

## AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

CON LA FINALIDAD DE AGILIZAR SU TRÁMITE, LE SOLICITAMOS NOS AYUDE A CONTESTAR TODOS LOS ESPACIOS CON LETRA DE MOLDE.										FECHA DE SOLICITUD		
										DÍA	MES	AÑO
NOMBRE DE LA EMPRESA O CONTRATANTE: <span style="float: right;">OBLIGATORIO</span>										NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: <span style="float: right;">OBLIGATORIO</span>		
TITULAR: APELLIDO PATERNO <span style="float: right;">OBLIGATORIO</span>					APELLIDO MATERNO <span style="float: right;">OBLIGATORIO</span>					NOMBRE (S) <span style="float: right;">OBLIGATORIO</span>		
ASEGURADO AFECTADO: APELLIDO PATERNO <span style="float: right;">OBLIGATORIO</span>					APELLIDO MATERNO <span style="float: right;">OBLIGATORIO</span>					NOMBRE (S) <span style="float: right;">OBLIGATORIO</span>		
FECHA DE NACIMIENTO			FECHA DE ALTA EN EL PROGRAMA DE SALUD			OCUPACIÓN			CORREO ELECTRÓNICO			
DÍA	OBLIGATORIO MES	AÑO	DÍA	OBLIGATORIO MES	AÑO	OBLIGATORIO			OBLIGATORIO			
TELÉFONO PARTICULAR: <span style="float: right;">OBLIGATORIO</span>						TELÉFONO CELULAR: <span style="float: right;">OBLIGATORIO</span>						
RFC: <span style="float: right;">OBLIGATORIO</span>						CURP: <span style="float: right;">OBLIGATORIO</span>						
NACIONALIDAD: <span style="float: right;">OBLIGATORIO</span>						LUGAR DE NACIMIENTO: <span style="float: right;">OBLIGATORIO</span>						
DOMICILIO COMPLETO: <span style="float: right;">OBLIGATORIO</span>						CIUDAD Y ESTADO: <span style="float: right;">OBLIGATORIO</span>			CÓDIGO POSTAL: <span style="float: right;">OBLIGATORIO</span>			
¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS O PROGRAMA DE SALUD CON OTRA COMPAÑÍA? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>												
EN CASO AFIRMATIVO, FAVOR DE INDICARNOS CON QUÉ COMPAÑÍA: _____												
NÚMERO DE PÓLIZA: _____												
DATOS DEL EVENTO												
CAUSA DE RECLAMACIÓN: ACCIDENTE <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> EMBARAZO <input type="checkbox"/>									FECHA DE INICIO			
									DÍA	MES	AÑO	
¿CUÁL FUE EL ACCIDENTE O ENFERMEDAD?: _____												
EN CASO DE HABER SIDO UN ACCIDENTE, FAVOR DE DETALLAR CÓMO SUCEDIÓ: _____												
_____												
_____												
_____												
LUGAR DE OCURRENCIA: _____												
LESIONES SUFRIDAS: _____												
_____												
_____												
¿SE REALIZARON ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>												
EN CASO AFIRMATIVO, FAVOR DE ANEXAR LOS ESTUDIOS ORIGINALES CON SUS INTERPRETACIONES												
¿QUÉ ESTUDIOS SE REALIZARON? _____												

## AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

### DATOS DE LOS MÉDICOS QUE LO HAN ATENDIDO

<b>1</b>	MÉDICO TRATANTE:	ESPECIALIDAD:	CÉDULA PROFESIONAL:
	DOMICILIO DEL CONSULTORIO:	TEL. CONSULTORIO:	CÉDULA ESPECIALIDAD:
<b>2</b>	HOSPITAL TRATANTE:	TEL HOSPITAL:	
	DOMICILIO DEL HOSPITAL:		

**NÚMERO DE SERIE DEL CERTIFICADO DIGITAL DE LA FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA (FIEL):**

**OPCIONAL**

Declaro que los recursos de la póliza que recibo no serán destinados a ninguna actividad ilícita. Asimismo, declaro que los datos asentados son correctos y autorizo a la Aseguradora para comprobarlos a su entera satisfacción.

Declaro que actúo por cuenta propia y no por cuenta de un tercero.

\_\_\_\_\_

Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_

Firma del Titular

\_\_\_\_\_

Firma del Asegurado Afectado

**NOTA:** Gastos no cubiertos en la póliza y con cargo al paciente: pañales, comida de los acompañantes, llamadas de larga distancia, gastos del recién nacido, caja fuerte, utensilios de uso personal, tales como pañuelos desechables, shampoo, maquillaje, zapatos, juguetes, flores, dulces, ropa, excedente de habitación estándar y películas.

**AVISO:** Se le informa que la inexacta o falsedad de declaración proporcionada en el presente cuestionario, invalidará toda responsabilidad de la Compañía. Autorizo a los Médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios, y/o establecimientos de salud, a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad accidente, o lesión y/o a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen a **General de Salud, Compañía de Seguros, S.A.**, aún cuando no exista una orden judicial o administrativa toda la información referente a mis antecedentes personales patológicos, historial clínico, indicaciones médicas, resultados de estudios de laboratorio y gabinete y cualquier información contenida en mi expediente clínico, misma que podrá ser requerida en cualquier momento que **General de Salud, Compañía de Seguros, S.A.** lo considere oportuno, inclusive después de mi fallecimiento. Con la presente autorización relevo de cualquier responsabilidad derivada del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información requerida, asimismo autorizo a las compañías de Seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguros para que proporcionen a **General de Salud, Compañía de Seguros, S.A.** o la información de su conocimiento y que a su vez **General de Salud, Compañía de Seguros, S.A.** proporcione a cualquier otra empresa del Sector Asegurador la información que requiera y que se derive de este documento y de otros que sean de su conocimiento.

## AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

### 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. 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”:** Av. Patriotismo No. 266, Colonia San Pedro de los Pinos, Benito Juárez, C.P. 03800, Ciudad de México.

**3. Datos personales que recaba el “Responsable”:** Datos de identificación: Nombre completo, estado civil, fecha y lugar de nacimiento, ocupación, profesión, firma autógrafa, Registro Federal de Contribuyentes, Clave Única de Registro de Población, nacionalidad, lugar donde trabaja, sexo y edad. Datos de contacto: Domicilio, correo electrónico, correo electrónico de trabajo, teléfono fijo, teléfono de trabajo y teléfono celular. Datos patrimoniales o financieros: Bienes, derechos, cargas u obligaciones susceptibles de valoración económica, como son: bienes muebles e inmuebles, seguros y fianzas, estados financieros auditados y declaraciones.

**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. Únicamente cuando la 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. No grabaremos su voz como dato biométrico.

**4. Finalidades necesarias del tratamiento de los datos personales:**

**a)** Valorar 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, reembolsos, endosos, según sea aplicable; **b)** Seguimiento a su estado de salud para fines inherentes a la póliza de seguro, a través de mensajes de texto SMS, llamada telefónica, correo electrónico, y encuestas en nuestra página web, a fin de ejercer los derechos y obligaciones que las leyes aplicables al contrato de seguro otorgan al Responsable; **c)** Regular los derechos y obligaciones que surgen por la celebración del contrato de seguro; **d)** Cobrar, administrar, mantener o renovar la póliza de seguro, para estadística; así como remisión a otras Instituciones de Seguros o encargados, con el fin de que estén en posibilidad de evaluar el riesgo de cualquier propuesta relacionada con su contrato de seguro, tales como coaseguro y reaseguro; **e)** Cumplimiento normativo y de obligaciones del Responsable, e integración de expedientes que exige la regulación aplicable, así como para prevenir y denunciar ilícitos relacionados con nuestros productos y servicios, tales como lavado de dinero, financiamiento al terrorismo, fraude, delitos patrimoniales. / No utilizaremos sus datos personales para finalidades secundarias.

**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, con la finalidad de dar cumplimiento a nuestras obligaciones derivadas de leyes o tratados internacionales, obligaciones tributarias, así como para el cumplimiento de oficios, notificaciones o requerimientos oficiales; **b)** Instituciones, organizaciones o entidades del sector asegurador, incluyendo asociaciones gremiales, para fines de selección de riesgos, prevención de fraude y atención de siniestros; **c)** Proveedores y terceros necesarios para la selección de riesgos y 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, verificadores, despachos, ambulancias, servicios de asistencia, proveedores de asesoría médica telefónica, centros de contacto, empresas de servicio a clientes y administración de pólizas, auditores, consultores, beneficiarios de coberturas, causahabientes, albaceas, reaseguradores y aseguradoras, contratantes de seguros de grupo y colectivos, agentes de seguros, promotores de agentes de seguros, empresas de cobranza telefónica o de IVR (Respuesta de Voz Interactiva), empresas y plataformas para la administración de descuentos por nómina, en su caso.

**Notas:** Las anteriores transferencias por su propia naturaleza, no requieren que usted otorgue su consentimiento. El responsable no transferirá ni compartirá sus datos personales con terceros, para fines ajenos a los estipulados en el presente Aviso, ni para comercialización de productos ajenos a su grupo empresarial. / Si sus datos deben ser transferidos a un 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 nuestra página web usamos cookies y otras tecnologías de rastreo de su comportamiento como usuario de internet, para una mejor experiencia al navegar en nuestra página. En materia de Internet, una cookie es una breve información que una página web envía a su computadora, la cual queda almacenada en su disco duro. De este modo, 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. Una cookie no nos permite conocer su identidad personal

## AVISO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD

a menos que expresamente elija proporcionárnosla. La mayoría de las cookies expiran después de un periodo determinado de tiempo, o bien usted puede borrarlas 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.

**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:** a) Enviando su solicitud al “Responsable” a la dirección [datospersonales@gsalud.com.mx](mailto:datospersonales@gsalud.com.mx). En caso de que su solicitud sea procedente, se le registrará en el listado de exclusión propio del responsable; b) 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; c) 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).**

1) Enviando un correo electrónico a la Unidad de Protección de Datos Personales, a la dirección electrónica [datospersonales@gsalud.com.mx](mailto: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, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03800, en la Ciudad de México.

3) En la sección disponible a través de nuestra página WEB: <http://www.generaldesalud.com.mx/derechos-arco-salud/>

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 ésta calidad), deberá: a) 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; b) 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 ésta materia, a través del correo electrónico [datospersonales@gsalud.com.mx](mailto:datospersonales@gsalud.com.mx) o en nuestras oficinas.

**¿En qué plazos responderemos su solicitud de derechos ARCO?** I. Cinco 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 éste plazo por otros 20 días hábiles, lo cual se le informará.

**9. Medidas de seguridad implementadas:** 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 éste Aviso de Privacidad y la legislación aplicable.

**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: <http://www.generaldesalud.com.mx/aviso-de-privacidad-2/>

**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 tratamiento de mis datos,  
incluyendo los sensibles.