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

# AVISO DE RECLAMACIÓN POR ENFERMEDAD

**CON LA FINALIDAD DE AGILIZAR SU TRÁMITE, LE SOLICITAMOS NOS AYUDE A CONTESTAR TODOS LOS ESPACIOS CON LETRA DE MOLDE**

| FECHA DE SOLICITUD | | |
|---|---|---|
| DÍA | MES | AÑO |

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:

| CONTRATANTE | | |
|---|---|---|
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE (S) |
| ASEGURADO AFECTADO | | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRE (S) |

| FECHA DE NACIMEINTO | | | FECHA DE ALTA EN EL PROGRMA DE SALUD | | | OCUPACIÓN | CORREO ELECTRÓNICO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DÍA | MES | AÑO | DÍA | MES | AÑO | | |

| | |
|---|---|
| TELÉFONO PARTICULAR | TELÉFONO CELULAR: |
| RFC: | CURP: |
| NACIONALIDAD: | LUGAR DE NACIMIENTO: |
| DOMICILIO COMPLETO: | CIUDAD Y ESTADO: / CÓDIGO POSTAL A |

¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS O PROGRAMA DE SALUD CON OTRA COMPAÑÍA? SI ☐ NO ☐

EN CASO AFIRMATIVO, FAVOR DE INDICARNOS CON QUE COMPAÑÍA: _____

NÚMERO DE PÓLIZA: _____

## DATOS DEL EVENTO

CAUSA DE RECLAMACIÓN: **ENFERMEDAD**

| FECHA DE INICIO DE SINTOMAS | | |
|---|---|---|
| DÍA | MES | AÑO |

¿CUÁL ES EL MOTIVO DE LA RECLAMACIÓN O ENFERMEDAD?:

DESCRIPCIÓN DE LA COMPLICACIÓN: _____

**¿SE REALIZARON ESTUDIOS AUXILIARES DL DIAGNÓSTICO?** **SI** ☐ **NO** ☐

EN CASO AFIRMATIVO, FAVOR DE ANEXAR LOS ESTUDIOS ORIGINALES CON SUS INTERPRETACIONES

**¿QUÉ ESTUDIOS SE REALIZARON?** _____

Patriotismo 266
San Pedro de los Pinos
03800 | CDMX

# AVISO DE ENFERMEDAD

| DATOS DE LOS MÉDICOS QUE LO HAN ATENDIDO | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | MÉDICO TRATANTE: | ESPECIALIDAD: | CÉDULA PROFESIONAL: |
| | DOMICILIO DEL CONSULTORIO: | TEL. CONSULTORIO: | CÉDULA ESPECIALIDAD: |
| 2 | HOSPITAL TRATANTE: | TEL HOSPITAL: | |
| | DOMICILIO DEL HOSPITAL: | | |

**NÚMERO DE SERIE DEL CERTIFICADO DIGITAL DE LA FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA (FIEL):**

Declaro que los recursos de la póliza que recibo no serán destinados a ninguna actividad ilícita. Asimismo, declaro que los datos asentados son correctos y autorizo a la Aseguradora para comprobarlos a su entera satisfacción

Declaro que actúo por cuenta propia y no por cuenta de un tercero.

Lugar y Fecha

Firma del Asegurado Afectado

**NOTA:** Gastos no cubiertos en la póliza y con cargo al paciente: pañales, comida de los acompañantes, llamadas de larga distancia, gastos del recién nacido, caja fuerte, utensilios de uso personal, tales como pañuelos desechables, shampoo, maquillaje, zapatos, juguetes, flores, dulces, ropa, excedente de habitación estándar y películas.

Se le informa que la inexacta o falsedad de declaración proporcionada en el presente cuestionario, invalidará toda responsabilidad de la Compañía. Autorizo a los Médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios, y/o establecimientos de salud, a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad accidente, o lesión y/o a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen **General de Salud, Compañía de Seguros, S.A,** , aún cuando no exista una orden judicial o administrativa toda la información referente a mis antecedentes personales patológicos, historial clínico, indicaciones médicas, resultados de estudios de laboratorio y gabinete y cualquier información contenida en mi expediente clínico, misma que podrá ser requerida en cualquier momento que **General de Salud, Compañía de Seguros, S.A.** lo consideré oportuno, inclusive después de mi fallecimiento. Con la presente autorización relevo de cualquier responsabilidad derivada del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información requerida, asimismo autorizo a las compañías de Seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguros para que proporcioneN a **General de Salud, Compañía de Seguros, S.A.** o la información de su conocimiento y que a su vez **General de Salud, Compañía de Seguros, S.A.** proporcione a cualquier otra empresa del Sector Asegurador la información que requiera y que se derive de este documento y de otros que sean de su conocimiento.

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

# *Aviso de Privacidad Integral Clientes, Asegurados y Beneficiarios de General de Salud, Compañía de Seguros, S.A.*

***1. "Responsable" del tratamiento de sus datos personales.*** **General de Salud, Compañía de Seguros, S.A.**, es la persona moral que de acuerdo con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, (LFPDPPP) se entiende como el "**Responsable**" ya que decide sobre el tratamiento de los datos personales que recaba de usted, como "Titular" de los mismos, entendiéndose por datos personales, cualquier información concerniente a una persona física identificada o identificable. Este Aviso de Privacidad complementa cualesquiera otros avisos de privacidad que el "Responsable" haya puesto a su disposición por ser el titular de sus datos personales, y resulta supletorio en todo aquello que expresamente no refieran tales avisos.

***2. Domicilio del "Responsable":*** Av. Patriotismo No. 266, Colonia San Pedro de los Pinos, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03800, en la Ciudad de México. Dicho domicilio es el establecido por el "Responsable" para oír y recibir notificaciones.

***3. Datos personales que recaba el "Responsable"****. Dependiendo de su calidad de cliente, asegurado o beneficiario de nuestros productos, podremos solicitarle lo siguiente:*
***Datos de identificación:*** Nombre completo, Estado Civil, fecha de nacimiento, país de nacimiento, ocupación, profesión, Clave Bancaria Estandarizada y datos de identificación de su cuenta bancaria para pagos, Registro Federal de Contribuyentes, Clave Única de Registro de Población, nacionalidad y en su caso calidad migratoria, sexo y edad;
***Datos de contacto:*** Domicilio, correo electrónico, teléfonos.
***Datos patrimoniales o financieros:*** Si el producto de seguro contratado o la documentación del siniestro lo requiere, podremos solicitarle datos sobre otras pólizas de seguros relacionadas con el riesgo asegurado.
***Datos personales sensibles:*** Datos de salud relativos a la valoración, preservación, cuidado, mejoramiento y recuperación de su estado de salud físico o mental, presente, pasado o futuro, incluyendo historial clínico, hábitos y práctica de deportes, así como características personales y físicas. Únicamente cuando la forma de cobranza de su póliza de seguros sea vía telefónica o por medios electrónicos, se le solicitará información financiera sensible: número de tarjeta de crédito o débito, vigencia y clave CVV (*Card Verification Value*) de dicha tarjeta bancaria.
Si usted nos proporciona datos personales de terceros (sus asegurados, beneficiarios o pagador de póliza), reconoce que tiene consentimiento de éstos terceros para que el Responsable trate sus datos con sujeción a las mismas medidas de seguridad y Aviso de privacidad que usted.
Para fines de cumplimiento normativo y monitoreo de la calidad del servicio, podremos grabar las llamadas telefónicas relacionadas con su póliza, reclamaciones y siniestros. En éstas llamadas, podremos tener acceso a los datos antes descritos.

***4. Finalidades necesarias para el tratamiento de los datos personales.*** **Según corresponda a su carácter de contratante, asegurado o beneficiario:**
**1.** Evaluar 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 el mismo, así como para la atención de siniestros y el trámite de reclamaciones de pago, reembolsos, endosos, según sea aplicable; **2.** Para fines inherentes al seguro, como son el seguimiento a su estado de salud, exámenes clínicos con laboratorios autorizados, encuestas por medios electrónicos o telefónicos que usted acepte expresamente en cada caso. **3.** Regular los derechos y obligaciones que surgen por la celebración del Contrato de Seguro; **4.** Cobrar, administrar, mantener o renovar la póliza de seguro, para estadística; así como remisión a otras Instituciones de Seguros o encargados, con el fin de que estén en posibilidad de evaluar el riesgo de cualquier propuesta relacionada con su contrato de seguro, tales como coaseguramiento y reaseguro; **4.** Cumplimiento normativo e integración de expedientes que exige la regulación aplicable, así como para prevenir y denunciar ilícitos relacionados con nuestros productos y servicios, tales como lavado de dinero, financiamiento al terrorismo, fraude, delitos patrimoniales. Para fines de cumplimiento normativo y monitoreo de la calidad del servicio, podremos grabar las llamadas telefónicas relacionadas con su póliza, reclamaciones y siniestros.
**Finalidades secundarias:** Si usted ya es nuestro cliente, podremos ofrecerle otros productos de seguros de su interés, y en su caso invitarlo a eventos institucionales. En caso de que no desee que sus datos personales sean tratados para estos fines secundarios, puede enviar su negativa en escrito libre a nuestro domicilio, o a **datospersonales@gseguros.com.mx** de conformidad con los apartados 7. y 8. de éste Aviso. La negativa para el uso de sus datos para estas finalidades secundarias, no será motivo para que le neguemos los productos y servicios que nos solicita o contrata.

***5. ¿Con quién transfiere el "Responsable" sus datos personales y para qué fines?***

- Autoridades financieras, judiciales y administrativas, mexicanas y extranjeras, y organismos de cumplimiento normativo, con la finalidad de dar cumplimiento a nuestras obligaciones derivadas de leyes o tratados internacionales, obligaciones tributarias, así como para el cumplimiento de oficios, notificaciones o requerimientos oficiales.
- Instituciones, organizaciones o entidades del sector asegurador, incluyendo asociaciones gremiales, para fines de selección de riesgos, prevención de fraude y atención de siniestros.
- Proveedores que resulten necesarios para la selección de riesgos, contratación, suscripción y administración del producto y el cumplimiento de las obligaciones derivadas del seguro, tales como hospitales, consultorios médicos, laboratorios, ambulancias, ajustadores, despachos externos, clínicas, servicios de asistencia, proveedores de asesoría médica telefónica, centros de contacto, empresas de servicio a clientes, auditores, consultores, reaseguradores, coaseguradores, y en su caso empresas de cobranza telefónica o de IVR (*Respuesta de Voz Interactiva)*.
- Respecto de productos de seguro contratados u operados por medios electrónicos, éstos proveedores incluirán: empresas y plataformas digitales para la administración, facturación y cobranza de productos, desarrolladores de aplicaciones, contenidos y páginas web relacionados con la operación del producto y con el seguimiento a su estado de salud
- Beneficiarios de coberturas, causahabientes, albaceas,
- Terceros necesarios para cumplir con las obligaciones del contrato de seguro, es decir, reaseguradores, aseguradores en México o en el extranjero, contratantes de seguros de grupo y colectivos, agentes de seguros, gestores y compradores de salvamentos.

Las anteriores transferencias por su propia naturaleza, no requieren que usted otorgue su consentimiento.
En caso de que sus datos personales deban ser transferidos a algún **Sujeto Obligado,** como son las autoridades en ejercicio de sus funciones, sus datos estarán protegidos conforme a la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

***6. El uso de tecnologías de rastreo en el portal de Internet del "Responsable".*** Le informamos que en nuestro sitio de internet usamos cookies para una mejor experiencia al navegar en nuestra página. En materia de Internet, una cookie es un pequeño archivo de datos que se almacena en el dispositivo que utilice para navegar en un sitio web, el cual permite intercambiar

información de estado entre dicho sitio y su navegador de Internet; también puede ser definido como un archivo pequeño que envía un servidor web al disco duro del internauta que lo visita con información sobre sus preferencias y pautas de navegación.
La información de estado puede revelar medios de identificación de sesión, autenticación o preferencias del usuario, así como datos almacenados por su navegador respecto de nuestra página. No obstante, las cookies no nos permiten conocer su identidad personal, a menos que expresamente elija proporcionárnosla. La mayoría de las cookies expiran después de cierto periodo de tiempo, o bien, usted puede borrarlas en el momento en que lo desee de su navegador de internet, o hacer que éste le avise cuando recibe una cookie de manera que pueda aceptarla o rechazarla. Para ello, debe revisar las opciones de "Configuración", "Herramientas" o similares de su navegador.
También podremos utilizar la tecnología de rastreo conocida como "*Tracking pixel o web beacon"*, que es una imagen de 1×1 pixeles, incrustada en una página web y transparente para el usuario, cuya finalidad es hacer un seguimiento de acciones específicas del mismo en dicha web.
Respecto de productos de seguro contratados u operados por medios electrónicos, nuestra página web no utilizará otras tecnologías de rastreo.

***7. Opciones y medios para limitar el uso o divulgación de sus datos personales.*** Usted cuenta con las siguientes opciones para limitar el uso o divulgación de sus datos personales:

- Enviando su solicitud al "Responsable" a la dirección **datospersonales@gsalud.com.mx**. En caso de que su solicitud sea procedente, se le registrará en el listado de exclusión propio del responsable.
- Solicitando su inscripción en el Registro Público de Consumidores, también conocido como "Registro Público para Evitar la Publicidad" previsto en la Ley Federal de Protección al Consumidor.
- Solicitando su inscripción en el Registro Público de Usuarios previsto en la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

***8. Medios para ejercer los Derechos de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición (Derechos ARCO) y en su caso, revocación de consentimiento.***
**Acceso:** Conocer qué datos personales tenemos de usted, para qué los utilizamos y las condiciones de su uso.
**Rectificación:** Solicitar la corrección de su información personal en caso de que esté desactualizada, sea inexacta o incompleta, proporcionando evidencia de la información correcta.
**Cancelación:** Que sus datos sean eliminados de nuestros registros o bases de datos cuando considere que no están siendo usados conforme a la normatividad aplicable
**Oposición:** Manifestar su oposición al uso de sus datos personales para algún fin específico.
Asimismo, usted tiene derecho a **revocar** su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales y en su caso, a manifestar su negativa para el tratamiento de sus datos para aquellas finalidades que no son necesarias, ni dieron origen a la relación jurídica con el Responsable.

Usted puede ejercer éstos derechos mediante los siguientes medios gratuitos que le otorga el "Responsable":
**1)** Enviando un correo electrónico a la Unidad de Protección de Datos Personales, a la dirección electrónica datospersonales@gsalud.com.mx.
**2)** Por escrito en formato libre dirigido a la Unidad de Protección de Datos Personales, en nuestro domicilio ubicado en Av. Patriotismo No. 266, Colonia San Pedro de los Pinos, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03800, en la Ciudad de México.
**3)** En la sección disponible a través de nuestra página WEB: http://www.generaldesalud.com.mx/derechos-arco-salud/ .
-Su petición deberá ser realizada a través de la Solicitud de Derechos ARCO, la cual debe ser descargada de la dirección web señalada en el anterior inciso **3)**, o bien, solicitada a la dirección de correo electrónico indicada en el inciso **1)** del párrafo anterior.

**Requisitos:** Para que la Unidad de Protección de Datos Personales pueda dar seguimiento a su solicitud, usted o su representante legal (acreditando ésta calidad), deberá:

- Indicar su nombre completo y su domicilio u otro medio para comunicarle la respuesta a su solicitud.
- Acreditar correctamente su identidad, completando todos los campos de la Solicitud de Derechos ARCO y acompañando copia de alguna de las identificaciones oficiales vigentes que se señalan en dicho formato.
- Describir de forma clara y precisa los datos personales respecto de los que se busca ejercer alguno de los derechos antes mencionados. Asimismo, si usted solicita la Rectificación de datos personales, deberá indicarnos las modificaciones deseadas, y aportar la documentación que sustente su petición.
- En caso de solicitarlo, nuestra Unidad de Protección de Datos Personales le dará la orientación que requiera en ésta materia, a través del correo electrónico datospersonales@gsalud.com.mx o en nuestras oficinas.

**¿En qué plazos responderemos su solicitud de derechos ARCO?**

i. **Cinco días hábiles,** en caso de que necesitemos información adicional sobre su solicitud.
ii. Usted contará con **10 días hábiles** para proporcionar la información que le solicitemos adicionalmente; en caso de no proporcionar la misma dentro de ese plazo, se tendrá por no presentada la solicitud correspondiente, en términos de ley.
iii. Contamos con **20 días hábiles** para emitirle respuesta. Si existe causa justificada, y para otorgarle una respuesta adecuada, podremos ampliar éste plazo por otros **20 días hábiles,** lo cual se le informará.

***9. Medidas de seguridad implementadas y respeto a derechos humanos.***
Para la protección de sus datos personales hemos instrumentado medidas de seguridad de carácter administrativo, físico y técnico con el objeto de evitar pérdidas, mal uso o alteración de su información. Dichos datos serán tratados y resguardados con un alto estándar de seguridad, ética y estricta confidencialidad, y únicamente para los fines de la relación jurídica, en total apego a éste Aviso de Privacidad y la normatividad aplicable.
Todo tratamiento a sus datos personales será realizado con otal respeto a su dignidad y derechos humanos, sin distinciones arbitrarias y en cumplimiento a disposiciones legales aplicables al Responsable y a la relación jurídica que tengamos con usted.

***10. Modificaciones al aviso de privacidad:*** El presente aviso de privacidad puede sufrir modificaciones, cambios o actualizaciones derivadas de nuevos requerimientos legales, de las propias necesidades del "Responsable" por los servicios que ofrece, de las prácticas de privacidad o por otras causas, por lo que el "Responsable" se reserva el derecho de efectuar en cualquier momento las modificaciones o actualizaciones que sean necesarias al presente aviso de privacidad.
El "Responsable" pondrá a disposición del cliente, la versión actualizada del aviso de privacidad, en la página de internet que a continuación se indica: **http://www.generaldesalud.com.mx/aviso-de-privacidad-2/**
Respecto de nuestro producto de seguro de salud para diabéticos AMAE, también podrá consultar el aviso de privacidad en la página de internet: **https://www.amae.com.mx**

***11. Derecho de promover los procedimientos de protección de derechos y de verificación que sustancia el Instituto.***
Cualquier queja o información adicional respecto al tratamiento de sus datos personales o duda en relación con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares o con su Reglamento, podrá dirigirla al Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI).