

FECHA DE SOLICITUD		
DÍA	MES	AÑO
GRUPO		
No.		

CONSENTIMIENTO DE SALUD

PARA FACILITAR LOS TRÁMITES DE ESTA SOLICITUD, ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE. **NO OMITA NINGÚN DATO Y NO ESCRIBA EN LA ZONAS SOMBRADAS.** EL SUSCRITO EN CARÁCTER DE PROponente, SOLICITA A GENERAL DE SALUD, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. LE SEA EXPEDIDA UNA PÓLIZA DEL PROGRAMA DE SALUD PARA LO CUAL OFRECE LOS SIGUIENTES DATOS.

NOMBRE DEL CONTRATANTE (RAZÓN SOCIAL):				PROGRAMA DE SALUD:			
DATOS DEL SOLICITANTE							
APELLIDO PATERNO:		APELLIDO MATERNO:		NOMBRE(S):		FECHA DE NACIMIENTO: DÍAMESAÑO	
SEXO:		CALLE:		NÚMERO:		COLONIA:	
CIUDAD:		ESTADO:		C.P.		NACIONALIDAD:	
CORREO ELECTRÓNICO:			NO. DE EMPLEADO:		TELÉFONO EN DOMICILIO (CON CLAVE LADA):		ESTADO CIVIL:
TIPO SANGUÍNEO:	PUESTO:	ACTIVIDAD:				FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: DÍA MES AÑO	
<p>¿HA TENIDO ALGUNA COBERTURA MÉDICA DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS? SI () NO () EN CASO AFIRMATIVO, POR FAVOR INDIQUE DE QUÉ TIPO _____</p> <p>¿DESDE CUÁNDO HA TENIDO LA COBERTURA EN FORMA ININTERRUMPIDA? _____</p> <p>SI USTED O SUS DEPENDIENTES TIENEN ALGUNA OTRA COBERTURA DE SALUD O GASTOS MÉDICOS, POR FAVOR INDIQUE INICIO Y TÉRMINO DE VIGENCIA _____</p> <p>¿CON QUÉ COMPAÑÍA? _____</p>							
FAVOR DE ANEXAR COPIA DE LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA Y DEL ÚLTIMO RECIBO DE PAGO							

POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE CADA PERSONA A CONSIDERAR EN EL PROGRAMA DE SALUD. LLENAR AL MENOS EL CUADRO DEL TITULAR EN CASO DE NO HABER MÁS AFILIADOS.

	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S) COMPLETO(S)	EDAD	PESO	ESTATURA	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO M / F	MÉDICO DE CUIDADOS PRIMARIOS ODONTÓLOGO DE CUIDADOS PRIMARIOS
							DÍA	MES	AÑO		
1.	TITULAR										
2.											
3.											
4.											
5.											

AUTORIZACIÓN DEL EMPLEADO PARA EL DESCUENTO POR NÓMINA

(Si el programa es contributivo por favor llene la siguiente sección, en caso de no serlo dejarse en blanco)

POR MEDIO DE LA PRESENTE AUTORIZO AL CONTRATANTE, A EFECTUAR LOS DESCUENTOS DE MI SALARIO NOMINAL, DE ACUERDO CON EL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO CON EL PROGRAMA DE SALUD DE GENERAL DE SALUD, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. LA SOLICITUD Y ESTE CONSENTIMIENTO ESTÁN SUJETOS A LA APROBACIÓN DE GENERAL DE SALUD, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. Y LA INFORMACIÓN PODRÁ AMPLIARSE O CORREGIRSE EN CASO NECESARIO. ESTA AUTORIZACIÓN Y LOS SERVICIOS DERIVADOS DE ELLA PODRÁN SER CANCELADOS: 1) POR LA TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN DE TRABAJO CON EL CONTRATANTE O COMO INTEGRANTE DEL COLECTIVO; 2) PORQUE NO PUEDA SER DESCONTADA DE MI SALARIO NOMINAL LA CANTIDAD NECESARIA PARA MANTENER VIGENTE MI CERTIFICADO. ESTA AUTORIZACIÓN NO CONCLUYE LOS BENEFICIOS DE SEGURIDAD SOCIAL ESTABLECIDOS POR LAS LEYES O POR ALGÚN OTRO ACUERDO O CONVENIO. ESTOY ENTERADO QUE GENERAL DE SALUD, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. ES UNA EMPRESA INDEPENDIENTE DE SERVICIOS QUE ACTÚA PARA MI BENEFICIO Y QUE NO EXISTE NINGUNA RELACIÓN LABORAL ENTRE AMBOS.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL SOLICITANTE

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 ellos 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 mi 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 examinando 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, 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 del ramo que sea solicitado por mi persona.

En caso de que su cónyuge también trabaje, por favor indique:

NOMBRE DE LA EMPRESA:		PUESTO Y ACTIVIDAD:	
TIENE COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS O ALGÚN PROGRAMA DE SALUD PRIVADO: SI () NO ()		TIPO DE COBERTURA: INDIVIDUAL/FAMILIAR () GRUPO/COLECTIVO ()	¿CON QUÉ COMPAÑÍA?:

Datos adicionales

REACTIVO	DEPENDIENTE 1	DEPENDIENTE 2	DEPENDIENTE 3
1. Relación con el Titular			
2. Ocupación			

HISTORIA CLÍNICA

POR FAVOR PROPORCIONE INFORMACIÓN CONTESTANDO DETALLADAMENTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, SI CONSIDERA QUE HAY MÁS INFORMACIÓN QUE DEBA SABER GENERAL DE SALUD, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. POR FAVOR ESPECIFIQUELO EN UNA HOJA APARTE FIRMADA POR EL SOLICITANTE.

REACTIVO	TITULAR	CÓNYUGE	DEPENDIENTE 1	DEPENDIENTE 2	DEPENDIENTE 3
1. OCUPACIÓN O PROFESIÓN. EXPLICAR LA ACTIVIDAD QUE REALIZA Y SI UTILIZA EQUIPO DE SEGURIDAD	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____	_____ _____ _____
2. ¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD? ¿Cuál / fecha de inicio / evolución / tratamiento?	Si ____ No ____ Cuál(es) _____ Fecha(s) _____	Si ____ No ____ Cuál(es) _____ Fecha(s) _____	Si ____ No ____ Cuál(es) _____ Fecha(s) _____	Si ____ No ____ Cuál(es) _____ Fecha(s) _____	Si ____ No ____ Cuál(es) _____ Fecha(s) _____
3. ¿LE HAN REALIZADO ALGUNA CIRUGÍA? Especifique tipo de cirugía, zona específica del cuerpo (en caso de aplicar, mencione que lado) y fecha	Si ____ No ____ Especifique _____ Fecha(s) _____	Si ____ No ____ Cuál(es) _____ Fecha(s) _____	Si ____ No ____ Cuál(es) _____ Fecha(s) _____	Si ____ No ____ Cuál(es) _____ Fecha(s) _____	Si ____ No ____ Cuál(es) _____ Fecha(s) _____
4. ¿HA SUFRIDO ALGÚN ACCIDENTE? ¿Cómo ocurrió el accidente (especifique tipo de accidente, la zona del cuerpo afectada, tipo de lesión y secuelas, fecha)?	Si ____ No ____ Especifique _____ Fecha(s) _____	Si ____ No ____ Especifique _____ Fecha(s) _____	Si ____ No ____ Especifique _____ Fecha(s) _____	Si ____ No ____ Especifique _____ Fecha(s) _____	Si ____ No ____ Especifique _____ Fecha(s) _____
5. ¿LO HAN HOSPITALIZADO? Especifique motivo o causa, fecha, días de hospitalización, diagnóstico, tratamiento	Si ____ No ____ Motivo(s) _____ Fecha(s) _____	Si ____ No ____ Motivo(s) _____ Fecha(s) _____	Si ____ No ____ Motivo(s) _____ Fecha(s) _____	Si ____ No ____ Motivo(s) _____ Fecha(s) _____	Si ____ No ____ Motivo(s) _____ Fecha(s) _____
6. ¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO DE FORMA CONTÍNUA? ¿Cuál, causa/diagnóstico, a partir de cuándo?	Si ____ No ____ Cuál(es) _____ Fecha(s) _____	Si ____ No ____ Cuál(es) _____ Fecha(s) _____	Si ____ No ____ Cuál(es) _____ Fecha(s) _____	Si ____ No ____ Cuál(es) _____ Fecha(s) _____	Si ____ No ____ Cuál(es) _____ Fecha(s) _____
7. ¿HA CONSUMIDO O CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS? Mencione cantidad y frecuencia	Si ____ No ____ Especifique: _____ _____ _____	Si ____ No ____ Especifique: _____ _____ _____	Si ____ No ____ Especifique: _____ _____ _____	Si ____ No ____ Especifique: _____ _____ _____	Si ____ No ____ Especifique: _____ _____ _____
8. ¿HA CONSUMIDO O CONSUME TABACO? Mencione cantidad y frecuencia	Si ____ No ____ Especifique: _____ _____ _____	Si ____ No ____ Especifique: _____ _____ _____	Si ____ No ____ Especifique: _____ _____ _____	Si ____ No ____ Especifique: _____ _____ _____	Si ____ No ____ Especifique: _____ _____ _____
9. ¿HA CONSUMIDO O CONSUME DROGAS Y/O ESTUPEFACIENTES? Mencione tipo, cantidad y frecuencia	Si ____ No ____ Especifique: _____ _____ _____	Si ____ No ____ Especifique: _____ _____ _____	Si ____ No ____ Especifique: _____ _____ _____	Si ____ No ____ Especifique: _____ _____ _____	Si ____ No ____ Especifique: _____ _____ _____

El cuestionario y las cláusulas seleccionadas con la selección de riesgo, solamente aplicarán para aquellos supuestos en los que los asegurados den su consentimiento después de treinta días de haber adquirido el derecho de formar parte de la colectividad.

Le informamos que el seguro cuenta con coberturas, exclusiones y limitaciones, por lo que antes de contratar, lo invitamos a consultarlas en www.generaldesalud.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 atencionclientes@gsalud.com.mx; o visite www.generaldesalud.mx

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.

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.

- A) 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.

AVISO DE PRIVACIDAD

- 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.

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.mx**

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

Estando de acuerdo el Titular con el tratamiento de sus Datos Personales sensibles, estampa su firma en el presente documento:

Nombre	Firma	Teléfono
--------	-------	----------

“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 13 de Abril del 2016, con el número CNSF-H0707-0016-2016/CONDUSEF-000032-01 y a partir del día 20 de Junio, con el número RESP- H0707-0012-2016”.