



SOLICITUD DE SEGURO “MENORES FLEX-SALUD3 INDIVIDUAL”

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				
Teléfono celular	Teléfono fijo con clave lada	Correo electrónico		Fecha de Nacimiento/constitución
Estado civil		Número de hijos		Actividad o giro
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				
Teléfono celular	Teléfono fijo con clave lada	Correo electrónico		Fecha de Nacimiento/constitución
Estado civil		Número de hijos		Actividad o giro

Por favor complete la siguiente información de cada persona a considerar en el Plan de Salud.

Nota: C= Cónyuge, D1= Dependiente 1, D2 = Dependiente 2, D3 = Dependiente 3, D4 = Dependiente 4

	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)	PARENTESCO	SEXO M / F	NACIMIENTO		
						DÍA	MES	AÑO
C								
D1								
D2								
D3								
D4								

¿Los solicitantes viven actualmente en el domicilio del solicitante titular? En caso de respuesta negativa, especifíquelo

C	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____
D1	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____
D2	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____
D3	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____
D4	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	_____

¿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 _____	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-----------------------------

DATOS DE LA PÓLIZA

Inicio de Vigencia	D D M M A A A A
--------------------	-------------------------------

COBRANZA

Forma de Pago		Medio de Pago	
Mensual <input type="checkbox"/>	Trimestral <input type="checkbox"/>	Ventanilla bancaria <input type="checkbox"/>	Página Web <input type="checkbox"/>
Semestral <input type="checkbox"/>	Anual <input type="checkbox"/>	Transferencia electrónica <input type="checkbox"/>	Call Center <input type="checkbox"/>

Marque con "X" la cobertura deseada para crear su plan, después llene las características de la cobertura seleccionada. Las coberturas marcadas con un (*) solo se pueden otorgar si selecciona la cobertura "MANTENIMIENTO DE LA SALUD".

Medicina Preventiva	X	Suma Asegurada en pesos mexicanos	\$50,000 <input type="checkbox"/>
Mantenimiento de la Salud			Otra:
Servicios Auxiliares de Diagnóstico*			\$ _____
Servicios Odontológicos			
Urgencias Médicas		Suma Asegurada en pesos mexicanos	\$1,000 <input type="checkbox"/>
Medicamentos*			\$2,000 <input type="checkbox"/>
			Otra:
			\$ _____

“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.”

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.

En caso de que, en el presente o en el futuro, el Contratante, Asegurado o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de General de Salud, si el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, o que resulte dubitativa por considerarse que pudiere favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los artículos 139, 139 Quáter, 148 Bis o 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o

Beneficiario(s), sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta, disposición Septuagésima o Septuagésima Primera o disposición Septuagésima Séptima del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que **General de Salud** tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante (s), Asegurado (s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

General de Salud consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas será consignada a favor de la autoridad correspondiente. 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.

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 o visita 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 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/, 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 02 de mayo de 2024, con el número CNSF-H0707-0015-2024/ CONDUSEF-006411-01.