

Solicitud Recupera Individual / Familiar

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

NOMBRE DEL CONTRATANTE (LLENAR SOLO SI ES DIFERENTE AL SOLICITANTE)							RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	
NOMBRE (S)		APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			
R.F.C.	CURP		ESTADO CIVIL		FECHA DE NACIMIENTO		NACIONALIDAD	
					DÍA	MES	AÑO	
C.P.	CALLE			NÚMERO	COLONIA		TELÉFONO	
DELEGACIÓN O MUNICIPIO		CIUDAD		ESTADO		OCUPACIÓN O PROFESIÓN		
ACTIVIDAD O GIRO DEL NEGOCIO			CORREO ELECTRÓNICO			ORIGEN DE LOS RECURSOS		
NOMBRE DEL SOLICITANTE							TELÉFONO	
NOMBRE (S)		APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			
R.F.C.	CURP		ESTADO CIVIL		FECHA DE NACIMIENTO		NACIONALIDAD	
					DÍA	MES	AÑO	
C.P.	CALLE			NÚMERO	COLONIA			
DELEGACIÓN O MUNICIPIO		CIUDAD		ESTADO		OCUPACIÓN O PROFESIÓN		
ACTIVIDAD O GIRO DEL NEGOCIO			CORREO ELECTRÓNICO			ORIGEN DE LOS RECURSOS		
* EL ASEGURADO O CONTRATANTE DESEMPEÑA O HA DESEMPEÑADO CARGO ALGUNO DENTRO DEL GOBIERNO ESTATAL O FEDERAL EN LOS ÚLTIMOS CUATRO AÑOS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> MENCIONE EL CARGO _____								
PLAN SOLICITADO				FORMAS DE PAGO				
PLAN RECUPERA <input type="checkbox"/>		SUMA ASEGURADA		ANUAL <input type="checkbox"/>		TRIMESTRAL <input type="checkbox"/>		SEMESTRAL <input type="checkbox"/>
		50 % <input type="checkbox"/>						
		100 % <input type="checkbox"/>						
				CARGO A TARJETA DE CRÉDITO				
				No. de pagos _____				

POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE CADA PERSONA A CONSIDERAR EN EL PROGRAMA CONTRATADO. LLENAR AL MENOS EL CUADRO DEL TITULAR EN EL CASO QUE NO HAYA MÁS AFILIADOS.

	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE COMPLETO	LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO	OCUPACIÓN
					DÍA	MES	AÑO	M / F	
1.	Titular								
2.									
3.									
4.									

¿LE HAN RECHAZADO O APLAZADO ALGUNA COBERTURA MÉDICA DE VIDA A USTED O A ALGUNO DE SUS DEPENDIENTES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?
 SI () NO () EN CASO AFIRMATIVO, POR FAVOR INDIQUE LA RAZÓN _____

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS (EN CASO DE FALLECIMIENTO DURANTE EL EVENTO QUIRÚRGICO)

BENEFICIARIOS DEL TITULAR	NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	PORCENTAJE
BENEFICIARIOS DEL CÓNYUGE (en caso de ser mayor de edad)	NOMBRE COMPLETO		
BENEFICIARIOS DEL HIJO (A) (en caso de ser mayor de edad)	NOMBRE COMPLETO		
BENEFICIARIOS DEL HIJO (B) (en caso de ser mayor de edad)	NOMBRE COMPLETO		

AVISO IMPORTANTE: En caso que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que en su representación cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de una mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos legalmente pueden implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quién en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguros le concede el derecho incondicional de disponer de la suma asegurada.

DECLARACIÓN MÉDICA

	Titular		Cónyuge		Hijo 1		Hijo 2	
	KG	CM	KG	CM	CM	KG	CM	KG
Indique su estatura en centímetros y su peso en kilogramos								
De acuerdo a su conocimiento.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1) ¿Sufre de Hipertensión? De ser el caso, ¿Qué medicamento toma para controlarla?								
2) ¿Sufre de Diabetes? De ser el caso, ¿Qué medicamento toma para controlarla?								
3) ¿Sufre de depresión o enfermedad mental?								
4) ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico y/o ingiriendo algún medicamento? ¿Cuál tratamiento o medicamento?								
5) ¿Sufrió en el último año algún accidente, operación quirúrgica, internamiento o ha padecido algún malestar que lo haya obligado a consultar a un médico? En caso de una respuesta afirmativa, indique los detalles.								
6) Si Usted tiene algún defecto, molestia física o se le ha sugerido algún tratamiento por enfermedades cardiovasculares, pulmonares, cancerosas, hipertensión arterial, SIDA o alguna otra enfermedad, indique cuál.								
7) Si usted tiene programada alguna cirugía o estudio en los próximos doce meses, indique cuál.								
8) Si Usted se encuentra inscrito en el CENATRA (Centro Nacional de Trasplantes) como RECEPTOR de un trasplante de órganos, indique desde cuándo.								
9) Si Usted actualmente fuma. indique cuántos cigarrillos a la semana.								
10) Si Usted practica algún deporte, indique cuál, con qué periodicidad y si es práctica amateur ó profesional.								
11) Si Usted tiene actualmente alguna prótesis, indique de qué tipo, desde cuándo y razón por la que le fue colocada.								

AMPLIACIÓN DE INFORMACIÓN U OBSERVACIONES DEL MÉDICO SUSCRIPTOR.

En caso de respuesta afirmativa, por favor proporcione información contestando: Cuando, Qué, Tiempo o Duración, Tratamientos y Resultados, Estado Actual y Nombre de los Médicos Tratantes, todo en una hoja adicional de aclaraciones.

OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA SER INCLUIDO EN EL PROGRAMA DE SALUD DE GENERAL DE SALUD, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. ENTIENDO QUE SE REQUERIRÁN MIS HISTORIALES CLÍNICOS POR LO QUE NO ME OPONGO A ELLO Y DE CONSIDERARSE NECESARIO, SE ME PRACTIQUE UN EXAMEN MÉDICO Y AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO QUE CORRESPONDAN PARA UNA ADECUADA SELECCIÓN. ASIMISMO, LA ACEPTACIÓN Y FECHA DE INICIO 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 MÍ Y MIS DEPENDIENTES. DE LA MISMA MANERA AUTORIZO A LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS A LAS QUE PREVIAMENTE HE SOLICITADO PÓLIZAS, A LAS PERSONAS, LOS MÉDICOS QUE ME HAYAN O ESTÉN ATENDIENDO O EXAMINADO POR CUESTIONES DE SALUD, DIAGNÓSTICO O REHABILITACIÓN, PARA QUE PROPORCIONEN 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 DERIVE DE ESTA SOLICITUD Y DE OTRAS QUE SEAN DE SU CONOCIMIENTO A EFECTO DE QUE PUEDA EVALUAR CUALQUIER PROPUESTA DE CONTRATACIÓN DEL SEGURO DE RAMO, QUE SEA SOLICITADA POR MI PERSONA.

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

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

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

“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.”

_____	_____	_____
LUGAR Y FECHA	FIRMA DEL SOLICITANTE	FIRMA DEL CONTRATANTE

NOMBRE DEL AGENTE	SUCURSAL U OFICINA	CLAVE	PARTICIPACIÓN	FIRMA
NOMBRE DEL 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 23 de Febrero del 2011, con el número CNSF-H0707-0092-2010/CONDUSEF-000693-01, a partir del día 03 de Febrero del 2015, con el número CNSF-H0707-0010-2014/CONDUSEF-001202-01, 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-H0707-0006-2016.