



OFICINA MATRIZ
 Patriotismo
 266 San Pedro de los
 Pinos
 03800 CDMX Tel: 55.5270.8000



SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD VITAL 3 Y MULTISALUD 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).

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		
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/constitución		
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
Suma asegurada:				Deducible:				
\$ 500,000* <input type="checkbox"/>	\$ 2'000,000 <input type="checkbox"/>	\$ 10'000,000 <input type="checkbox"/>	\$ 0 <input type="checkbox"/>	\$ 20,000 <input type="checkbox"/>				
\$ 1'000,000* <input type="checkbox"/>	\$ 3'000,000 <input type="checkbox"/>	\$ 20'000,000 <input type="checkbox"/>	\$ 3,000 <input type="checkbox"/>	\$ 30,000 <input type="checkbox"/>				
\$ 1'500,000* <input type="checkbox"/>	\$ 5'000,000 <input type="checkbox"/>	Otra* _____	\$ 5,000 <input type="checkbox"/>	\$ 40,000 <input type="checkbox"/>	Otro _____			
* Sólo aplica para Multi-Salud			\$ 10,000 <input type="checkbox"/>	\$ 50,000 <input type="checkbox"/>				

Seleccione el plan solicitado

Salud Vital <input type="checkbox"/>		Multi-Salud <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/>	
Círculo hospitalario:	Copago:	Plan:	
PLUS 1000 <input type="checkbox"/>	10 % <input type="checkbox"/> 20 % <input type="checkbox"/>	Distinguido <input type="checkbox"/>	Especial <input type="checkbox"/>
PLUS 500 <input type="checkbox"/>		Preferente <input type="checkbox"/>	Primario <input type="checkbox"/>
PLUS 100 <input type="checkbox"/>	15 % <input type="checkbox"/> 25 % <input type="checkbox"/>	Otro _____	

Coberturas complementarias Salud Vital	Cobertura complementaria Multi-Salud Individual
Inmunizaciones <input type="checkbox"/>	
Eliminación de penalización por cambio de zona <input type="checkbox"/>	
Estudios preventivos para adultos <input type="checkbox"/>	
Emergencia en el extranjero <input type="checkbox"/>	Emergencia en el extranjero <input type="checkbox"/>
	Solamente aplica para planes con cobertura de Hospitalización

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"/>

En caso de incumplir con el pago de la Prima será motivo de cancelación de la Póliza.

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.

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

	T	C	D1	D2	D3	D4
Peso en kilogramos						
Estatura en metros y centímetros						
1. Ocupación o Profesión Explicar detalladamente el trabajo o actividad que realiza. Si utiliza equipo de seguridad favor de mencionarlo.						

6	¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO DE FORMA CONTÍNUA? En caso afirmativo, especifique	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?: Causa/diagnóstico: Fecha de inicio:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?: Causa/diagnóstico: Fecha de inicio:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?: Causa/diagnóstico: Fecha de inicio:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?: Causa/diagnóstico: Fecha de inicio:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál?: Causa/diagnóstico: Fecha de inicio:
7	¿HA CONSUMIDO O CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS? En caso afirmativo, especifique	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cantidad y frecuencia:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cantidad y frecuencia:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cantidad y frecuencia:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cantidad y frecuencia:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cantidad y frecuencia:
8	¿HA CONSUMIDO O CONSUME TABACO? En caso afirmativo, especifique	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cantidad y frecuencia:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cantidad y frecuencia:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cantidad y frecuencia:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cantidad y frecuencia:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cantidad y frecuencia:
9	¿HA CONSUMIDO O CONSUME DROGAS Y/O ESTUPEFACIENTES? En caso afirmativo, especifique	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tipo: Cantidad y frecuencia:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tipo: Cantidad y frecuencia:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tipo: Cantidad y frecuencia:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tipo: Cantidad y frecuencia:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tipo: Cantidad y frecuencia:

“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”.

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.

Lugar y fecha:	
_____	_____
Firma del solicitante	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 Simplificado

- I. **Domicilio del responsable:** Av. Patriotismo No. 266, Colonia San Pedro de los Pinos, Benito Juárez, C.P. 03800, Ciudad de México. Dicho domicilio funge también para oír y recibir notificaciones.
- II. **Finalidades necesarias y secundarias del tratamiento de los datos personales:**

Finalidades necesarias:

1. Valuar 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, así como para la atención de siniestros y el trámite de reclamaciones de pago, según sea aplicable.
2. Regular los derechos y obligaciones que surgen por la celebración del Contrato de Seguro.
3. Cobrar, administrar, mantener o renovar la póliza de seguro; para remisión a otras Instituciones de Seguros o encargados, con el fin de poder evaluar el riesgo de cualquier propuesta relacionada con su contrato de seguro, tales como coaseguramiento y reaseguro.
4. Integrar los expedientes que exige la normatividad aplicable; combate y prevención de ilícitos relacionados con nuestros productos y servicios, y para cumplimiento normativo en general.

Finalidades secundarias: Promoción de los productos y servicios del responsable y de sus empresas filiales y controladoras; fines de mercadotecnia, publicidad y prospección comercial.

General de Salud, Compañía de Seguros, S.A., pone a su disposición el aviso de privacidad integral en la página web www.generaldesalud.mx/inicio/aviso-de-privacidad/, de acceso sencillo, fácil y gratuito, pudiendo consultarlo las 24 horas del día, los 365 días del año.

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, quedaran registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 10 de julio de 2024 con el número CNSF-H0707-0035-2024/CONDUSEF-006520-01.