GENERAL DE SALUD

OFICINA MATRIZ
Patriotismo 266
San Pedro de los Pinos
03800 | CDMX | Tel. 55.1000.6907
Del Interior de la República 01800.2254.339

FECHA DE SOLICITUD		
DÍA	MES	AÑO

Solicitud de Salud Vital y Multisalud Individual

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

DATOS DEL CONTRATANTE

NOMBRE(S) Ó RAZÓN SOCIAL	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

RELACIÓN CON EL SOLICITANTE TITULAR:	TELÉFONO (OBLIGATORIO):	ESTADO CIVIL:

R.F.C.	C.U.R.P.	NACIONALIDAD:	FECHA DE NACIMIENTO (DÍA MES AÑO)

C.P.	CALLE:	NÚMERO.EXT.	NÚMERO INT.	COLONIA:

DELEGACIÓN O MUNICIPIO:	CIUDAD:	ESTADO:	OCUPACIÓN O PROFESIÓN:

ACTIVIDAD O GIRO DEL NEGOCIO (SÓLO PERSONAS MORALES):	CORREO ELECTRÓNICO (OBLIGATORIO):	ORIGEN DE LOS RECURSOS:

DATOS DEL TITULAR (LLENAR SÓLO SI ES DIFERENTE AL CONTRATANTE)

NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

TELÉFONO (OBLIGATORIO):	R.F.C.	C.U.R.P.

ESTADO CIVIL:	NÚMERO DE HIJOS:	NACIONALIDAD:	FECHA DE NACIMIENTO (DÍA MES AÑO)

C.P.	CALLE:	NÚMERO.EXT.	NÚMERO INT.	COLONIA:

DELEGACIÓN O MUNICIPIO:	CIUDAD:	ESTADO:	OCUPACIÓN O PROFESIÓN:

ACTIVIDAD O GIRO DEL NEGOCIO:	CORREO ELECTRÓNICO (OBLIGATORIO):

FAVOR DE LLENAR ESTA ÁREA EN CASO DE SOLICITAR EL PRODUCTO DE SALUD VITAL

DATOS DE LA PÓLIZA

CÍRCULO HOSPITALARIO	DEDUCIBLE	BENEFICIO MÁXIMO	COPAGO
PLUS 1000 ☐	$ 0 ☐	$ 10´000,000 ☐	10 % ☐
PLUS 500 ☐	$ 3,000 ☐	$ 5´000,000 ☐	15 % ☐
PLUS 100 ☐	$ 5,000 ☐	$ 3´000,000 ☐	20 % ☐
	$ 10,000 ☐	$ 2´000,000 ☐	25 % ☐

COBERTURAS ADICIONALES

COBERTURA DE INMUNIZACIONES BÁSICAS ☐ COBERTURA DE ESTUDIOS PREVENTIVOS PARA ADULTOS ☐
COBERTURA DE ELIMINACIÓN DE RECARGO POR CAMBIO DE ZONA ☐ EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO ☐

FAVOR DE LLENAR ESTA ÁREA EN CASO DE SOLICITAR EL PRODUCTO DE MULTI-SALUD

PROGRAMA DE SALUD SOLICITADO

DISTINGUIDO ☐ PREFERENTE ☐ ESPECIAL ☐ PRIMARIO ☐

BENEFICIO MÁXIMO _____

COBERTURAS ADICIONALES

EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO ☐

FORMAS DE PAGO

ANUAL ☐ SEMESTRAL ☐ TRIMESTRAL ☐
MENSUAL ☐ DESC. POR NÓMINA ☐ NO. DE EMP. _____

CARGO A TARJETA

TARJETA DE DÉBITO O CUENTA DE CHEQUES ☐ TARJETA DE CRÉDITO ☐

S-04-VYM

POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE CADA PERSONA A CONSIDERAR EN EL PROGRAMA DE SALUD. LLENAR AL MENOS EL CUADRO DEL TITULAR EN CASO DE NO HABER MÁS ASEGURADOS.

	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)	LUGAR DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO M / F	FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO
1	TITULAR								
2									
3									
4									
5									

¿LE HAN RECHAZADO O APLAZADO ALGUNA COBERTURA MÉDICA A USTED O A ALGUNO DE SUS DEPENDIENTES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?

SI ( ) NO ( ) EN CASO AFIRMATIVO, POR FAVOR INDIQUE LA RAZÓN _____

¿USTED O SUS DEPENDIENTES HAN TENIDO ALGUNA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS O PROGRAMA DE SALUD?

SI ( ) NO ( ) EN CASO AFIRMATIVO, POR FAVOR INDIQUE QUIÉN _____ **¿DESDE CUÁNDO?** ____/__ _/___

¿HASTA QUÉ FECHA? _____/___ _/____ **¿CON QUÉ COMPAÑÍA?** _____ **TIPO DE COBERTURA** _____

PARA EFECTOS DE RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD, FAVOR DE ANEXAR COPIA DE LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y DEL ÚLTIMO RECIBO DE PAGO

INFORMACIÓN SOBRE LAS ACTIVIDADES DEL (LOS) SOLICITANTE(S)

RECOMENDACIONES PARA AGILIZAR EL PROCESO DE SUSCRIPCIÓN DE SALUD:
INDICAR SU ACTIVIDAD OCUPACIONAL EN FORMA CLARA Y PRECISANDO SUS LABORES COTIDIANAS. SI TIENE OTRA ACTIVIDAD OCUPACIONAL DIFERENTE A LA DESCRITA COMO PRINCIPAL, DETALLE EN LAS LÍNEAS AL FINAL. EN LA COLUMNA REFERENTE A DEPENDIENTES INDICAR EL NOMBRE. SI HAY MÁS DE UN DEPENDIENTE CON OCUPACIÓN LABORAL, POR FAVOR ESPECIFÍQUELO EN UNA HOJA APARTE FIRMADA POR EL SOLICITANTE Y/O CONTRATANTE.

DATOS GENERALES	TITULAR	CÓNYUGE	DEPENDIENTE ECONÓMICO 1	DEPENDIENTE ECONÓMICO 2	DEPENDIENTE ECONÓMICO 3
ACTIVIDAD OCUPACIONAL:					
PROFESIÓN:					
NOMBRE DE LA EMPRESA:					
GIRO:					
SECTOR:	PÚBLICO ☐ PRIVADO ☐	PÚBLICO ☐ PRIVADO ☐	PÚBLICO ☐ PRIVADO ☐	PÚBLICO ☐ PRIVADO ☐	PÚBLICO ☐ PRIVADO ☐
CIUDAD Y ESTADO:					

*** OCUPACIÓN O PROFESIÓN: FAVOR DE EXPLICAR DETALLADAMENTE EL TRABAJO O ACTIVIDAD QUE REALIZA. EN CASO DE UTILIZAR EQUIPO DE SEGURIDAD FAVOR DE MENCIONARLO:**

_____

POLÍTICA DE FAMILIA INTEGRAL. EN CASO DE SOLICITAR EL SEGURO SOLAMENTE PARA USTED Y CUENTA CON CÓNYUGE E HIJOS, FAVOR DE ESPECIFICAR EL MOTIVO POR EL CUAL NO LOS INCLUYE EN LA SOLICITUD.

_____

ANTECEDENTES FAMILIARES

ALGÚN FAMILIAR HA PRESENTADO ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES PADECIMIENTOS Y/O ENFERMEDADES SI ( ) NO ( ) EN CASO AFIRMATIVO MÁRQUELO(S) CON UNA **"X"**

1. INFARTO	5. RENALES	9. REUMÁTICAS	13. HEPATITIS
2. DIABETES	6. MENTALES	10. PULMONARES	14. ÚLCERA GÁSTRICA
3. CÁNCER	7. CONGÉNITAS	11. OBESIDAD	15. ENFERMEDADES DE LA SANGRE (LEUCEMIAS, HEMOFILIA, ETC.)
4. ENFERMEDADES DEL CORAZÓN	8. HIPERTENSIÓN ARTERIAL	12. GOTA	16. VASCULARES-CEREBRALES

¿QUÉ FAMILIAR? (ANOTE EL NÚMERO SEGÚN EL PADECIMIENTO MARCADO)								
	DEL TITULAR				DEL CÓNYUGE			
PADRE					PADRE			
MADRE					MADRE			
HERMANOS					HERMANOS			
TÍOS 1ER. GRADO					TÍOS 1ER. GRADO			

EN CASO DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS, INDIQUE SITUACIÓN ACTUAL DE SU FAMILIAR:

INFORMACIÓN GENERAL

	TITULAR	CÓNYUGE	DEPENDIENTE 1	DEPENDIENTE 2	DEPENDIENTE 3
PESO EN KILOGRAMOS					
ESTATURA EN MTS. Y CMS.					
ALERGIAS					
RELACIÓN CON EL TITULAR					

HISTORIA CLÍNICA

POR FAVOR PROPORCIONE INFORMACIÓN CONTESTANDO DETALLADAMENTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS. SI CONSIDERA QUE HAY MÁS INFORMACIÓN QUE DEBA SABER GENERAL DE SALUD, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. POR FAVOR ESPECIFÍQUELO EN UNA HOJA APARTE FIRMADA POR EL SOLICITANTE Y/O CONTRATANTE.

SI ES LA PRIMERA VEZ QUE SOLICITA UNA PÓLIZA INDIVIDUAL O FAMILIAR FAVOR DE LLENAR EN SU TOTALIDAD EL SIGUIENTE CUESTIONARIO.
SI USTED ES ACTUALMENTE ASEGURADO DE GENERAL DE SALUD Y DESEA CAMBIARSE A OTRO PLAN FAVOR DE LLENAR SOLAMENTE LOS REACTIVOS 1 AL 9.

REACTIVO	TITULAR	CÓNYUGE	DEPENDIENTE 1	DEPENDIENTE 2	DEPENDIENTE 3
1. ¿ESTÁ SUJETO A ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO?	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____
2. ¿LE HAN PRACTICADO O TIENE PENDIENTE ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?	SI ☐ NO ☐ MOTIVO(S) _____ FECHA (S) _____	SI ☐ NO ☐ MOTIVO(S) _____ FECHA (S) _____	SI ☐ NO ☐ MOTIVO(S) _____ FECHA (S) _____	SI ☐ NO ☐ MOTIVO(S) _____ FECHA (S) _____	SI ☐ NO ☐ MOTIVO(S) _____ FECHA (S) _____
3. ¿SE LE HAN REALIZADO O TIENE PENDIENTE ESTUDIOS DE LABORATORIO, RADIOGRAFÍAS, ELECTROCARDIOGRAMAS, RESONANCIA, TOMOGRAFÍA, BIOPSIA, ULTRASONIDO, ENTRE OTROS?	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ MOTIVO(S) _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ MOTIVO(S) _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ MOTIVO(S) _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ MOTIVO(S) _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ MOTIVO(S) _____
4. TUMORES O NEOPLASIAS (Cáncer de mama, Cervicouterino, Próstata, Pulmonar, Melanoma, Linfoma, Leucemia, entre otros)	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____
5. SISTEMA CIRCULATORIO (Hipertensión Arterial Infarto agudo al miocardio, Angina de pecho, Insuficiencia cardiaca, Varices, Hemorroides, entre otros)	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____
6. SISTEMA ENDOCRINO (Diabetes mellitus, Obesidad, Tiroides, Hipófisis, Suprarenales, entre otros)	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____
7. ¿PRACTICA ALGÚN DEPORTE PELIGROSO? (Charrería, esquí, buceo, paracaidismo, tauromaquia, motociclismo, entre otros)	SI ☐ NO ☐ PROFESIONAL ☐ AMATEUR ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ PROFESIONAL ☐ AMATEUR ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ PROFESIONAL ☐ AMATEUR ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ PROFESIONAL ☐ AMATEUR ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ PROFESIONAL ☐ AMATEUR ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____
8. ¿OTRAS ENFERMEDADES, AFECCIONES O LESIONES DIFERENTES A LAS SEÑALADAS ANTERIORMENTE?	SI ☑ NO ☑ ¿CUÁL (ES)? _____ FECHA _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ FECHA _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ FECHA _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ FECHA _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ FECHA _____
9. ¿ACTUALMENTE ESTÁ USTED EMBARAZADA?	SI ☐ NO ☐ SEMANAS DE GESTACIÓN _____	SI ☐ NO ☐ SEMANAS DE GESTACIÓN _____	SI ☐ NO ☐ SEMANAS DE GESTACIÓN _____	SI ☐ NO ☐ SEMANAS DE GESTACIÓN _____	SI ☐ NO ☐ SEMANAS DE GESTACIÓN _____

REACTIVO	TITULAR	CÓNYUGE	DEPENDIENTE 1	DEPENDIENTE 2	DEPENDIENTE 3
10. ¿CON QUÉ FRECUENCIA INGIERE BEBIDAS ALCOHÓLICAS?	DIARIO ☐ SEMANAL ☐ QUINCENAL ☐ MENSUAL ☐ NUNCA ☐	DIARIO ☐ SEMANAL ☐ QUINCENAL ☐ MENSUAL ☐ NUNCA ☐	DIARIO ☐ SEMANAL ☐ QUINCENAL ☐ MENSUAL ☐ NUNCA ☐	DIARIO ☐ SEMANAL ☐ QUINCENAL ☐ MENSUAL ☐ NUNCA ☐	DIARIO ☐ SEMANAL ☐ QUINCENAL ☐ MENSUAL ☐ NUNCA ☐
11. ¿ACTUALMENTE FUMA? ESPECIFIQUE CANTIDAD	SI ☐ NO ☐ CIGARRO☐ PURO☐ PIPA☐ CANTIDAD _____ FRECUENCIA _____	SI ☐ NO ☐ CIGARRO☐ PURO☐ PIPA☐ CANTIDAD _____ FRECUENCIA _____	SI ☐ NO ☐ CIGARRO☐ PURO☐ PIPA☐ CANTIDAD _____ FRECUENCIA _____	SI ☐ NO ☐ CIGARRO☐ PURO☐ PIPA☐ CANTIDAD _____ FRECUENCIA _____	SI ☐ NO ☐ CIGARRO☐ PURO☐ PIPA☐ CANTIDAD _____ FRECUENCIA _____
12. ¿HA CONSUMIDO DROGAS O ESTIMULANTES?	SI ☐ NO ☐ CLASE _____ CANTIDAD _____ FRECUENCIA _____	SI ☐ NO ☐ CLASE _____ CANTIDAD _____ FRECUENCIA _____	SI ☐ NO ☐ CLASE _____ CANTIDAD _____ FRECUENCIA _____	SI ☐ NO ☐ CLASE _____ CANTIDAD _____ FRECUENCIA _____	SI ☐ NO ☐ CLASE _____ CANTIDAD _____ FRECUENCIA _____
13. ¿PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD?	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____
14. ¿HA ESTADO INTERNADO EN ALGÚN HOSPITAL O CLÍNICA?	SI ☐ NO ☐ MOTIVO(S) _____ FECHA(S) _____	SI ☐ NO ☐ MOTIVO(S) _____ FECHA(S) _____	SI ☐ NO ☐ MOTIVO(S) _____ FECHA(S) _____	SI ☐ NO ☐ MOTIVO(S) _____ FECHA(S) _____	SI ☐ NO ☐ MOTIVO(S) _____ FECHA(S) _____

¿ALGUNA DE LAS PERSONAS QUE VAN A INCLUIRSE EN LA PRESENTE PÓLIZA LE HA SIDO DIAGNOSTICADO, PADECE, HA PADECIDO, ESTÁ O HA ESTADO EN TRATAMIENTO POR ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?:					
15. CONGÉNITAS Y/O MALFORMACIONES DE NACIMIENTO	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____
16. SISTEMA SANGRE E INMUNOLÓGICOS (Anemia, Púrpura, Defectos de la Coagulación, del Bazo, Lupus Eritematoso, Inmunodeficiencias, entre otros)	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____
17. INFECCIOSAS (Tuberculosis, Sífilis, Encefalitis, Meningitis, Herpes Zoster, SIDA Hepatitis Viral, entre otras)	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____
18. SISTEMA NERVIOSO (Epilepsia, Esclerosis múltiple, Parálisis Cerebral, Hidrocefalia, Enfermedad Cerebro-Vascular, Retraso mental, Trastornos de la personalidad, entre otros)	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____
19. SISTEMA RESPIRATORIO (Neumonía, Bronquitis crónica, Rinitis, Enfisema, Asma, Insuficiencia respiratoria, entre otras)	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____
20. SISTEMA DIGESTIVO (Hernia hiatal, Esofagitis, Úlcera Gástrica o Duodenal, Gastritis, Colecistitis, Colitis, Divertículos, Pancreatitis, Insuf. Hepática, entre otras)	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____

REACTIVO	TITULAR	CÓNYUGE	DEPENDIENTE 1	DEPENDIENTE 2	DEPENDIENTE 3
21. HERNIAS (de la Columna Vertebral, Inguinal, Umbilical, Ventral, Diafragmática, entre otras)	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____
22. SISTEMA GENITOURINARIO (Cálculo renal, Hiperplasia de Próstata, Pielonefritis, Trastornos de Vejiga, Glomerulonefritis, Insuficiencia Renal, Trastornos de los Testículos, entre otros)	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____
23. SISTEMA OSTEOMUSCULAR (Trastornos de la Columna Vertebral, Rodilla, Artritis, Gota, Osteoporosis, entre otras)	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____
24. OJOS (Cataratas, Desprendimiento de Retina, Glaucoma, Estrabismo, Ceguera, entre otros)	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____
25. OÍDO (Vértigo, Otitis de Repetición, Otoesclerosis, Disminución en la Audición, entre otras)	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ DESDE _____
26. ¿HA SUFRIDO ALGÚN ACCIDENTE QUE AMERITARA TRATAMIENTO HOSPITALARIO O QUIRÚRGICO?	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ SECUELAS _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ SECUELAS _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ SECUELAS _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ SECUELAS _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ SECUELAS _____
27. ¿UTILIZA ALGÚN TIPO DE PRÓTESIS O HA PERDIDO ALGÚN MIEMBRO DE SU CUERPO?	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ FECHA _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ FECHA _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ FECHA _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ FECHA _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ FECHA _____
28. PROPORCIONE INFORMACIÓN SOBRE SU MÉDICO DE CABECERA	NOMBRE _____ ESPECIALIDAD _____ TELÉFONO _____ DOMICILIO _____	NOMBRE _____ ESPECIALIDAD _____ TELÉFONO _____ DOMICILIO _____	NOMBRE _____ ESPECIALIDAD _____ TELÉFONO _____ DOMICILIO _____	NOMBRE _____ ESPECIALIDAD _____ TELÉFONO _____ DOMICILIO _____	NOMBRE _____ ESPECIALIDAD _____ TELÉFONO _____ DOMICILIO _____

SÓLO MUJERES

REACTIVO	TITULAR	CÓNYUGE	DEPENDIENTE 1	DEPENDIENTE 2	DEPENDIENTE 3
29. ¿HA TENIDO O TIENE ALGUNA ENFERMEDAD O MOLESTIA EN LAS GLÁNDULAS MAMARIAS, ÚTERO, OVARIO Y/O CÉRVIX?	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ FECHA _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ FECHA _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ FECHA _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ FECHA _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ FECHA _____
30. ¿HA TENIDO O TIENE ALGÚN TRASTORNO MENSTRUAL?	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ FECHA _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ FECHA _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ FECHA _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ FECHA _____	SI ☐ NO ☐ ¿CUÁL (ES)? _____ FECHA _____

EN CASO DE RESPUESTA(S) AFIRMATIVA(S) EN CUESTIONARIO PREVIO, FAVOR DE AMPLIAR INFORMACIÓN:					
SOLICITANTE	PREGUNTA No.	NOMBRE DE LAS ENFERMEDADES, AFECCIONES, LESIONES, ESTUDIOS, TRATAMIENTOS, INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y COMPLICACIONES	NÚMERO DE VECES QUE LAS HA SUFRIDO	¿CUÁNDO? DÍA, MES Y AÑO	ESTADO ACTUAL DE SALUD

Otorgo mi Consentimiento para ser incluido en el Programa de Salud de General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. Entiendo que requerirán mis historiales Clínicos, por lo que no me opongo a ello y si se considera necesario se me practique el examen médico y auxiliares de diagnóstico que correspondan para una adecuada selección.

La aceptación y fecha de inicio de vigencia será determinada por General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. certifico que la información proporcionada en este documento es completa y veraz a mi leal saber y entender, por lo que cualquier omisión o falsa declaración, nulificará la Cobertura para mi y mis Dependientes, de la misma manera autorizo a las Compañías de Seguros a las que previamente he solicitado Pólizas, a las Personas, a los Médicos que hayan o estén atendiendo o examinando por cuestiones de Salud, Diagnóstico o Rehabilitación para que proporcione a General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. la información de su conocimiento, todo con el fin de la correcta evaluación de mi solicitud y que a su vez General de Salud, Compañía de Seguros, S.A. proporcione a cualquier otra empresa del ramo la información que se derive de esta solicitud y de otras que sean de su conocimiento, a efecto de que pueda evaluar cualquier propuesta de contratación del seguro del ramo, que sea solicitada por mi persona.

"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".

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 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 5270.8000 y del interior de la República marque 01800.2254.339 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

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 ☐

FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR, CONFIRMANDO LA VERACIDAD DE LAS RESPUESTAS DE ESTE CUESTIONARIO.

LUGAR Y FECHA:

FIRMA DEL SOLICITANTE

FIRMA DEL CONTRATANTE

NOMBRE	SUCURSAL U OFICINA	CLAVE	PARTICIPACIÓN	FIRMA
AGENTE				
PROMOTOR				

AVISO DE PRIVACIDAD

DATOS SENSIBLES

En **General de Salud, Compañía de Seguros, S.A.**, nos comprometemos a proteger su privacidad durante el procesamiento de sus Datos Personales sensibles; por lo tanto, esta Compañía se obliga a hacer uso correcto de sus Datos Personales de conformidad con las leyes, la buena fe, el orden público y el presente Aviso.

I.- IDENTIDAD Y DOMICILIO DEL RESPONSABLE:
General de Salud, Compañía de Seguros, S.A., con domicilio en Avenida Patriotismo, Número 266, Colonia San Pedro de los Pinos, Código Postal 03800, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México.

II.- LOS DATOS PERSONALES QUE SERÁN SOMETIDOS A TRATAMIENTO:
Los datos que **General de Salud, Compañía de Seguros, S.A.** recabe de Usted a través de la Solicitud de Seguro y/o a través de los formatos institucionales, y/o medios físicos y/o medios electrónicos, serán utilizados para todos los fines de la relación jurídica derivada del Contrato de Seguro. Los Datos Personales que serán sometidos a tratamiento son los siguientes:

CATEGORÍAS DE DATOS PERSONALES SENSIBLES:

A) Datos de Salud: Lo relativo a la valoración, preservación, cuidado, mejoramiento y recuperación de su estado de salud físico o mental, presente, pasado o futuro. Asimismo, también se consideran como datos sensibles los aspectos que refieran al origen racial, étnico, información genética, creencias religiosas, filosóficas y morales, afiliación sindical, opiniones políticas y preferencia sexual.

Los Datos Personales sensibles que Usted proporcione, serán tratados y resguardados con un alto estándar de seguridad y estricta confidencialidad y serán utilizados únicamente para los fines de la relación jurídica en total apego a lo dispuesto en este Aviso de Privacidad y en la legislación aplicable.

III.-LAS FINALIDADES DEL TRATAMIENTO:

La finalidad de la obtención, uso y almacenamiento de sus Datos Personales, se desglosa de la siguiente manera:

A) Para la valuación de Solicitudes de Seguro, Selección de Riesgos y, en su caso, la Emisión del Contrato de Seguro, Renovaciones del mismo y Trámite de Reclamaciones para el Pago de Siniestros.
B) Para regular los derechos y obligaciones que surgen entre las partes por la celebración del Contrato de Seguro.
C) Para la Emisión y Rehabilitación de sus Pólizas de Seguro.
D) Para los Visitantes y Asegurados: todos los datos que le sean solicitados, así como la videograbación que se realice, se utilizarán para todos los fines vinculados con el acceso, control y seguridad dentro de las instalaciones de la Empresa.
E) Proveedores o prestadores de bienes y/o servicios, incluso Agentes de Seguros: para todos los fines vinculados con la relación jurídica y contractual que celebremos con Usted.
F) Para integrar expedientes conforme a las políticas emitidas por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, para combatir el lavado de dinero y terrorismo.
G) Para la promoción de nuestros productos y servicios que se hagan a través de **General de Salud, Compañía de Seguros, S.A.**, y de sus Empresas filiales.
H) Para fines de mercadotecnia, publicidad y prospección comercial.

Las finalidades consistentes en los incisos A), B), C), D), E) y F) son necesarias para la existencia, mantenimiento y cumplimiento de la relación jurídica entre Usted y **General de Salud, Compañía de Seguros, S.A.**

Las finalidades consistentes en los incisos G) y H), no son necesarias para la existencia, mantenimiento y cumplimiento de la relación jurídica, ya que las mismas son únicamente para fines publicitarios.

Marque con una cruz la casilla correspondiente para señalar si está de acuerdo con las finalidades de mercadotecnia, publicidad, prospección judicial de productos y servicios de **General de Salud, Compañía de Seguros, S.A.**

SI ESTOY DE ACUERDO ◯ **NO ESTOY DE ACUERDO** ◯

Asimismo, tendrá un plazo de cinco días hábiles para que, de ser el caso, manifieste su negativa para el tratamiento de sus Datos Personales con respecto de las finalidades que no son necesarias, ni dieron origen a la relación con la Compañía Aseguradora.

IV.-TRANSFERENCIA DE DATOS PERSONALES:

Los datos sujetos a tratamiento podrán ser transferidos a:

- Empresas del **Grupo Peña Verde**, grupo al cual pertenecemos, con la finalidad de ofrecerle otros productos y servicios.
- Autoridades financieras, mexicanas y extranjeras, con la finalidad de dar cumplimiento a nuestras obligaciones derivadas de leyes o tratados internacionales como institución de seguros, obligaciones tributarias, así como para el cumplimiento de notificaciones o requerimientos oficiales.

- Autoridades judiciales, mexicanas y extranjeras, con la finalidad de dar cumplimiento a la ley, notificaciones, requerimientos u oficios de carácter judicial.
- Instituciones, organizaciones o entidades del Sector Asegurador que pertenezcan a la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros para fines de prevención de fraude y selección de riesgos.

Cuando **General de Salud, Compañía de Seguros, S.A.** pretenda transferir los datos personales a terceros nacionales o extranjeros, comunicará a éstos el contenido del presente Aviso de Privacidad y las finalidades a las que el Titular autorizó para estar sujeto a tratamiento. Cuando la transferencia sea precisa para el mantenimiento o cumplimiento de un Contrato de Seguro celebrado entre el responsable y el Titular de los Datos Personales, no será necesario el consentimiento del Titular.

V.-PROCEDIMIENTO PARA EJERCER DERECHOS ARCO Y REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

El Titular o su representante legal, podrán solicitar a **General de Salud, Compañía de Seguros, S.A.**, en cualquier momento el acceso, la rectificación, la cancelación u oposición respecto a los Datos Personales que le conciernen, para ello bastará que lo solicite por escrito en formato libre dirigido al área responsable del manejo de los Datos Personales ubicado en Avenida Patriotismo, Número 266, Colonia San Pedro de los Pinos, Código Postal 03800, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, o bien, en la sección disponible a través de nuestra página **www.generaldesalud.com.mx**

Para el ejercicio de este derecho, Usted como Titular de los Datos Personales, deberá de identificar en su solicitud de acceso, rectificación, cancelación u oposición, los siguientes datos:

1.- Nombre y domicilio del Titular o medio electrónico a dónde pueda enviarse la respuesta a su solicitud.
2.- La descripción clara y precisa de los Datos Personales de los que busca ejercer alguno de los derechos antes mencionados.
3.- En el caso de las solicitudes de rectificación de sus Datos Personales el Titular deberá indicar el dato que es erróneo y la corrección que debe realizarse al respecto.
4.- Los datos, documentos o registros que faciliten la localización de Datos Personales.
5.- El plazo para dar respuesta no excederá del término de diez días hábiles.

VI.-OPCIONES Y MEDIOS PARA LIMITAR EL USO O DIVULGACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES:

Usted tendrá el derecho de manifestar su negativa de seguir recibiendo comunicados o promociones por parte de la responsable, relacionados con las promociones, productos y servicios que se ofrezcan, solicitud que podrá realizar a través de nuestra página **www.generaldesalud.com.mx**

VII.-USO DE COOKIES

Una cookie es una breve información que el portal de Internet envía a su computadora, la cual queda almacenada en el disco duro. 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. Por ejemplo, podemos usar su cookie para almacenar una contraseña para que no tenga que ingresarla de nuevo cada vez que se traslade a una sección diferente de nuestro portal 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 borrarla 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.

VIII.-MEDIOS POR LOS CUALES EL RESPONSABLE COMUNICARÁ A LOS TITULARES DE CAMBIOS AL AVISO DE PRIVACIDAD:

Si se producen cambios en los Avisos de Privacidad, **General de Salud, Compañía de Seguros, S.A.**, comunicará los cambios por los siguientes medios:

1.-A través del correo electrónico que haya proporcionado el Titular.
2.-Accediendo a la página **www.generaldesalud.com.mx/aviso**

Estando de acuerdo el Titular con el tratamiento de sus Datos Personales sensibles, estampa su firma en el presente documento:

Nombre	Firma	Teléfono

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 25 de Febrero de 2016, con el número CNSF-H0707-0053-2015/CONDUSEF-000033-01 y CNSF-H0707-0055-2015/CONDUSEF-000687-01, y a partir del día 20 de Junio del 2016, con el número RESP-H0707-0011-2016.