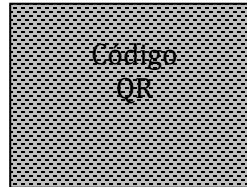




Patriotismo 266
 San Pedro de los Pinos
 03800 | CDMX
 Tel: (55) 5270.8000



Fecha de Solicitud		
DÍA	MES	AÑO
Grupo		
NO.		

Para facilitar los trámites de esta solicitud, escriba con letra de molde, **no omita ningún dato y no escriba en las zonas sombreadas**, el suscrito en carácter de proponente, solicita a General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. le sea expedida una Póliza del Plan de Salud, para lo cual, enterados del Aviso de Privacidad de General de Salud, otorgamos los datos.

DATOS DEL CONTRATANTE			
Nombre (s) o razón social	Apellido paterno	Apellido materno	Nacionalidad
Calle	Número exterior	Número interior	C. P:
Población o localidad	Estado	Municipio o alcaldía	
Teléfono celular	Teléfono fijo con clave lada	Correo electrónico	
Fecha de Constitución	R.F.C.	Registro de la empresa ante el IMSS	
Actividad o giro	Origen de los recursos		
Nombre del representante	Fecha de nacimiento	No. De identificación (No. De pasaporte o clave IFE/INE)	
R.F.C.	Puesto	Correo electrónico	

DATOS DE LA PÓLIZA	
PLAN DE SALUD SOLICITUD	COBERTURA COMPLEMENTARIA
Distinguido <input type="checkbox"/> Preferente <input type="checkbox"/> Especial <input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Medicamentos* <input type="checkbox"/> *Suma asegurada de Medicamentos: \$ _____ *La cobertura solo se puede elegir con planes que tengan la cobertura de Mantenimiento de la Salud.
Descripción de coberturas _____ Suma Asegurada: \$ _____	Emergencia en el extranjero* * <input type="checkbox"/> **La cobertura solo se puede elegir con planes que tengan la cobertura de Hospitalización.
	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"/>

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

¿Le han rechazado o aplazado alguna cobertura médica a su empresa en los últimos 12 meses?
 Si () No () en caso afirmativo, por favor indique la razón _____

¿Ha tenido su empresa un seguro médico o programa de salud en los últimos 3 meses?
 Si () No () en caso afirmativo, por favor indique: ¿Qué tipo de cobertura? _____

¿Desde cuándo? _____ ¿Hasta qué fecha? _____ ¿Con qué compañía? _____

Favor de anexar copia de la carátula de la póliza y del último recibo de pago

Características particulares o especiales del colectivo que va a asegurar, así como su relación con el contratante _____

Total de empleados _____ Programa de salud contributivo Si () No () Regla para la determinar la contribución _____

¿Considera que existen circunstancias que se consideren determinantes para apreciar la posibilidad de cúmulos de pérdidas derivadas 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 ()

“Las personas que ingresen a la Colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que haya dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los 30 días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento 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 que se le haya comunicado esa situación podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hacen 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, contado 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 hacerlos 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 quienes la 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”.

“ESTE DOCUMENTO SÓLO CONSTITUYE UNA SOLICITUD DE SEGURO Y POR TANTO, NO REPRESENTAN 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”.

En caso de aceptación por parte de General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. y previo consentimiento expreso por escrito por parte del solicitante, contratante o asegurado, se podrán entregar las Condiciones Generales y demás documentación contractual en formato PDF (portable document format), o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico que al afecto provea el solicitante, contratante o asegurado.

Favor de seleccionar la opción deseada para la entrega de la Documentación Contractual:

Formato Electrónico

Medio Impreso

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

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.

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).

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:

Firma del Representante

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	Sucursal u Oficina	Clave	Participación	Firma
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 atencionclientes@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 01 de julio de 2024, con el número CNSF-H0707-0031-2024/CONDUSEF-006490-01.