



## SOLICITUD RECUPERA A TU MEDIDA

Los suscritos proponentes solicitamos a General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. ("General de Salud"), nos sea expedida una póliza individual/familiar, según corresponda, para lo cual, enterados del Aviso de Privacidad de General de Salud, otorgamos los datos.

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	
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			
Fecha de Nacimiento D   D   M   M   A   A   A   A		Actividad o giro		Estado civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/>			Número de hijos
Relación con el solicitante titular				Nombre de representante legal o director o administrador			

DATOS DEL SOLICITANTE TITULAR (LLENAR SÓLO SI ES DIFERENTE AL CONTRATANTE)							
Nombre(s) o razón social		Apellido paterno		Apellido materno		R.F.C. con homoclave	
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			
Fecha de Nacimiento D   D   M   M   A   A   A   A		Actividad o giro		Estado civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/>			Número de hijos

Complete la siguiente información de cada persona a considerar en el Plan

DATOS DE LOS SOLICITANTES					
No.	Parentesco	Apellido Paterno, Materno y Nombre (s)	Sexo F/M	Fecha de Nacimiento	Domicilio
1	Titular				
2					
3					
4					
5					
6					
¿Usted desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional dentro del gobierno federal, estatal o municipal en los últimos tres años, o bien, es cónyuge o dependiente económico de una persona con las funciones públicas señaladas? En caso afirmativo señale el cargo: _____					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

**DATOS DE LA PÓLIZA**

Llene las características del plan a contratar.

Inicio de Vigencia

D | D | M | M | A | A | A | A

INDEMNIZACIONES POR PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS	Esquema de Suma Asegurada	_____ %	
	Número de Intervenciones quirúrgicas	67 <input type="checkbox"/>	90 <input type="checkbox"/> Otro _____
	Número de Prótesis	7 <input type="checkbox"/>	Otro _____
	Número de Trasplantes	5 <input type="checkbox"/>	Otro _____

**FORMAS DE PAGO**

Anual     Semestral     Trimestral   
 Mensual     Otro: \_\_\_\_\_

**MEDIOS DE PAGO**

Ventanilla bancaria     Transferencia electrónica   
 Domiciliación     Página web   
 Call Center     Otro: \_\_\_\_\_

**CARGO A TARJETA DE CRÉDITO** No. de pagos \_\_\_\_\_

En caso de incumplir con el pago de la Prima será motivo de cancelación de la Póliza.

**“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.”**

**DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS**

Proporcione los datos de los(s) beneficiario(s). El total del porcentaje de participación deberá sumar entre todos los beneficiarios 100% por solicitante. En caso de que necesite más espacio para incluir a sus beneficiarios, deberá requisitar una hoja adicional

# Solicitante	Nombre completo o razón social del Beneficiario	Domicilio completo del Beneficiario	Fecha de Nacimiento o Acta Constitutiva	Participación (%)	Parentesco
			dd/mm/aaaa		
			dd/mm/aaaa		
			dd/mm/aaaa		
			dd/mm/aaaa		
			dd/mm/aaaa		
			dd/mm/aaaa		

# Solicitante	Nombre completo o razón social del Beneficiario	Domicilio completo del Beneficiario	Fecha de Nacimiento o Acta Constitutiva	Participación (%)	Parentesco
			dd/mm/aaaa		
			dd/mm/aaaa		
			dd/mm/aaaa		
			dd/mm/aaaa		

**Advertencia:** En el caso de que se 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 debe 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.

#### 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 aceptación de esta solicitud, los solicitantes confirmamos 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 Salud 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.

## IMPORTANTE

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 Salud.

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 Salud 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 aceptación de esta solicitud, otorgamos nuestro consentimiento para ser incluidos en el Plan de Salud de General de Salud, 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 Salud 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 Salud, el cual hemos tenido a la vista, por lo que liberamos a General de Salud 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 Salud 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 Salud para que la documentación contractual nos sea entregada a través de correo electrónico indicado en este formato. Lo anterior, salvo que expresamente instruyamos lo contrario a General de Salud en esta solicitud.

### Favor de indicar el tipo de entrega:

Correo electrónico del contratante

Correo electrónico del asegurado

Física

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

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Aceptación del contratante

## INTERMEDIARIO

El Intermediario que suscribe, cuyo nombre y aceptación 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 Intermediario 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 Intermediario 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 Salud y del propio Intermediario.

Nombre	Oficina o sucursal	Clave	Aceptación del Intermediario
Agente			
Promotor			

## DATOS UNE

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 Salud a los teléfonos 55 5270.8000 extensión 8883 y 8806, y del Interior de la República marca 800.2254.339 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@gsalud.com.mx](mailto:atencionaclientes@gsalud.com.mx) o visita [www.generaldesalud.mx](http://www.generaldesalud.mx).

## AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO

**I. Domicilio del responsable:** Av. Patriotismo No. 266, Colonia San Pedro de los Pinos, Benito Juárez, C.P. 03800, Ciudad de México. Dicho domicilio funge también para oír y recibir notificaciones.

### II. Finalidades necesarias y secundarias del tratamiento de los datos personales:

#### Finalidades necesarias:

1. Valuar de solicitudes de seguro, selección de riesgos, y en su caso, la emisión del contrato de seguro, sus renovaciones y la prestación de los servicios de asistencia incluidos, así como para la atención de siniestros y el trámite de reclamaciones de pago, según sea aplicable.
2. Regular los derechos y obligaciones que surgen por la celebración del Contrato de Seguro.
3. Cobrar, administrar, mantener o renovar la póliza de seguro; para remisión a otras Instituciones de Seguros o encargados, con el fin de poder evaluar el riesgo de cualquier propuesta relacionada con su contrato de seguro, tales como coaseguramiento coaseguramiento y reaseguro.
4. Integrar los expedientes que exige la normatividad aplicable; combate y prevención de ilícitos relacionados con nuestros productos y servicios, y para cumplimiento normativo en general.

**Finalidades secundarias:** Promoción de los productos y servicios del responsable y de sus empresas filiales y controladoras; fines de mercadotecnia, publicidad y prospección comercial.

General de Salud, Compañía de Seguros, S.A., pone a su disposición el aviso de privacidad integral en la página web [www.generaldesalud.mx/inicio/aviso-de-privacidad/](http://www.generaldesalud.mx/inicio/aviso-de-privacidad/), de acceso sencillo, fácil y gratuito, pudiendo consultarlo las 24 horas del día, los 365 días del año.

---

Acepto Aviso de Privacidad y consiento tratamiento de datos, incluidos los sensibles, para las finalidades antes especificadas.

**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 15 de septiembre de 2022, con el número CNSF-H0707-0059-2022/CONDUSEF-005563-01.**