATOS

Autorizo a para tratar y en su caso, transferir mis datos personales incluidos los patrimoniales o financieros y los sensibles, para los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre, así como para los previstos en el Aviso de Privacidad cuyo contenido conozco y entiendo por haber sido previamente puesto a mi disposición.

En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares, me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a y a hacer de su conocimiento los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad.

Sugerimos consultar las coberturas, limitaciones y/o exclusiones del producto contenidas en las Condiciones Generales que forman parte de la Documentación Contractual que le será entregada al momento de la contratación, conforme al medio definido en la solicitud del seguro y con independencia de que dichas condiciones también puedan ser consultadas en la página de internet www.zurichsantander.com.mx

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.

Av. Juan Salvador Agraz #73, pisos 3 y 4 Col. Santa Fe Cuajimalpa, Del. Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México, Teléfono: 55-5169-4300 en toda la República Mexicana.

CONDUSEF-001584-02

CNSF-S0043-0398-2021

UNIDAD ESPECIALIZADA PARA LA ATENCIÓN DE USUARIOS (UEA)

Av. Juan Salvador Agraz #73, piso 3, Col. Santa Fe Cuajimalpa, Del. Cuajimalpa de Morelos, C.P. 05348, Ciudad de México
Correo Electrónico: ueaseguros@santander.com.mx
Teléfonos: 55 1037-3500 Ext. 13597, 13599 y 13708, con un horario de atención de lunes a jueves de 8:30 a 18:00 horas y viernes de 8:30 a 13:00 horas.

<hr/> Nombre y Firma del Solicitante	<hr/> Nombre y Firma del Contratante	<hr/> Nombre y Firma del Funcionario
---	---	---

DECLARACIÓN DEL FUNCIONARIO BANCARIO

Con la firma al calce declaro:

*Que cotejé la identidad física del Contratante contra el documento original de identificación oficial con fotografía y firma que presentó y del cual estoy anexando copia fotostática (especificar):

Tipo de identificación: Sucursal:	No. de identificación: Canal de Venta:
--------------------------------------	---

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 Octubre de 2021, con el número CNSF-S0043-0398-2021/CONDUSEF-001584-02.