



**SOLICITUD DE SEGURO RECUPERA INDIVIDUAL | FAMILIAR**

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   |  |
| CURP                             |                  |                       |                              | Estado civil   |                    | Nacionalidad           |  |
|                                  |                  |                       |                              | Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> |                    |                        |  |
| Fecha de Nacimiento/constitución |                  | Calle                 |                              |  | Número exterior    | Número interior        |  |
| D   D   M   M   A   A   A   A    |                  |                       |                              |  |                    |                        |  |
| Colonia                          |                  | Población o localidad |                              | Estado   |                    | Municipio o alcaldía   |  |
| Código postal                    | Teléfono celular |                       | Teléfono fijo con clave lada |  | Correo electrónico |                        |  |
|                                  |                  |                       |                              |  |                    |                        |  |
| Actividad o giro del negocio     |                  | Ocupación o Profesión |                              | Relación con el solicitante  |                    | Origen de los recursos |  |

| 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 |  |
| CURP  |                  |                       |                              | Estado civil   |                    | Nacionalidad         |  |
|   |                  |                       |                              | Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> |                    |                      |  |
| Fecha de Nacimiento/constitución  |                  | Calle                 |                              |  | Número exterior    | Número interior      |  |
| D   D   M   M   A   A   A   A   |                  |                       |                              |  |                    |                      |  |
| Colonia   |                  | Población o localidad |                              | Estado   |                    | Municipio o alcaldía |  |
| Código postal   | Teléfono celular |                       | Teléfono fijo con clave lada |  | Correo electrónico |                      |  |
|   |                  |                       |                              |  |                    |                      |  |
| Actividad o giro del negocio  |                  | Ocupación o Profesión |                              | 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                        |   |
|--|---|
| Plan Recupera <input type="checkbox"/> | Suma Asegurada<br>50 % <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> |

| FORMAS DE PAGO                   |                                    |                                     |
|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| Anual <input type="checkbox"/>   | Semestral <input type="checkbox"/> | Trimestral <input type="checkbox"/> |
| Mensual <input type="checkbox"/> | Otro: _____                        |                                     |

| MEDIOS DE PAGO                               |  |
|--|--|
| Ventanilla bancaria <input type="checkbox"/> | Transferencia electrónica <input type="checkbox"/> |
| Domiciliación <input type="checkbox"/>       | Página web <input type="checkbox"/>                |
| Call Center <input type="checkbox"/>         | Otro: _____  |

| CARGO A TARJETA DE CRÉDITO | No. de pagos _____ |
|----------------------------|--------------------|
|----------------------------|--------------------|

El Contratante pagará a **General de Salud** el total de la Prima especificado en la Carátula de la Póliza en el medio que ha elegido en la presente solicitud.

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.

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

**"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."**

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(S) | PARENTESCO | SEXO M / F | NACIMIENTO<br>DÍA MES AÑO |  |  |
|---|------------------|------------------|-----------|------------|------------|---------------------------|--|--|
| 1 |                  |                  |           |            |            |                           |  |  |
| 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 O DURANTE EVENTO QUIRÚRGICO)

| Beneficiario del Titular                                | Nombre completo | Parentesco | Porcentaje |
|---|-----------------|------------|------------|
| Beneficiario del Cónyuge (en caso de ser mayor de edad) | Nombre completo |            |            |
| Beneficiario del Hijo 1 (en caso de ser mayor de edad)  | Nombre completo |            |            |
| Beneficiario del Hijo 2 (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  |           |           |           |           |           |           |           |           |
| <b>De acuerdo a su conocimiento.</b>  | <b>Si</b> | <b>No</b> | <b>Si</b> | <b>No</b> | <b>Si</b> | <b>No</b> | <b>Si</b> | <b>No</b> |
| 1) ¿Sufre de Hipertensión?<br>De ser el caso, ¿Qué medicamento toma para controlarla?   |           |           |           |           |           |           |           |           |
| 2) ¿Sufre de Diabetes?<br>De ser el caso, ¿Qué medicamento toma para controlarla?   |           |           |           |           |           |           |           |           |
| 3) ¿Sufre 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?<br>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.     |           |           |           |           |           |           |           |           |

| DECLARACIÓN MÉDICA  | Titular |    | Cónyuge |    | Hijo 1 |    | Hijo 2 |    |
|---|---------|----|---------|----|--------|----|--------|----|
|   | Si      | No | Si      | No | Si     | No | Si     | No |
| <b>De acuerdo a su conocimiento.</b>  |         |    |         |    |        |    |        |    |
| 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 transplante 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.   |         |    |         |    |        |    |        |    |
| <b>Ampliación de información u observaciones del médico suscriptor.</b>   |         |    |         |    |        |    |        |    |
| 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. |         |    |         |    |        |    |        |    |

## IMPORTANTE

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 contratarlo invitamos a consultarlas en [www.generaldesalud.com.mx](http://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 oponerme a que mi información sea utilizada para los fines señalados, siempre que lo manifieste por escrito **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.

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: \_\_\_\_\_

Nombre

Firma

## 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 [atencionclientes@gsalud.com.mx](mailto:atencionclientes@gsalud.com.mx) o visita [www.generaldesalud.mx](http://www.generaldesalud.mx)

Lugar y fecha:

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante titular

\_\_\_\_\_  
Firma del contratante

## 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.

Procedimiento para ejercer derechos arco y revocación del consentimiento:

#### 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](http://www.generaldesalud.com.mx)

### AVISO DE PRIVACIDAD

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
3. mencionados.  
En el caso de las solicitudes de rectificación de sus Datos Personales el Titular deberá indicar el dato que es erróneo
4. y la corrección que debe realizarse al respecto.
5. Los datos, documentos o registros que faciliten la localización de Datos Personales.  
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](http://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](http://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: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma

**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 23 de Febrero de 2011, con el número CNSF-H0707-0092-2010/CONDUSEF-000693-04, a partir del día 01 de abril de 2015, con el número RESP-H0707-0023-2015, a partir del día 17 de junio de 2016, con el número RESP-H0707-0006-2016, a partir del día 31 de mayo de 2021, con el número CGEN-H0707-0011-2021, a partir del día 16 de febrero de 2022, con el número MODI-H0707-0002-2021 y a partir del día 18 de julio de 2024, con el número MODI-H0707-0001-2024.**