



SOLICITUD RECUPERA COLECTIVO FLEXIBLE

Para facilitar los trámites de esta solicitud, escriba con letra de molde, no omita ningún otro dato y no escriba en las zonas sombreadas. El suscrito en carácter de ponente, solicita a la compañía, le sea expedida una póliza de salud, para lo cual ofrece los siguientes datos.

Fecha de solicitud	D D M M A A A A	No.
---------------------------	-------------------------------	------------

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	Registro de la empresa ante el IMSS
Teléfono celular	Teléfono fijo con clave lada	Correo electrónico		
Fecha de Constitución D D M M A A A A	Nacionalidad		Tipo o giro de la industria	

ESTRUCTURA CORPORATIVA									
Forma de administración de la sociedad: Administrador único <input type="checkbox"/> Consejo de administración <input type="checkbox"/>	¿Alguno de los socios o accionistas, miembros del consejo o administrador único desempeña o ha desempeñado cargo alguno dentro del gobierno estatal o federal de los últimos 4 años? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nombre de los accionistas</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Nombre de los accionistas	Porcentaje							Nombre: _____ Cargo: _____
Nombre de los accionistas	Porcentaje								

DATOS DEL APODERADO				
Nombre(s)		Apellido paterno	Apellido materno	Fecha de nacimiento D D M M A A A A
Calle	Número exterior	Número interior		Colonia
Población o localidad		Estado Municipio o alcaldía		Código postal
Nombre del Notario			No. Notaría	No. Poder

PLAN SOLICITADO	
Recupera <input type="checkbox"/>	Esquema de indemnización de suma asegurada 50 % <input type="checkbox"/> 100 % <input type="checkbox"/>

FORMAS DE PAGO	
Anual <input type="checkbox"/>	Semestral <input type="checkbox"/>
Trimestral <input type="checkbox"/>	Mensual <input type="checkbox"/>

¿Le han rechazado o aplazado alguna cobertura médica a su empresa en los últimos 12 meses? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, por favor indique la razón: _____
Características particulares o especiales de la colectividad que van a asegurar, así como la relación con el contratante: _____

Total de empleados _____

Programa de salud contributivo: Si No Regla para determinar la contribución: _____

¿Considera que existen circunstancias que se consideren determinantes para apreciar la posibilidad de cúmulos de pérdidas derivados de la ocurrencia simultánea de siniestros a varios integrantes de la colectividad, ocasionado en forma directa por la actividad que realicen estos? Si No

¿El seguro a contratar garantiza prestaciones u obligaciones a cargo del contratante? Si No

IMPORTANTE

“Las personas que ingresen a la Colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la colectividad de que se trate. Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en el que se haya comunicado esta situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hacen quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza”. Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contando a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza. “Las personas que se separen definitivamente de la colectividad asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos a quién les hayan aportado en la proporción correspondiente”.

SE PREVIENE AL SOLICITANTE QUE CONFORME A LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO. DEBE DECLARAR TODOS LOS HECHOS IMPORTANTES A QUE SE REFIERE ESTA SOLICITUD, TAL Y COMO LOS CONOZCA O DEBA CONOCER AL MOMENTO DE FIRMAR, EN LA INTELIGENCIA QUE LA INEXACTA, FALSA O NO DECLARACIÓN DE ALGÚN HECHO IMPORTANTE PARA LA APRECIACIÓN DEL RIESGO, FACULTARÁ A LA ASEGURADORA A CONSIDERAR RESCINDIDO DE PLENO DERECHO EL CONTRATO”.

Le informamos que el seguro cuenta con coberturas, exclusiones y limitaciones, por lo que antes de contratar, lo invitamos a consultarlas en www.generaldesalud.mx

La compañía brinda a todos sus usuarios, igual trato en la atención o contratación de productos, sin importar género, raza, políticas, etnia, discapacidad física, preferencias sexuales, creencias religiosas, edad, condición social o de salud, opiniones, estado civil, salvo por causas que afecten la seguridad del personal de la compañía, sus clientes o instalaciones o bien por causas previstas en la normativa aplicable, respecto la suscripción del producto.

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

Lugar y Fecha: _____

Nombre: _____

Firma

“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.”

AGENTE

Nombre del Representante Legal del Proponente	Puesto	Firma
-----------------------------------------------	--------	-------

NOMBRE	OFICINA O SUCURSAL	CLAVE	PARTICIPACIÓN	FIRMA (PARA ASPECTOS INTERNOS DE LA COMPAÑÍA)
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 o visita www.generaldesalud.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 seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 23 de Febrero del 2011, con el número CNSF-H0707-0093-2010/CONDUSEF-000688-01, a partir del día 01 de Abril del 2015, con el número RESP-H0707-0023-2015 y a partir del día 17 de Junio del 2016, con el número RESP-H0707-0007-2016”.