



SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD VITAL Y MULTI-SALUD INDIVIDUAL

Los suscritos proponentes solicitamos a **General de Salud, Compañía de Seguros, S.A.** ("General de Salud"), nos sea expedida una póliza individual/familiar del Plan de Salud, según corresponda, para lo cual, enterados del Aviso de Privacidad de General de Salud, otorgamos los siguientes datos. (Favor de llenar en su totalidad, sin tachaduras ni enmendaduras).

Fecha de solicitud | D | D | M | M | A | A | A | A

DATOS DEL CONTRATANTE							
Nombre (s) o razón social		Apellido paterno		Apellido materno		R.F.C. con homoclave	
Calle		Número exterior	Número interior	Colonia			
Población o localidad		Estado	Municipio o alcaldía	Código postal		Género Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
Teléfono celular	Teléfono fijo con clave lada		Correo electrónico		Fecha de Nacimiento/constitución D D M M A A A A		
Estado civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/>			Número de hijos	Actividad o giro			
Relación con el solicitante titular			Nombre de representante legal o director o administrador				

DATOS DEL SOLICITANTE TITULAR (LLENAR SÓLO SI ES DIFERENTE AL CONTRATANTE)							
Nombre (s) o razón social		Apellido paterno		Apellido materno		R.F.C. con homoclave	
Calle		Número exterior	Número interior	Colonia			
Población o localidad		Estado	Municipio o alcaldía	Código postal		Género Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
Teléfono celular	Teléfono fijo con clave lada		Correo electrónico		Fecha de Nacimiento D D M M A A A A		
Estado civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/>			Número de hijos	Actividad o giro			

Por favor complete la siguiente información de cada persona a considerar en el plan de salud.

Nota: C= Cónyuge, D1= Dependiente 1, D2 = Dependiente 2, D3 = Dependiente 3, D4 = Dependiente 4

	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)	PARENTESCO	SEXO M / F	NACIMIENTO DÍA MES AÑO		
C								
D1								
D2								
D3								
D4								

¿Los solicitantes viven actualmente en el domicilio del solicitante titular? En caso de respuesta negativa, especifíquelo:

C	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____
D1	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____
D2	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____
D3	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____
D4	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____

¿Le han rechazado o aplazado alguna cobertura médica a usted o a alguno de sus dependientes en los últimos 12 meses?

Sí No en caso afirmativo, por favor indique la razón _____

¿Usted o sus dependientes han tenido alguna cobertura de gastos médicos o plan de salud?

Sí 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.

¿Usted desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional dentro del gobierno federal, estatal o municipal en los últimos tres años, o bien, es cónyuge o dependiente económico de una persona con las funciones públicas señaladas?

Sí No en caso afirmativo, señale el cargo _____

DATOS DE LA PÓLIZA

Inicio de vigencia	D D M M A A A A	* Sólo aplica para Multi-Salud
Suma asegurada:		Deducible: \$ 0 <input type="checkbox"/> \$ 3,000 <input type="checkbox"/> \$ 5,000 <input type="checkbox"/>
\$ 10'000,000 <input type="checkbox"/> \$ 5'000,000 <input type="checkbox"/> \$ 3'000,000 <input type="checkbox"/> \$ 2'000,000 <input type="checkbox"/>		\$ 10,000 <input type="checkbox"/> Otro* _____
\$ 1'500,000* <input type="checkbox"/> \$ 1'000,000* <input type="checkbox"/> \$ 500,000* <input type="checkbox"/> Otro* _____		

Seleccione el plan solicitado

SALUD VITAL

Círculo hospitalario:	Copago:
PLUS 1000 <input type="checkbox"/>	10 % <input type="checkbox"/> 20 % <input type="checkbox"/>
PLUS 500 <input type="checkbox"/>	
PLUS 100 <input type="checkbox"/>	15 % <input type="checkbox"/> 25 % <input type="checkbox"/>

MULTI-SALUD

Plan:	Distinguido <input type="checkbox"/>	Especial <input type="checkbox"/>
	Preferente <input type="checkbox"/>	Primario <input type="checkbox"/>
	Otro _____	

COBERTURAS ADICIONALES SALUD VITAL

Inmunizaciones básicas	<input type="checkbox"/>
Eliminación de recargo por cambio de zona	<input type="checkbox"/>
Estudios preventivos para adultos	<input type="checkbox"/>
Emergencia en el extranjero	<input type="checkbox"/>

COBERTURAS ADICIONALES MULTI-SALUD

Emergencia en el extranjero	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------

COBRANZA

Forma de pago	Medio de pago
Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/>	Ventanilla bancaria <input type="checkbox"/> Transferencia electrónica <input type="checkbox"/> Página Web <input type="checkbox"/> Call Center <input type="checkbox"/>

El estado de cuenta, recibo, folio o número de confirmación de la transacción en donde aparezca dicho cargo, hará prueba plena del pago hasta que General de Salud entregue el comprobante de pago correspondiente.

INFORMACIÓN GENERAL E HISTORIA CLÍNICA

Conteste detalladamente las siguientes preguntas. Si considera que hay más información que deba saber General de Salud, por favor especifíquelo en una hoja aparte firmada por el solicitante y/o contratante.

	Titular (T)	Cónyuge (C)	D1	D2	D3	D4
Peso en kilogramos						
Estatura en metros y centímetros						
Ocupación o Profesión Explicar detalladamente el trabajo o actividad que realiza. Si utiliza equipo de seguridad favor de mencionarlo.						
¿Practica algún deporte peligroso? (Charrería, esquí, buceo, paracaidismo, tauromaquia, motociclismo, entre otros).						
¿Ha consumido o consume bebidas alcohólicas, tabaco y/o drogas o estimulantes? Mencione el tipo, cantidad y frecuencia.						

IMPORTANTE

Conteste los siguientes reactivos, solo en caso de respuesta afirmativa indique el solicitante:

	REACTIVO			SOLICITANTE					
		SI	NO	T	C	D1	D2	D3	D4
1	¿Padece alguna enfermedad y/o está sujeto a algún tratamiento médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
2	¿Ha requerido alguna hospitalización quirúrgica y/o no quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
3	¿Tiene pendiente alguna cirugía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Indique si Usted o alguno de sus dependientes ha recibido diagnóstico, pruebas, hospitalización o recomendación de tratamiento para alguno de los siguientes reactivos, solo en caso de respuesta afirmativa indique el solicitante:

	REACTIVO			SOLICITANTE					
		SI	NO	T	C	D1	D2	D3	D4
4	Tumores, neoplasias o cáncer (de mama, Cérvico-uterino, próstata, leucemia, entre otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
5	SISTEMA CIRCULATORIO (Hipertensión Arterial, Infarto, Angina de pecho, Insuficiencia cardíaca, Varices, Hemorroides, entre otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
6	SISTEMA ENDOCRINO (Diabetes mellitus, Obesidad, Tiroides, Hipófisis, entre otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
7	SÓLO MUJERES: ¿Actualmente está usted embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
8	Congénitas y/o malformaciones de nacimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
9	DE LA SANGRE E INMUNOLÓGICOS (Anemia, Defectos de la Coagulación, Lupus, Inmunodeficiencias, entre otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
10	INFECCIOSAS (Tuberculosis, Sífilis, Encefalitis, Meningitis, Herpes Zoster, SIDA Hepatitis Viral, entre otras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
11	SISTEMA NERVIOSO Y PSIQUIÁTRICO (Epilepsia, Hidrocefalia, Trastornos de la personalidad, AlzHeimer, Parkinson, Depresión entre otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
12	SISTEMA RESPIRATORIO (Neumonía, Bronquitis, Asma, EPOC, entre otras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
13	SISTEMA DIGESTIVO (Úlcera, Gastritis, Colecistitis, Colitis, Divertículos, Insuficiencia Hepática, Pólipos, entre otras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
14	HERNIAS (de la Columna Vertebral, Inguinal, Umbilical, Ventral, Diafragmática, Hiatal, entre otras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
15	SISTEMA GENITOURINARIO (Cálculo renal, Hiperplasia de Próstata, Trastornos de Vejiga, Insuficiencia Renal, Trastornos genitales, entre otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
16	SISTEMA OSTEOMUSCULAR (Trastornos de la Columna Vertebral, Rodilla, Artritis, Gota, Osteoporosis, entre otras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
17	OJOS Y OÍDO (Cataratas, Glaucoma, Estrabismo, Otoesclerosis y disminución de la audición, entre otras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
18	SÓLO MUJERES: ¿Ha padecido o padece trastornos menstruales o molestias en senos, matriz o cuello de la matriz y/u ovarios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
19	¿Alguna enfermedad no mencionada en este cuestionario médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

IMPORTANTE

La presente solicitud y en su caso, toda la documentación del contrato de seguro y sus disposiciones, respetan la dignidad y derechos fundamentales del solicitante, asegurados y de beneficiarios de las coberturas amparadas, de acuerdo con la legislación aplicable en la República Mexicana, y buscan establecer una relación contractual equitativa, informada, igualitaria y no discriminatoria entre las partes. Con la firma de esta solicitud, los solicitantes aceptamos y reconocemos **no** encontrarnos en ninguno de los siguientes supuestos:

1) Tener o haber tenido vínculo alguno con la delincuencia organizada; **2)** Haber sido sujetos a procedimiento legal o investigación por ilícitos relativos a delincuencia organizada o lavado de dinero, en territorio nacional o extranjero; **3)** Haber estado nuestro nombre, alias o apodo, actividades, bienes a asegurar o nacionalidad, publicados en una lista oficial, nacional o extranjera, relativa a los delitos vinculados con delincuencia organizada, lavado de dinero o financiamiento al terrorismo.

Reconocemos que, en caso de encontrarse en alguno de los supuestos anteriores, deberemos abstenernos de requisitar y firmar el presente formato. En caso de que, durante la vigencia de esta póliza, alguno de los solicitantes incurramos en cualquiera de los supuestos de vinculación con ilícitos referidos en el párrafo anterior, consentimos que tal situación será considerada como una agravación esencial de los riesgos amparados en el producto de seguro, conforme a las condiciones generales del mismo.

Declaro que los recursos de la póliza que solicito no provienen de ninguna actividad ilícita y autorizo a **General de Salud** para comprobarlos a su entera satisfacción. Declaro que no autorizo que terceros efectúen depósitos a mis pólizas con fondos provenientes de actividades ilícitas contempladas en los artículos 139 Quáter, 148 Bis, 148 Ter, 148 Quáter y 400 Bis del Código Penal Federal, ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas. Declaro bajo protesta de decir la verdad que la solicitud de Seguro se realiza por cuenta y con recursos propios únicamente en beneficio del solicitante, de conformidad con las Políticas en materia de identificación y conocimiento del Cliente, emitidas por **General de Salud**.

Declaramos que la información contenida en esta solicitud ha sido otorgada de manera personal, es verídica y completa, e incluye todos los hechos importantes que puedan influir en las condiciones convenidas para la apreciación y aceptación del riesgo, tal y como los conocemos en este momento. Por lo tanto, reconocemos que cualquier omisión o inexacta declaración de tales hechos, faculta a **General de Salud** para en su caso, rescindir de pleno derecho el contrato, aunque ello no haya influido en la realización del siniestro (artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Con la firma de esta solicitud, otorgamos nuestro consentimiento para ser incluidos en el Plan de Salud de **General de Salud**, y la autorizamos a que, para tales efectos, nos realice estudios médicos o de laboratorio, y requiera nuestros historiales clínicos, datos de salud, diagnóstico o rehabilitación, y en su caso, los solicite a otras personas facultadas para tener dicha información, tales como compañías de seguros a las que previamente hemos solicitado pólizas, médicos, clínicas u hospitales, con el fin de la correcta evaluación de nuestra solicitud. Asimismo, autorizamos que, en caso necesario, a su vez **General de Salud** proporcione a otras aseguradoras del ramo, la información que se derive de esta solicitud, para los mismos efectos. Entendemos que dichas finalidades son legítimas y están contempladas en el aviso de privacidad de General de Salud, el cual hemos tenido a la vista, por lo que liberamos a **General de Salud** de toda responsabilidad por lo anterior. Finalmente, certificamos que la información proporcionada en este documento es completa y veraz a nuestro leal saber y entender, sabedores de que, en caso contrario, **General de Salud** podrá nulificar las coberturas del seguro.

Los solicitantes reconocemos que, salvo acuerdo expreso por escrito, los padecimientos preexistentes no quedarán cubiertos en la póliza, aunque fuesen declarados en esta solicitud, que forma parte del contrato.

En caso de que esta solicitud sea aceptada, autorizamos a **General de Salud** para que la documentación contractual nos sea entregada a través de correo electrónico indicado en este formato. Lo anterior, salvo que expresamente instruyamos lo contrario a **General de Salud** en esta solicitud.

Favor de indicar el tipo de entrega: Correo electrónico del contratante Correo electrónico del asegurado Física

Asimismo, autorizamos que dicho correo electrónico funja como medio de notificación para cualquier asunto relacionado con el presente seguro y sus siniestros, así como para proporcionar a **General de Salud** toda información que en su caso me sea solicitada.

Declaramos que, aceptada la solicitud, nos fueron entregados, y explicados en su contenido, las condiciones generales del contrato de seguro, principalmente lo relativo a nuestros **derechos básicos, coberturas, periodos de espera, cláusulas generales y particulares, así como exclusiones y limitantes del producto**, que reconocemos como parte integrante del contrato en términos del artículo 7 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, así como el aviso de privacidad integral de **General de Salud**, todo lo cual conocemos, entendemos y aceptamos, sabedores de que podemos consultar dicha información adicionalmente en la página www.generaldesalud.mx

Lugar y fecha:

Firma del solicitante titular

Firma del contratante

AGENTE

El Agente que suscribe, cuyo nombre y firma aparecen al calce, realizó una entrevista personal con los solicitantes del seguro, o sus representantes legales según ha correspondido, a fin de obtener los datos de este formato, asimismo ha manifestado haber recabado copia simple de los documentos de identificación, los cuales cotejó con los originales que tuvo a la vista.

Asimismo, de acuerdo con el artículo 96 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el Agente manifiesta haber entregado el folleto de los Derechos Básicos de los Asegurados, e informado a los solicitantes de manera, clara, amplia y detallada sobre el alcance real de las coberturas, las principales características del producto, la forma de conservarlo o darlo por terminado, su vigencia, los términos establecidos en el contrato, su renovación y las consecuencias de la rehabilitación. En caso de que el Agente haya recabado información personal de otros solicitantes o titulares de datos personales, acepta la obligación de informarles de esta entrega, así como darles a conocer los Avisos de Privacidad de **General de Salud** y del propio Agente.

Nombre	Oficina o Sucursal	Clave	Participación	Firma
Agente				
Promotor				

DATOS UNE

Para cualquier aclaración, queja o duda no resuelta en relación con tu seguro, contacta a la Unidad Especializada de Atención a usuarios (UNE) de **General de Salud** a los teléfonos 55.5270.8000 extensión 8883 y 8806, y del Interior de la República marca 800.2254.339 y/o en la dirección avenida Patriotismo #266, colonia San Pedro de los Pinos, Código Postal 03800, Ciudad de México y/o al correo electrónico atencionaclientes@gsalud.com.mx o visita www.generaldesalud.mx

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":

3. Datos personales que recaba el "Responsable".

Dependiendo de su calidad de cliente, asegurado o beneficiario de nuestros productos y de la naturaleza del seguro, podremos solicitarle lo siguiente:

a) Datos de identificación y de contacto: Nombre completo, Estado Civil, fecha de nacimiento, país de nacimiento, ocupación, profesión, firma autógrafa, 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, género y edad, domicilio, correo electrónico, correo, teléfonos.

b) 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, hábitos y características personales relacionadas con el riesgo asegurable;

c) Datos patrimoniales o financieros: Bienes, derechos, cargas u obligaciones susceptibles de valoración económica y aseguramiento, como son: bienes muebles e inmuebles, declaraciones e información patrimonial necesaria para valuación del riesgo, pago de siniestros y cumplimiento del contrato de seguro. Datos de su vehículo para fines de seguridad y logística en las instalaciones: placa, color, marca y submarca, en su caso. Únicamente cuando la forma de cobranza de su póliza de seguros sea vía telefónica, se le solicitará información financiera sensible: número de tarjeta de crédito o débito, vigencia y clave CVV (Card Verification Value) de su tarjeta. Sólo si ha elegido pagar su póliza mediante descuentos por nómina, recabaremos los datos necesarios para ello: información de su cuenta de nómina, empleador, monto y periodicidad de descuentos.

En todo caso, si nos proporciona datos personales de terceros (sus asegurados, beneficiarios o pagador de póliza), reconoce que tiene consentimiento de éstos para que el Responsable trate sus datos con sujeción a las mismas medidas de seguridad y Aviso de privacidad. ra fines de cumplimiento normativo y monitoreo de la calidad del servicio, podremos grabar las llamadas telefónicas relacionadas con su póliza, reclamaciones y siniestros, llamadas en las cuales 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. Ofrecerle los productos que mejor se adecuen a sus necesidades de aseguramiento; 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, cobranza, trámites de salvamento, endosos, según sea aplicable; 2. Cumplimiento normativo, incluyendo regular los derechos y obligaciones que surgen por la celebración del Contrato de del producto; 3. Cobrar, administrar, mantener o renovar la póliza de seguro, para estadística. Remisión a otras Instituciones de Seguros o encargados, para fines inherentes al contrato de seguro, tales como coaseguro y reaseguro; 4. Integrar lo expedientes que exige la normatividad aplicable, así como para prevenir y combatir ilícitos relacionados con nuestros productos y servicios, tales como lavado de dinero, financiamiento al terrorismo, fraude, delitos patrimoniales y para el cumplimiento de obligaciones legales y de nuestra regulación interna, incluyendo el monitoreo de la calidad del servicio.

Finalidades secundarias: Ofrecerle otros productos de seguros de su interés, informarle de promociones por correo electrónico y teléfono, y en su caso invitarlo a eventos institucionales. En ambos casos, únicamente si usted otorga su consentimiento.

Consentimiento de finalidades secundarias (favor de marcar):

ACEPTO: _____ **NO ACEPTO:** _____

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@gsalud.com.mx, de conformidad con los apartados 7. y 8. de este 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?

a) Autoridades financieras, judiciales y administrativas, mexicanas y extranjeras, y organismos de cumplimiento normativo, a fin de cumplir con nuestras obligaciones derivadas de leyes o tratados internacionales, obligaciones tributarias o contractuales, así como para el cumplimiento de oficios, notificaciones o requerimientos oficiales; **b)** Instituciones, organizaciones o entidades del sector asegurador, incluyendo asociaciones gremiales, para fines inherentes al contrato de seguro, selección de riesgos, ajuste de siniestros, prevención de fraude y cumplimiento normativo.; **c)** Proveedores necesarios para cumplir con las obligaciones legales y contractuales del Responsable, incluyendo las derivadas del contrato de seguro, conforme a la naturaleza del mismo: hospitales, médicos, ajustadores, despachos, ambulancias, servicios de asistencia, talleres automotrices, proveedores de asesoría médica telefónica, centros de contacto, funerarias, empresas de servicio a clientes y administración de pólizas, auditores, consultores, beneficiarios de coberturas, causahabientes, albaceas, reaseguradores y aseguradores, contratantes de seguros de grupo y colectivos, agentes de seguros, promotores de agentes de seguros, gestores y compradores de salvamentos, empresas de seguridad, empresas de cobranza telefónica o de IVR (Respuesta de Voz Interactiva), empresas y plataformas para la administración de descuentos por nómina.

Si usted es un tercero afectado en un siniestro amparado por el Responsable, usaremos sus datos para cumplir con nuestras obligaciones legales, prevención de ilícitos, investigar y dictaminar el siniestro, y en su caso para indemnizarle.

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. 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.

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 estos 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, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03800, en la Ciudad de México.
- 3) En la sección disponible a través de nuestra página web: **www.generaldesalud.mx**

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 esta 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 esta materia, a través del correo electrónico **datospersonales@gsalud.com.mx** o en nuestras oficinas.

¿En qué plazos responderemos su solicitud de derechos ARCO?

- I. En **5 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 este 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 este Aviso de Privacidad y la normatividad aplicable.

Todo tratamiento a sus datos personales será realizado con total 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: **www.generaldesalud.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).

Acepto Aviso de Privacidad y consiento tratamiento de datos,
incluidos los sensibles, para las finalidades antes especificadas.

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 seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 25 de agosto de 2023 con el número CNSF-H0707-0011-2021/CONDUSEF-004783-05 y a partir del día 05 de enero de 2023 con el número CNSF-H0707-0012-2021/CONDUSEF-004784-04.