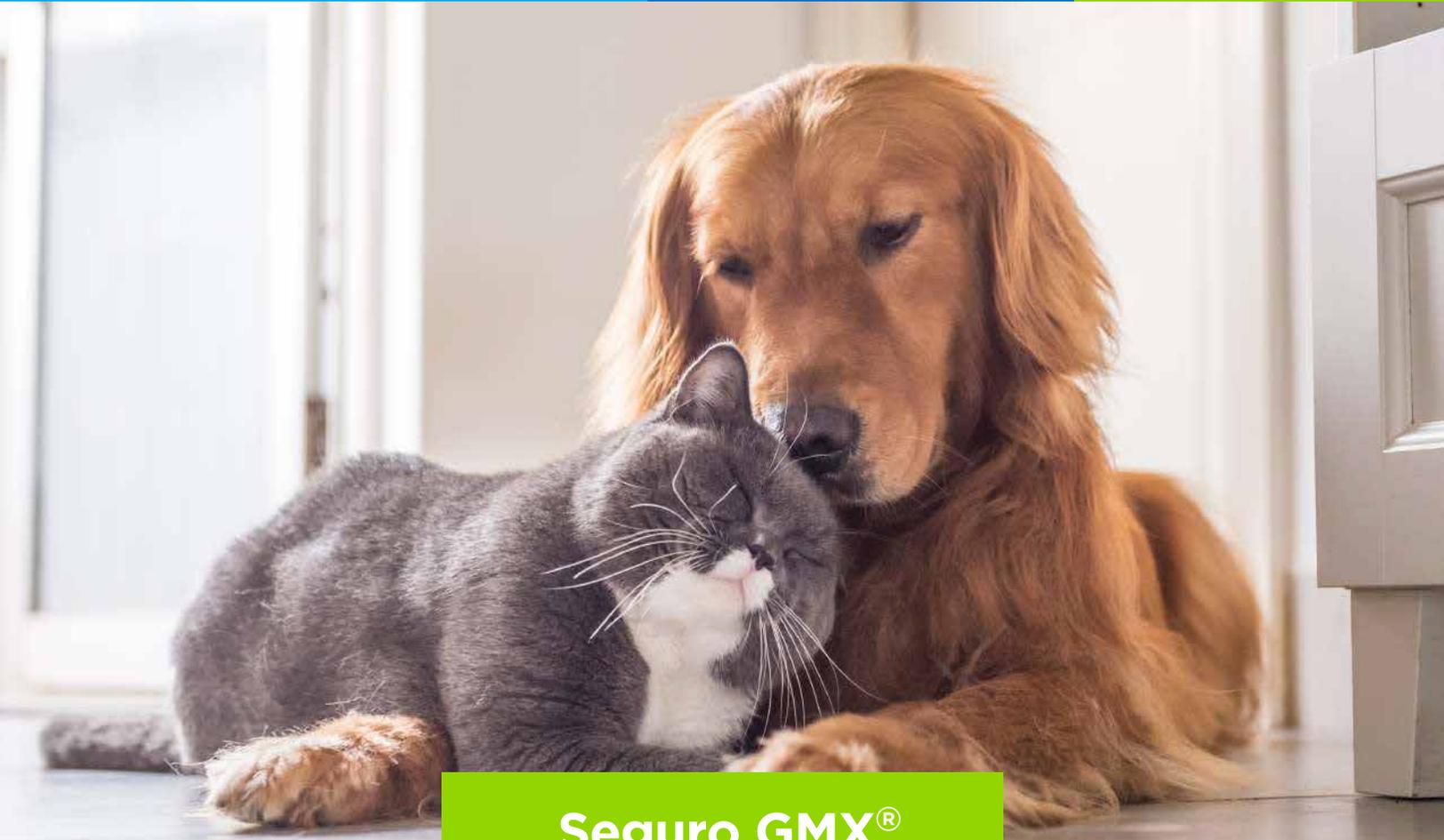




Solicitud Seguro para Mascotas Medipet



Seguro GMX®

Solicitud para la cotización
de Seguro para Mascotas

INSTRUCCIONES

- Favor de leer el **Aviso de Privacidad** que contiene la presente **Solicitud**.
- La presente solicitud fue diseñada expresamente para fungir como base de cotización del seguro para mascotas, por favor tenga la amabilidad de responder claramente a cada una de las preguntas que la integran.
- Seleccionar la opción que corresponda a la respuesta de su elección.
- Para cualquier aclaración favor de contactar a su agente de seguros.
- Favor de llenar una solicitud por mascota.

Notas: En algunos casos se puede requerir respuesta a preguntas adicionales. En caso necesario continúe en hoja adicional.

Póliza

Nueva

Renueva Número de póliza anterior - - - -

Vigencia de la póliza

Desde			Hasta		
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
<input type="text"/>					

Forma de pago

Forma de pago		Moneda
Anual <input type="checkbox"/>	Trimestral <input type="checkbox"/>	Nacional <input type="checkbox"/>
Semestral <input type="checkbox"/>	Mensual <input type="checkbox"/>	Dólares <input type="checkbox"/>

Método de pago

Efectivo Cheque Transferencia bancaria

Tarjeta de débito Tarjeta de crédito

En caso de vernos favorecidos con la contratación de este seguro, le sugerimos tomar en cuenta que de acuerdo al artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente en los casos de pagos en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12 horas del último día hábil de ese plazo.

Datos del Solicitante y Domicilio Fiscal

Persona Física	<input type="checkbox"/>	Persona Moral	<input type="checkbox"/>	Registro Federal de Contribuyentes con Homoclave	<input type="checkbox"/>
Nacionalidad:	<input type="checkbox"/> Mexicana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Extranjera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apellido Paterno	<input type="text"/>			Apellido Materno	<input type="text"/>
Nombre (s)	<input type="text"/>				
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>				
Razón o Denominación Social	<input type="text"/>				
Folio Mercantil	<input type="text"/>				
Fecha de Constitución	<input type="text"/>				
Correo electrónico	<input type="text"/>				
Celular	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>		
Tipo de identificación del solicitante	<input type="text"/>	Número de identificación	<input type="text"/>		
Calle	<input type="text"/>	Número exterior	<input type="text"/>		
Domicilio fiscal	<input type="text"/>				
Número interior	<input type="text"/>	Colonia	<input type="text"/>		
Alcaldía o Municipio	<input type="text"/>				
Estado	<input type="text"/>	Código Postal	<input type="text"/>		

Datos del Representante Legal

Apellido Paterno	<input type="text"/>			Apellido Materno	<input type="text"/>
Nombre (s)	<input type="text"/>				
Registro Federal de Contribuyentes con homoclave:	<input type="text"/>				
Correo electrónico	<input type="text"/>				
Celular	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>		

Datos de la Mascota

Nombre de la mascota

Perro Gato Hembra Macho

Raza Color

Esterilizado Si No

Pedigrí Si No En caso afirmativo indique

Número de registro Nacional Extranjero

Señas particulares

Límite de responsabilidad que desea asegurar

¿Su mascota realiza actividades de presentación y exhibición? Si No

En caso afirmativo especifique las actividades

¿S u mascota le acompaña en la práctica de algún deporte extremo? Si No

En caso afirmativo especifique las actividades

¿Las instalaciones donde habita su mascota, se encuentra sin edificar o en un lugar no destinado para la vivienda? Si No

En caso afirmativo describa las instalaciones

¿Su mascota es perro de asistencia? Si No

En caso afirmativo indique que tipo de asistencia realiza

Nota: Un perro de asistencia es aquel entrenado para ayudar y asistir a una persona con discapacidad.

Perro guía Perro de alerta o respuesta médica

Perro de señalización de sonidos Perro de asistencia en autismo

Perro de alerta médica para personas con epilepsia

Otro, especifique

¿Su mascota ha sido entrenado por un profesional? Si No

¿Requiere contratar la cobertura de gastos funerarios? Si No

¿Requiere contratar la cobertura de Responsabilidad Civil? Si No

¿Requiere extender la cobertura básica en el extranjero? Si No

Límite de responsabilidad que desea asegurar en el extranjero

Guest_MEDIPET_22.07.2023

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

Consentimiento del Asegurado para entrega de documentación contractual

Por así convenir a mis intereses, por medio del presente documento otorgo mi consentimiento para que GMX Seguros, me haga entrega de la documentación de esta póliza correspondiente a este contrato de seguro, en forma-to PDF (Portable Document Format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través de la siguiente dirección de correo electrónico:

Si Acepto

No Acepto

Firma del Asegurado

Nombre del agente

Nombre y Firma del Solicitante

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre

Bajo protesta de decir verdad, declaro y afirmo que los datos que manifiesto son verdaderos y fidedignos.

Firma

Lugar y Fecha de la Solicitud

Lugar

Día

Mes

Año



GMX Seguros, pone a disposición del asegurado sus derechos y obligaciones, así como las coberturas, exclusiones, restricciones que forman parte de este Contrato de Seguro que se encuentran contenidos en esta póliza y en toda la documentación que forman parte integral del Contrato de Seguro y pueden ser consultados en www.gmx.com.mx

El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.

Obligación del Agente de Seguros.

De acuerdo con el artículo 96 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, y 5 del Reglamento de Agentes de Seguros y de Fianzas el agente de seguros deberá de proporcionar a quien pretenda contratar un seguro la información de manera amplia y detallada sobre el alcance real de su cobertura y la forma de conservarla o darla por terminada. De igual manera, proporcionarán a **GMX Seguros**, la información precisa y relevante que sea de su conocimiento relativo al riesgo cuya cobertura se proponga.

GMX Seguros, pone a disposición del Asegurado en caso de alguna consulta, reclamación o aclaración relacionada con su Seguro, nuestra **Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE)**, ubicada en Tecoyotitla número 412, Edificio **GMX**, colonia Ex Hacienda de Guadalupe Chimalistac, Código Postal 01050, Delegación Álvaro Obregón, Ciudad de México o si lo prefiere comunicarse al teléfono (55) 54804000, en un horario de atención de lunes a jueves de 8:30 a 17:30 horas y viernes de 8:30 a 15:00 horas, y al correo electrónico unidad.especializada@gmx.com.mx

Favor de recordar las disposiciones de los artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, las cuales se ponen a su alcance para la consulta más clara y sencilla:

Artículo 8°.- El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

Artículo 9°.- Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

Artículo 10°.- Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.

Artículo 47°.- Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Documentación requerida para Contratación

Persona Física Nacional y/o Extranjera

Identificación personal, oficial emitida por autoridad competente, vigente a la fecha de presentación con fotografía, domicilio y firma, puede ser:

- Credencial para votar
- Pasaporte
- Cédula Profesional
- Cartilla del Servicio Militar Nacional
- Certificado de Matrícula Consular
- Tarjeta Única de Identidad Militar
- Credenciales y/o Carnets de afiliación al Instituto Mexicano del Seguro Social o del Instituto de Seguridad Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- FM2 o FM3.
- Documento que acredite su internación o legal estancia en el país
- Tarjeta de afiliación al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
- Licencia para conducir
- Credenciales emitidas por autoridades federales, estatales
- Constancia de la Clave Única de Registro de Población (CURP) y/o Cédula de Registro Federal de Contribuyentes (RFC)
- Comprobante de inscripción para la Firma Electrónica Avanzada, cuando cuente con ella.

Persona Moral Nacional y/o Extranjera.

- Copia certificada de la escritura constitutiva inscrita en el Registro Público de Comercio, que acredite fehacientemente su legal existencia.
- Cédula de identificación Fiscal expedida por SHCP (RFC).
- Copia debidamente legalizada o apostillada del documento que compruebe fehacientemente su legal existencia.
- Copia debidamente legalizada o apostillada del documento que acredite como su representante a la persona física que se ostente como tal.

Comprobante de domicilio.

Recibo que acredite el pago de alguno de los siguientes servicios.

- Suministro de energía eléctrica.
 - Telefonía residencial y celular sujeto a plan de pago fijo.
 - Gas natural.
 - Derechos por el servicio de suministro de agua.
 - Recibo de pago del impuesto predial.
 - Estados de cuenta bancarios.
 - Contrato de arrendamiento, debidamente inscrito ante la autoridad fiscal correspondiente.
- Documento que acredite domicilio en el lugar de residencia permanente.

GMX Seguros, pone a su alcance, para una consulta más clara y sencilla, los preceptos legales más utilizados en este cuestionario en la página web www.gmx.com.mx

¿Quiénes somos?

Grupo Mexicano de Seguros, S.A. de C.V., mejor conocido como **GMX Seguros**, con domicilio en Calle Tecoyotitla 412 Edificio **GMX**, Col. Ex Hacienda de Guadalupe Chimalistac, 01050, Ciudad de México, y portal de internet **www.gmx.com.mx**, es el responsable del uso y protección de sus datos personales, y hace de su conocimiento que tratará los datos personales no sensibles que Usted nos proporcione y que, a continuación se enlistan para los fines indicados en el presente Aviso de Privacidad.

¿Para qué fines utilizaremos sus datos personales?

Los datos personales proporcionados por Usted o a través de terceros o por vía electrónica, óptica, sonora, visual o por cualquier otro medio o tecnología y aquellos generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada, o que en su caso, se celebre con Usted los utilizaremos para las siguientes finalidades que son necesarias para el servicio que solicita:

- **Clientes** (Proponentes, solicitantes, contratantes, asegurados, beneficiarios, fideicomitentes, fideicomisarios y proveedores de recursos). Para la evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión del contrato de seguro, trámite a sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística, así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el propio contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable.

- **Recursos Humanos** (Candidatos y empleados). Para todos los fines vinculados con la selección, reclutamiento, capacitación, desarrollo, pagos de prestaciones laborales y cumplimiento de obligaciones fiscales.

- **Proveedores o prestadores de bienes y/o servicios** (incluye agentes de seguros). Para todos los fines vinculados con la relación jurídica/contractual que celebremos con usted.

De manera adicional, utilizaremos su información personal para las siguientes finalidades secundarias que no son necesarias para el servicio solicitado, pero que nos permiten y facilitan brindarle una mejor atención:

- Mercadotecnia o publicitaria.
- Prospección comercial.

¿Dónde puedo consultar el aviso de privacidad integral?

En caso de que no desee que sus datos personales se utilicen para estos fines secundarios, indíquelo a continuación:

No consiento que mis datos personales se utilicen para los siguientes fines:

- Mercadotecnia o publicitaria.
- Prospección comercial.

La negativa para el uso de sus datos personales para estas finalidades no podrá ser un motivo para que le neguemos los servicios y productos que solicita o contrata con nosotros.

Para conocer mayor información sobre los términos y condiciones en que serán tratados sus datos personales, como los terceros con quienes compartimos su información personal y la forma en que podrá ejercer sus **derechos ARCO**, puede consultar el aviso de privacidad integral en:

www.gmx.com.mx, www.medipet.mx, www.meditips.mx, www.guarderiatips.mx, a través de comunicados colocados en nuestras oficinas o en el correo electrónico **datos.personales@gmx.com.mx**

Manifiesto que previo a la obtención de los datos personales requeridos en el presente Cuestionario se ha puesto a mi disposición el Aviso de Privacidad Integral; Asimismo y una vez leído el Aviso de Privacidad que contiene el presente Cuestionario, consiento que mis datos personales sean tratados de conformidad con los términos y condiciones informados en el aviso de privacidad.

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 7 de septiembre de 2023, con el número RESP-S0092-0002-2023; a partir del día 10 de enero de 2020, con el número PPAQ-S0092-0002-2020/CONDUSEF-004184-03.

Cuest_MEDIPET_22.07.2023