

Solicitud de Salud Administrada

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 LA COMPAÑÍA, LE SEA EXPEDIDA UNA PÓLIZA DE SALUD, PARA LO CUAL OFRECE LOS SIGUIENTES DATOS:

NOMBRE DEL CONTRATANTE (RAZÓN SOCIAL)			TELÉFONO(S)	
DOMICILIO	COLONIA	CIUDAD / DELEGACIÓN	ESTADO	C.P.
REGISTRO DE LA EMPRESA ANTE EL IMSS:				R.F.C.

PROGRAMA DE SALUD

FORMAS DE PAGO

Susalud ()	Megasalud ()	Mensual ()	Semestral ()
		Trimestral ()	Anual ()
BENEFICIO MÁXIMO: \$ _____		COBERTURAS ADICIONALES	
		Emergencia en el Extranjero <input type="checkbox"/>	

¿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 en los últimos 3 meses? **SI** () **NO** ()

Si la respuesta es afirmativa, por favor indique: ¿Qué tipo de Cobertura? _____ ¿A partir de qué fecha?

DÍA	MES	AÑO
-----	-----	-----

¿Con qué Compañía? _____

Total de empleados _____

Programa de Salud Contributorio **SI** **NO** Regla para determinar la contribución _____

“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.”

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 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

“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.”

NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL PROPONENTE

PUESTO

FIRMA

NOMBRE DEL AGENTE

SUCURSAL U OFICINA

CLAVE

PARTICIPACIÓN

NOMBRE DEL PROMOTOR

FIRMA (para aspectos internos de la compañía)

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 05 de Diciembre de 2005, con el número CNSF-H0707-0057-2005/CONDUSEF-000719-01, a partir del día 01 de abril de 2015, con el número RESP-H0707-0021-2015, y a partir del día 20 de Junio del 2016, con el número RESP-H0707-0012-2016.