

## AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

CON LA FINALIDAD DE AGILIZAR SU TRÁMITE, LE SOLICITAMOS NOS AYUDE A CONTESTAR TODOS LOS ESPACIOS CON LETRA DE MOLDE.						FECHA DE SOLICITUD		
						DÍA	MES	AÑO
NOMBRE DE LA EMPRESA O CONTRATANTE: <span style="float: right;">OBLIGATORIO</span>						NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: <span style="float: right;">OBLIGATORIO</span>		
TITULAR: APELLIDO PATERNO <span style="float: right;">OBLIGATORIO</span>			APELLIDO MATERNO <span style="float: right;">OBLIGATORIO</span>			NOMBRE (S) <span style="float: right;">OBLIGATORIO</span>		
ASEGURADO AFECTADO: APELLIDO PATERNO <span style="float: right;">OBLIGATORIO</span>			APELLIDO MATERNO <span style="float: right;">OBLIGATORIO</span>			NOMBRE (S) <span style="float: right;">OBLIGATORIO</span>		
FECHA DE NACIMIENTO		FECHA DE ALTA EN EL PROGRAMA DE SALUD			OCUPACIÓN		CORREO ELECTRÓNICO	
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	
TELÉFONO PARTICULAR: <span style="float: right;">OBLIGATORIO</span>						TELÉFONO CELULAR: <span style="float: right;">OBLIGATORIO</span>		
RFC: <span style="float: right;">OBLIGATORIO</span>						CURP: <span style="float: right;">OBLIGATORIO</span>		
NACIONALIDAD: <span style="float: right;">OBLIGATORIO</span>						LUGAR DE NACIMIENTO: <span style="float: right;">OBLIGATORIO</span>		
DOMICILIO COMPLETO: <span style="float: right;">OBLIGATORIO</span>						CIUDAD Y ESTADO: <span style="float: right;">OBLIGATORIO</span>		CÓDIGO POSTAL: <span style="float: right;">OBLIGATORIO</span>
¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS O PROGRAMA DE SALUD CON OTRA COMPAÑÍA? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EN CASO AFIRMATIVO, FAVOR DE INDICARNOS CON QUÉ COMPAÑÍA: _____ NÚMERO DE PÓLIZA: _____								
DATOS DEL EVENTO								
CAUSA DE RECLAMACIÓN: ACCIDENTE <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> EMBARAZO <input type="checkbox"/>						FECHA DE INICIO		
						DÍA	MES	AÑO
¿SU PRODUCTO ES INDEMNIZATORIO? NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NOMBRE DEL PLAN INDEMNIZATORIO: _____								
¿CUÁL FUE EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD?: _____								
EN CASO DE HABER SIDO UN ACCIDENTE, FAVOR DE DETALLAR CÓMO SUCEDIÓ: _____ _____ _____ _____								
LUGAR DE OCURRENCIA: _____								
LESIONES SUFRIDAS: _____ _____ _____								
¿SE REALIZARON ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EN CASO AFIRMATIVO, FAVOR DE ANEXAR LOS ESTUDIOS ORIGINALES CON SUS INTERPRETACIONES ¿QUÉ ESTUDIOS SE REALIZARON? _____								

## AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

DATOS DE LOS MÉDICOS QUE LO HAN ATENDIDO			
1	MÉDICO TRATANTE:	ESPECIALIDAD:	CÉDULA PROFESIONAL:
	DOMICILIO DEL CONSULTORIO:	TEL. CONSULTORIO:	CÉDULA ESPECIALIDAD:
2	HOSPITAL TRATANTE:	TEL HOSPITAL:	
	DOMICILIO DEL HOSPITAL:		

**NÚMERO DE SERIE DEL CERTIFICADO DIGITAL DE LA FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA (FIEL):** **OPCIONAL**

Declaro que los recursos de la póliza que recibo no serán destinados a ninguna actividad ilícita. Asimismo, declaro que los datos asentados son correctos y autorizo a la Aseguradora para comprobarlos a su entera satisfacción.

Declaro que actúo por cuenta propia y no por cuenta de un tercero.

\_\_\_\_\_

**Lugar y Fecha**

\_\_\_\_\_

**Firma del Titular**

\_\_\_\_\_

**Firma del Asegurado Afectado**

**NOTA:** Gastos no cubiertos en la póliza y con cargo al paciente: pañales, comida de los acompañantes, llamadas de larga distancia, gastos del recién nacido, caja fuerte, utensilios de uso personal, tales como pañuelos desechables, shampoo, maquillaje, zapatos, juguetes, flores, dulces, ropa, excedente de habitación estándar y películas.

**AVISO:** Se le informa que la inexacta o falsedad de declaración proporcionada en el presente cuestionario, invalidará toda responsabilidad de la Compañía. Autorizo a los Médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios, y/o establecimientos de salud, a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad accidente, o lesión y/o a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen a **General de Salud, Compañía de Seguros, S.A.**, aún cuando no exista una orden judicial o administrativa toda la información referente a mis antecedentes personales patológicos, historial clínico, indicaciones médicas, resultados de estudios de laboratorio y gabinete y cualquier información contenida en mi expediente clínico, misma que podrá ser requerida en cualquier momento que **General de Salud, Compañía de Seguros, S.A.** lo considere oportuno, inclusive después de mi fallecimiento. Con la presente autorización relevo de cualquier responsabilidad derivada del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información requerida, asimismo autorizo a las compañías de Seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguros para que proporcionen a **General de Salud, Compañía de Seguros, S.A.** o la información de su conocimiento y que a su vez **General de Salud, Compañía de Seguros, S.A.** proporcione a cualquier otra empresa del Sector Asegurador la información que requiera y que se derive de este documento y de otros que sean de su conocimiento.

## AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

### Aviso de Privacidad Integral Clientes, Asegurados y Beneficiarios de General de Salud, Compañía de Seguros, S.A.

**1. “Responsable” del tratamiento de sus datos personales.** General de Salud, Compañía de Seguros, S.A., es la persona moral que de acuerdo con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, (LFPDPPP) se entiende como el “Responsable” ya que decide sobre el tratamiento de los datos personales que recaba de usted, como “Titular” de los mismos. Este Aviso de Privacidad complementa cualesquiera otros avisos de privacidad que el “Responsable” haya puesto a su disposición por ser el titular de sus datos personales, y resulta supletorio en todo aquello que expresamente no refieran tales avisos.

**2. Domicilio del “Responsable”:** Av. Patriotismo No. 266, Colonia San Pedro de los Pinos, Benito Juárez, C.P. 03800, Ciudad de México.

**3. Datos personales que recaba el “Responsable”:** Estado Civil, fecha de nacimiento, país de nacimiento, ocupación, profesión, Registro Federal de Contribuyentes, Clave Única de Registro de Población, nacionalidad, lugar donde trabaja, sexo, documentos migratorios de ser aplicables y edad. **Al proporcionar datos personales relacionados con sus familiares y referencias, usted reconoce tener el consentimiento de éstos para que el “Responsable” trate sus datos para los fines que señala este Aviso y demás necesarios para el proceso de contratación. DATOS DE CONTACTO:** Domicilio, correo electrónico, correo electrónico de trabajo, teléfono fijo, teléfono de trabajo y teléfono celular. **PATRIMONIALES O FINANCIEROS:** Origen de los recursos para solicitar el seguro, información sobre dependientes económicos, ingresos, clave bancaria, estado de cuenta en caso de ser aplicable.

Si el producto de seguro contratado o la documentación del siniestro lo requiere, datos de otras pólizas de seguro relacionadas con el riesgo asegurado.

**4. Datos personales sensibles: Datos de salud** relativos a la valoración, preservación, cuidado, mejoramiento y recuperación de su estado de salud físico o mental, presente, pasado o futuro, así como características personales y físicas, hábitos, práctica de deportes, características físicas.

**Firma** autógrafa y electrónica; simple y principalmente **avanzada**, Número de serie del certificado digital, de la Firma Electrónica Avanzada **datos biométricos**, incluidos entre ellos huellas dactilares, fotografías, **voz y audio, o video grabación** con la finalidad de identificar y celebrar documentos contractuales que deriven del contrato de seguro, o grabación de llamadas telefónicas, relacionadas con la póliza, reclamaciones o siniestros.

Únicamente cuando la forma de **cobranza de su póliza de seguros sea vía telefónica, domiciliación o por medios electrónicos**, se le solicitará información financiera sensible: número de tarjeta de crédito o débito, vigencia y clave CVV (Card Verification Value) de dicha tarjeta bancaria.

**Geolocalización de dispositivos:** Para la prevención del lavado de dinero: Conocer la ubicación del dispositivo donde se realizó alguna contratación por parte del asegurado; Para brindarle asistencia en siniestros: Ubicar las coordenadas geográficas de latitud y longitud en que se encuentre el asegurado, por medio de las aplicaciones del “Responsable”.

Conocer la ubicación del dispositivo donde se celebró la Operación a través de Dispositivos de forma no presencial por parte del Cliente; Ubicar las coordenadas geográficas de latitud y longitud en que se encuentre el Dispositivo, por medio de las aplicaciones del “Responsable”, y en el caso aplicable para el cumplimiento **a las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.**

Señalar si ha ejercido funciones públicas destacadas en un país extranjero o territorio nacional.

**En caso de siniestro** recabaremos datos relativos al incidente: fecha, lugar, hora, lesionados, **datos de salud de los lesionados** relativos a la valoración, preservación, cuidado, mejoramiento y recuperación de su estado de salud físico o mental, presente, pasado o futuro, así como características personales y físicas, informe médico de los lesionados.

**Con finalidades de prevención de lavado de dinero:** Señalar si ha ejercido funciones públicas destacadas en un país extranjero o territorio nacional.

### **5. Finalidades necesarias del tratamiento de los datos personales:**

**a)** Valuar de solicitudes de seguro, selección de riesgos, y en su caso, la emisión del contrato de seguro, sus renovaciones y la

## AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

prestación de los servicios de asistencia incluidos el mismo, así como para la atención de siniestros y el trámite de reclamaciones de pago, reembolsos, endosos, según sea aplicable; **b)** Seguimiento a su estado de salud para fines inherentes a la póliza de seguro, a través de mensajes de texto SMS, llamada telefónica, correo electrónico, y encuestas en nuestra página web, a fin de ejercer los derechos y obligaciones que las leyes aplicables al contrato de seguro otorgan al Responsable; **c)** Regular los derechos y obligaciones que surgen por la celebración del contrato de seguro; **d)** Cobrar, administrar, mantener o renovar la póliza de seguro, para estadística; así como remisión a otras Instituciones de Seguros o encargados, con el fin de que estén en posibilidad de evaluar el riesgo de cualquier propuesta relacionada con su contrato de seguro, tales como coaseguro y reaseguro; **e)** Cumplimiento normativo y de obligaciones del Responsable, e integración de expedientes que exige la regulación aplicable, así como para prevenir y denunciar ilícitos relacionados con nuestros productos y servicios, tales como lavado de dinero, financiamiento al terrorismo, fraude, delitos patrimoniales. / FINALIDADES SECUNDARIAS: Para fines de mercadotecnia, publicidad, prospección comercial de nuestros productos y servicios, o para invitarlo a eventos institucionales.

De igual forma, en caso de que posteriormente no desee que sus "Datos" sean tratados para estos fines adicionales o secundarios, usted puede revocar su consentimiento en cualquier momento, mediante el envío de un correo electrónico a la siguiente dirección electrónica: [datospersonales@gsalud.com.mx](mailto:datospersonales@gsalud.com.mx)

### 6. ¿Con quién transfiere el "Responsable" sus datos personales y para qué fines?

a) A Empresas del grupo empresarial al cual pertenece el "Responsable", considerando que las mismas operan bajo las mismas políticas y procesos de protección de datos personales, y con la finalidad de dar cumplimiento a las obligaciones que derivan del contrato de seguros, b) A autoridades financieras, judiciales y administrativas, mexicanas y extranjeras, con la finalidad de dar cumplimiento a nuestras obligaciones derivadas de leyes o tratados internacionales, obligaciones tributarias, así como para el cumplimiento de oficios, notificaciones o requerimientos oficiales.  
c) A terceros con los que el "Responsable" tenga un contrato celebrado para cumplir con las obligaciones del contrato de seguro, es decir, aseguradoras y reaseguradores, contratantes de seguros de grupo y colectivos, agentes de seguros y gestores, d) Beneficiarios de coberturas, causahabientes, albaceas, e) Proveedores que resulten necesarios para cumplir con las obligaciones derivadas de su contrato de seguro, entre los cuales se encuentran de forma enunciativa, verificadores de campo, centros de contacto, hospitales, consultorios médicos, laboratorios, ambulancias, ajustadores, despachos externos, clínicas, servicios de asistencia, proveedores de asesoría médica telefónica, centros de contacto, proveedores de teleasistencia, servicios médicos, cobranza telefónica, plataformas digitales para la administración, facturación, y cobranza de productos, aplicaciones, contenidos y Páginas web relacionadas con el producto.

**Notas:** Toda transferencia se realizará solo cuando sea estrictamente indispensable y advirtiéndolo respecto a la confidencialidad de los datos personales y el presente Aviso de Privacidad. El "Responsable" no transferirá sus datos personales a terceros, para finalidades distintas a las establecidas en el presente Aviso de Privacidad, sin perjuicio de las excepciones contenidas en la Ley y su Reglamento. El "Responsable" no transferirá sus datos personales a terceros, para finalidades distintas a las establecidas en el presente Aviso de Privacidad, sin perjuicio de las excepciones contenidas en la Ley y su Reglamento, las anteriores transferencias por su propia naturaleza, no requieren que usted otorgue su consentimiento. El responsable no transferirá ni compartirá sus datos personales con terceros, para fines ajenos a los estipulados en el presente Aviso, ni para comercialización de productos ajenos a su grupo empresarial. Si sus datos deben ser transferidos a un Sujeto Obligado, como son las autoridades en ejercicio de sus funciones, sus datos estarán protegidos conforme a la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

### 7. El uso de tecnologías de rastreo en el portal de Internet del "Responsable".

Le informamos que en nuestra página web usamos cookies y otras tecnologías de rastreo de su comportamiento como usuario de internet, para una mejor experiencia al navegar en nuestra página. En materia de Internet, una cookie es una breve información que una página web envía a su computadora, la cual queda almacenada en su disco duro. De este modo, la próxima vez que ingrese a nuestro portal, podremos usar la información almacenada en la cookie para facilitarle el uso de nuestro sitio de Internet. Una cookie no nos permite conocer su identidad personal a menos que expresamente elija proporcionárnosla. La mayoría de las cookies expiran después de un periodo determinado de tiempo, o bien usted puede borrarlas en el momento en que lo desee de su explorador. Asimismo, puede hacer que su navegador le avise cuando recibe una cookie de manera que pueda aceptarla o rechazarla.

### 8. Medios para limitar el uso o divulgación de sus datos personales.

Usted cuenta con las siguientes opciones para limitar el uso o divulgación de sus datos personales:

Hacemos de su conocimiento que para la protección de sus "Datos" hemos instrumentado medidas de seguridad de carácter administrativo, físico y técnico con el objeto de evitar pérdidas, mal uso o alteración de su información, las cuales han sido implementadas, en términos de la "Ley", con el objeto de proteger sus datos contra cualquier daño, pérdida, alteración, destrucción o el

## AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

uso, acceso, tratamiento y divulgación no autorizados, así como acotar cualquier riesgo que pudiera llegar a presentarse Dichos datos serán tratados y resguardados con un alto estándar de seguridad, ética y estricta confidencialidad, y únicamente para los fines de la relación jurídica.

Asimismo hacemos de su conocimiento que, para limitar el uso o divulgación de sus "Datos", en cualquier momento podrá enviar su solicitud a nuestra dirección electrónica: [datospersonales@gsalud.com.mx](mailto:datospersonales@gsalud.com.mx). En caso de que su solicitud sea procedente, le notificaremos cuáles serán las acciones aplicables a su caso.

De igual forma, usted cuenta con las siguientes opciones:

- Solicitando su inscripción en el Registro Público de Consumidores, también conocido como "Registro Público para Evitar la Publicidad" previsto en la Ley Federal de Protección al Consumidor.
- Solicitando su inscripción en el Registro Público de Usuarios previsto en la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

### 9. Medios para ejercer los Derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición (Derechos ARCO).

Usted tiene los siguientes derechos respecto de sus datos personales, identificados como Derechos ARCO:

**Acceso:** Conocer qué datos personales tenemos de usted, para qué los utilizamos y las condiciones de su uso.

**Rectificación:** Solicitar la corrección de su información personal en caso de que esté desactualizada, sea inexacta o incompleta, proporcionando evidencia de la información correcta.

**Cancelación:** Que sus datos sean eliminados de nuestros registros o bases de datos cuando considere que no están siendo usados conforme a la normatividad aplicable

**Oposición:** Manifiestar su oposición al uso de sus datos personales para algún fin específico.

La forma para ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (Derechos ARCO), así como limitar el uso o divulgación de sus "Datos" y/o revocar el consentimiento que nos haya otorgado, será a través de los siguientes medios:

La forma para ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (Derechos ARCO), así como limitar el uso o divulgación de sus "Datos" o revocar el consentimiento que nos haya otorgado, será atendida por el Responsable Jurídico de Datos Personales de **General de Salud, Compañía de Seguros S.A.**, a través de los siguientes medios:

1. Enviando la solicitud de ejercicio de Derechos ARCO que ponemos a su disposición en nuestro sitio web [www.generaldesalud.mx](http://www.generaldesalud.mx) a nuestro correo electrónico: [datospersonales@gsalud.com.mx](mailto:datospersonales@gsalud.com.mx), o bien entregándola físicamente al domicilio del "Responsable" que se describe en el numeral 1. del presente documento, dirigido al **Responsable Jurídico de Datos Personales**.
2. Por escrito en formato libre cumpliendo los requisitos de la "Ley", enviado a nuestro correo electrónico: [datospersonales@gsalud.com.mx](mailto:datospersonales@gsalud.com.mx), o bien entregándola físicamente al domicilio del "Responsable" que se describe en el **numeral 1.** del presente documento.

### ¿En qué plazos responderemos su solicitud de derechos ARCO?

- 1) Cinco días hábiles, en caso de que necesitemos información adicional sobre su solicitud.
- 2) Usted contará con 10 días hábiles para proporcionar la información que le solicitamos adicionalmente; en caso de no proporcionar la misma dentro de ese plazo, se tendrá por no presentada la solicitud correspondiente, en términos de ley.
- 3) Contamos con 20 días hábiles para emitirle respuesta.
- 4) Si existe causa justificada, para otorgarle una respuesta adecuada, podremos ampliar este plazo por otros 20 días hábiles.
- 5) En caso de que haya procedido el ejercicio del derecho, General de Salud, Compañía de Seguros S.A., realizará las acciones necesarias para hacer efectivo su derecho ARCO correspondiente, en un plazo de 15 días hábiles, contados a partir del día siguiente en el que le haya notificado la respuesta que se describe en el numeral iv, o v.
- 6) Los plazos antes referidos podrán ser ampliados una sola vez por un periodo igual, siempre y cuando así lo justifiquen las circunstancias del caso.

### 10. Medidas de seguridad implementadas:

Hacemos de su conocimiento que para la protección de sus "Datos" hemos instrumentado medidas de seguridad de carácter administrativo, físico y técnico con el objeto de evitar pérdidas, mal uso o alteración de su información, las cuales han sido implementadas, en términos de la "Ley", con el objeto de proteger sus datos contra cualquier daño, pérdida, alteración, destrucción o el uso, acceso, tratamiento y divulgación no autorizados, así como acotar cualquier riesgo que pudiera llegar a presentarse Dichos datos serán tratados y resguardados con un alto estándar de seguridad, ética y estricta confidencialidad, y únicamente para los fines de la relación jurídica.

**11. Modificaciones al aviso de privacidad:** El presente aviso de privacidad puede sufrir modificaciones, cambios o actualizaciones derivadas de nuevos requerimientos legales, de las propias necesidades del "Responsable" por los servicios que ofrece, de las prácticas de privacidad

## AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

o por otras causas, por lo que el “Responsable” se reserva el derecho de efectuar en cualquier momento las modificaciones o actualizaciones que sean necesarias al presente aviso de privacidad.

El “Responsable” pondrá a disposición del cliente, la versión actualizada del aviso de privacidad, en la página de internet que a continuación se indica: [www.generaldesalud.mx](http://www.generaldesalud.mx) misma que el titular deberá de revisar cada 4 meses a efecto de conocer todas las actualizaciones.

Este Aviso de Privacidad complementa cualesquiera otros avisos de privacidad simplificados o cortos que el “Responsable” haya puesto a su disposición por ser el titular de sus datos personales y resulta supletorio en todo aquello que expresamente no refieran tales avisos.

### **12. Derecho de promover los procedimientos de protección de derechos y de verificación que sustancia el Instituto.**

Cualquier queja o información adicional respecto al tratamiento de sus datos personales o duda en relación con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares o con su Reglamento, podrá dirigirla al Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI).

### **13. Consentimiento**

En este acto reconozco haber recibido y leído el Aviso de Privacidad para Asegurados, Terceros y Beneficiarios de **General de Salud, Compañía de Seguros S.A.**, y en mi carácter de titular de los “Datos” proporcionados para los propósitos y bajo las condiciones de confidencialidad y seguridad establecidas en el presente Aviso de Privacidad y por la “Ley”.

---

Acepto Aviso de Privacidad y tratamiento  
de mis datos, incluyendo los sensibles.