

FECHA		
DÍA	MES	AÑO
GRUPO		
NO.		

Solicitud Colectivo Multi-Salud

PARA FACILITAR LOS TRÁMITES DE ESTA SOLICITUD, ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE. NO OMITA NINGÚN DATO Y NO ESCRIBA EN LA ZONAS SOMBRADAS. EL SUSCRITO EN CARÁCTER DE PROPONENTE, SOLICITA A GENERAL DE SALUD, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. LE SEA EXPEDIDA UNA PÓLIZA DEL PROGRAMA DE SALUD PARA LO CUAL OFRECE LOS SIGUIENTES DATOS.

NOMBRE DEL CONTRATANTE (RAZÓN SOCIAL):		NACIONALIDAD:	
CALLE:		NÚMERO:	C. P:
COLONIA:	ESTADO:	CIUDAD:	
TELÉFONO 1:		TELÉFONO 2:	
FECHA DE CONSTITUCIÓN: DÍA MES AÑO	R.F.C.:	REGISTRO DE LA EMPRESA ANTE EL IMSS:	
TIPO O GIRO DE LA EMPRESA:		ORIGEN DE LOS RECURSOS:	
NOMBRE DEL REPRESENTANTE:		FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES AÑO	NO. DE IDENTIFICACIÓN (NO. DE PASAPORTE O CLAVE IFE/INE):
R.F.C.:	PUESTO:	CORREO ELECTRÓNICO:	

PROGRAMA DE SALUD SOLICITADO

DISTINGUIDO PREFERENTE ESPECIAL
 PRIMARIO OTRO
 DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS _____
 BENEFICIO MÁXIMO: \$ _____

FORMAS DE PAGO

ANUAL SEMESTRAL TRIMESTRAL MENSUAL

COBERTURAS ADICIONALES

EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO

¿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 CONTRIBUTORIO 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 ÉSTOS? 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 hayan 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 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, 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 efecto 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

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 a 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

Para cualquier aclaración, queja, o duda no resuelta en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. al teléfono 55.5270.8000 y del interior de la República marque 800.2254.339 y/o en la dirección Avenida Patriotismo No. 266, Colonia San Pedro de los Pinos, Código Postal 03800, Ciudad de México. y/o al correo electrónico atencionaclientes@gsalud.com.mx; o visite www.generaldesalud.com.mx

FIRMA DEL REPRESENTANTE O PROPONENTE, CONFIRMANDO LA VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL REPRESENTANTE

NOMBRE	SUCURSAL U OFICINA	CLAVE	PARTICIPACIÓN	FIRMA
AGENTE				
PROMOTOR				

“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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 13 de Abril del 2016, con el número CNSF-H0707-0016-2016/CONDUSEF-000032-01 y a partir del día 20 de Junio de 2016, con el número RESP-H0707-0012-2016”.