

AVISO DE ACCIDENTE AP

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 ESCUELA O CONTRATANTE: OBLIGATORIO						NÚMERO DE PÓLIZA: OBLIGATORIO		
NOMBRE ASEGURADO AFECTADO: OBLIGATORIO		APELLIDO PATERNO OBLIGATORIO			APELLIDO MATERNO OBLIGATORIO		NOMBRE (S) OBLIGATORIO	
FECHA DE NACIMIENTO		EDAD		OCUPACIÓN		GRADO ESCOLAR (MENORES)		
DÍA	OBLIGATORIO MES	AÑO	OBLIGATORIO		OBLIGATORIO		OBLIGATORIO	
TELÉFONO DE CONTACTO: OBLIGATORIO				CORREO ELECTRÓNICO: OBLIGATORIO				
RFC: OBLIGATORIO				CURP: OBLIGATORIO				
NACIONALIDAD: OBLIGATORIO				LUGAR DE NACIMIENTO: OBLIGATORIO				
DOMICILIO COMPLETO: OBLIGATORIO				CIUDAD Y ESTADO: OBLIGATORIO		CÓDIGO POSTAL: OBLIGATORIO		
DATOS DEL EVENTO								
FECHA DE INICIO:			DÍA	MES	AÑO	HORA DEL ACCIDENTE:		
¿CUÁL FUE EL ACCIDENTE?:								
FAVOR DE DETALLAR CÓMO SUCEDIÓ: _____ _____ _____ _____ _____								
LUGAR DE OCURRENCIA: _____								
LESIONES SUFRIDAS: _____ _____ _____								
QUE AUTORIDAD DEL CONTRATANTE TOMÓ PARTE DEL ACCIDENTE:								
DATOS DE LOS MÉDICOS QUE LO HAN ATENDIDO								
1	MÉDICO TRATANTE:			ESPECIALIDAD:		CÉDULA PROFESIONAL:		
	DOMICILIO DEL CONSULTORIO:			TEL. CONSULTORIO:		CÉDULA ESPECIALIDAD:		
2	HOSPITAL TRATANTE:			TEL HOSPITAL:				
	DOMICILIO DEL HOSPITAL:							

AVISO DE ACCIDENTE AP

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.

Fecha en que hizo su 1a. consulta sobre la lesión: _____

Lugar y Fecha

Firma del Titular

Firma del Asegurado Afectado

Nombre y Firma del Director del plantel:

Teléfono: _____

Email: _____

Sello de la Escuela

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 Seguros S.A.B.** y 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 Seguros S.A.B.**, lo consideré 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 Seguros S.A.B.** y 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 AP

Aviso de Privacidad Integral para Clientes, Asegurados y Beneficiarios

1. **Responsable” del tratamiento de sus datos personales.** General de Seguros, S.A.B., 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 como **“Titular”** la persona física a quien corresponden los datos personales, y por éstos últimos, cualquier información concerniente a una persona física identificada o identificable. Este Aviso de Privacidad complementa cualesquiera otros avisos de privacidad simplificados o cortos 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, Col. San Pedro de los Pinos, Benito Juárez, Código Postal 03800, Ciudad de México.
3. **Datos personales que recaba el “Responsable”:**
 - a) **Datos de identificación:** Nombre completo, Estado Civil, fecha de nacimiento, país de nacimiento, ocupación, profesión, número de la serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada o en su caso firma autógrafa, RFC, CURP, nacionalidad, lugar donde trabaja, sexo y edad.
 - b) **Datos de contacto:** Domicilio, correo electrónico, correo electrónico de trabajo, teléfono fijo, teléfono de trabajo y teléfono celular.
 - c) **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, hábitos y práctica de deportes, así como características personales y físicas.
 - d) **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.
4. **Finalidades necesarias para el tratamiento de los datos personales:**
 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 el mismo, así como para la atención de siniestros y el trámite de reclamaciones de pago, trámites de salvamento, endosos, 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 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.
 4. Integrar los 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 normativo de sus obligaciones. Finalidades secundarias: 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 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.

AVISO DE ACCIDENTE AP

- c) Proveedores que resulten necesarios para cumplir con las obligaciones derivadas de su contrato de seguro: hospitales, médicos, ajustadores, despachos, ambulancias, servicios de asistencia, talleres automotrices, proveedores de asesoría médica telefónica, centros de contacto.
- d) Terceros necesarios para cumplir con las obligaciones del contrato de seguro: beneficiarios de coberturas, causahabientes, albaceas, reaseguradores y aseguradores, contratantes de seguros de grupo y colectivos, agentes de seguros, gestores y compradores de salvamentos.

Nota: 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. Sólo se transmitirán los datos indispensables para cada finalidad.

6. El uso de tecnologías de rastreo en el portal de Internet del “Responsable”. En nuestra página web usamos cookies, para una mejor experiencia al navegar en nuestra página. En Internet, una cookie es una breve información que una página web envía a su computadora, la cual queda almacenada en su disco duro. Una cookie no nos permite conocer su identidad personal a menos que expresamente elija proporcionárnosla. La mayoría de las cookies expiran después de cierto periodo de tiempo, o usted puede borrarlas en el momento en que lo desee de su explorador, o bien, 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:

- a) Enviar su solicitud al “Responsable” a la dirección datospersonales@gseguros.com.mx. En caso de que su solicitud sea procedente, se le registrará en el listado de exclusión propio del responsable;
- b) Solicitar 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) Solicitar 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) o para revocar consentimiento para el tratamiento de sus datos. Usted puede ejercer éstos 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@gseguros.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, Col. San Pedro de los Pinos, Benito Juárez, Código Postal 03800, Ciudad de México.
- 3) En la sección disponible a través de nuestra página web: <http://www.generaldeseguros.mx/derechos-arco/> 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 en el correo electrónico indicada en el inciso 1) del párrafo anterior.

Requisitos: Para poder dar seguimiento a su solicitud, usted o su representante legal deberán:

- a) Indicar su nombre completo y su domicilio u otro medio para comunicarle la respuesta a su solicitud.
- b) Acreditar correctamente su identidad y facultades, 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.
- c) 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.
- d) 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@gseguros.com.mx o en nuestras oficinas.

AVISO DE ACCIDENTE AP

¿En qué plazos responderemos su solicitud de derechos ARCO?

- 1) **Cinco días hábiles**, en caso de que necesitemos información adicional sobre su solicitud.
- 2) 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.
- 3) 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 hemos instrumentado medidas de seguridad de carácter administrativo, físico y técnico con el objeto de evitar pérdidas, acceso no autorizado, mal uso o alteración de su información. Sus datos serán tratados y resguardados conforme a los deberes de seguridad y confidencialidad, 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 que a continuación se indica: <http://www.generaldeseguros.mx/aviso-de-privacidad/>

11. **Derecho de promover los procedimientos de protección de derechos y de verificación que sustancia el INAI. 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 entrego voluntariamente
mis datos personales en términos del mismo**

INFORME MÉDICO AP

ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO TRATANTE CON LETRA DE MOLDE. NO DEJAR ESPACIOS NI PREGUNTAS SIN CONTESTAR

FECHA DE SOLICITUD													
PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA <input type="checkbox"/>			TRATAMIENTO MÉDICO <input type="checkbox"/>			REEMBOLSO <input type="checkbox"/>			DÍA	MES	AÑO		
FICHA DE IDENTIFICACIÓN													
NOMBRE DE LA ESCUELA O CONTRATANTE: OBLIGATORIO						NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: OBLIGATORIO							
TITULAR: OBLIGATORIO			APELLIDO PATERNO OBLIGATORIO			APELLIDO MATERNO OBLIGATORIO			NOMBRE (S) OBLIGATORIO				
AFILIADO AFECTADO: OBLIGATORIO			APELLIDO PATERNO OBLIGATORIO			APELLIDO MATERNO OBLIGATORIO			NOMBRE (S) OBLIGATORIO				
FECHA DE NACIMIENTO		EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	TELÉFONO PARTICULAR			NÚMERO DE PÓLIZA					
<input type="checkbox"/> OBLIGATORIO		<input type="checkbox"/> OBLIGATORIO	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> OBLIGATORIO	<input type="checkbox"/> OBLIGATORIO			<input type="checkbox"/> OBLIGATORIO					
Día	Mes	Año											
CAUSA DE ATENCIÓN: OBLIGATORIO			ENFERMEDAD <input type="checkbox"/>			ACCIDENTE <input type="checkbox"/>							
HISTORIA CLÍNICA													
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:					ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:								
ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:					ANTECEDENTES PERINATALES (EN CASO DE SER NECESARIO)								
PADECIMIENTO ACTUAL (ESPECIFICAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN)								FECHA DE INICIO					
SIGNOS Y SÍNTOMAS:								Día	Mes	Año			
								PESO (Kg):			TA (MMhg):		
								TALLA (Cm):					
DIAGNÓSTICO (S) DEFINITIVO (S):								CIE-10					
								FECHA DE DIAGNÓSTICO					
Día			Mes			Año							
RESULTADO DE EXPLORACIÓN FÍSICA Y DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS (ANEXAR INTERPRETACIONES):													
TRATAMIENTO:								CPT					

INFORME MÉDICO AP

ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL MÉDICO TRATANTE CON LETRA DE MOLDE. NO DEJAR ESPACIOS NI PREGUNTAS SIN CONTESTAR

DESCRIPCIÓN DE COMPLICACIONES	COMPLICACIONES <input style="width: 30px; height: 20px; margin: 0 5px;" type="checkbox"/> SI <input style="width: 30px; height: 20px; margin: 0 5px;" type="checkbox"/> NO
-------------------------------	---

OBSERVACIONES

NOMBRE DEL HOSPITAL	CIUDAD	ESTADO	FECHA DE INGRESO			FECHA DE EGRESO		
			DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO

TIPO DE ESTANCIA: HOSPITALIZACIÓN URGENCIA CORTA ESTANCIA/AMBULATORIA

DATOS DEL MÉDICO TRATANTE					
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO			NOMBRE (S)	
ESPECIALIDAD	RFC	TELÉFONO	CELULAR	<input style="width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;" type="checkbox"/> SI <input style="width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;" type="checkbox"/> NO <small>MÉDICO DE RED</small>	
CÉDULA PROFESIONAL	CÉDULA ESPECIALIDAD			CORREO ELECTRÓNICO	

HONORARIOS MÉDICOS
ESTE APARTADO DEBERÁ SER LLENADO ÚNICAMENTE SI EL MÉDICO TRATANTE NO PERTENECE A LA RED MÉDICA DE GENERAL DE SEGUROS
MÉDICO TRANTE: \$ _____ CIRUJANO: \$ _____ AYUDANTE: \$ _____ OTROS: \$ _____ ANESTESIÓLOGO: \$ _____ INSTRUMENTISTA: \$ _____

OBSERVACIONES:

NOTA: Como Médico Tratante, autorizo a los hospitales en donde fue internado el paciente a que otorguen a General de Seguros S.A.B., todos los informes que se refieren a su salud, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas del secreto profesional, bajo protesta de decir la verdad, que manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada directamente del paciente Asegurado.

AVISO: Se le informa al Médico que la inexacta o falsa declaración proporcionada en el presente cuestionario, invalidará toda responsabilidad de la Compañía.

Lugar y fecha: _____ Firma del Médico: _____

INFORME MÉDICO AP

Aviso de Privacidad Integral para Clientes, Asegurados y Beneficiarios

1. **Responsable” del tratamiento de sus datos personales.** General de Seguros, S.A.B., 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 como **“Titular”** la persona física a quien corresponden los datos personales, y por éstos últimos, cualquier información concerniente a una persona física identificada o identificable. Este Aviso de Privacidad complementa cualesquiera otros avisos de privacidad simplificados o cortos 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, Col. San Pedro de los Pinos, Benito Juárez, Código Postal 03800, Ciudad de México.
3. **Datos personales que recaba el “Responsable”:**
 - a) **Datos de identificación:** Nombre completo, Estado Civil, fecha de nacimiento, país de nacimiento, ocupación, profesión, número de la serie del certificado digital de la Firma Electrónica Avanzada o en su caso firma autógrafa, RFC, CURP, nacionalidad, lugar donde trabaja, sexo y edad.
 - b) **Datos de contacto:** Domicilio, correo electrónico, correo electrónico de trabajo, teléfono fijo, teléfono de trabajo y teléfono celular.
 - c) **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, hábitos y práctica de deportes, así como características personales y físicas.
 - d) **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.
4. **Finalidades necesarias para el tratamiento de los datos personales:**
 1. 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, trámites de salvamento, endosos, 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 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.
 4. Integrar los 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 normativo de sus obligaciones. Finalidades secundarias: 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 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.

INFORME MÉDICO AP

- c) Proveedores que resulten necesarios para cumplir con las obligaciones derivadas de su contrato de seguro: hospitales, médicos, ajustadores, despachos, ambulancias, servicios de asistencia, talleres automotrices, proveedores de asesoría médica telefónica, centros de contacto.
- d) Terceros necesarios para cumplir con las obligaciones del contrato de seguro: beneficiarios de coberturas, causahabientes, albaceas, reaseguradores y aseguradores, contratantes de seguros de grupo y colectivos, agentes de seguros, gestores y compradores de salvamentos.

Nota: 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. Sólo se transmitirán los datos indispensables para cada finalidad.

6. El uso de tecnologías de rastreo en el portal de Internet del “Responsable”. En nuestra página web usamos cookies, para una mejor experiencia al navegar en nuestra página. En Internet, una cookie es una breve información que una página web envía a su computadora, la cual queda almacenada en su disco duro. Una cookie no nos permite conocer su identidad personal a menos que expresamente elija proporcionárnosla. La mayoría de las cookies expiran después de cierto periodo de tiempo, o usted puede borrarlas en el momento en que lo desee de su explorador, o bien, 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:

- a) Enviar su solicitud al “Responsable” a la dirección datospersonales@gseguros.com.mx. En caso de que su solicitud sea procedente, se le registrará en el listado de exclusión propio del responsable;
- b) Solicitar 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) Solicitar 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) o para revocar consentimiento para el tratamiento de sus datos. Usted puede ejercer éstos 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@gseguros.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, Col. San Pedro de los Pinos, Benito Juárez, Código Postal 03800, Ciudad de México.
- 3) En la sección disponible a través de nuestra página web: <http://www.generaldeseguros.mx/derechos-arco/> 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 en el correo electrónico indicada en el inciso 1) del párrafo anterior.

Requisitos: Para poder dar seguimiento a su solicitud, usted o su representante legal deberán:

- a) Indicar su nombre completo y su domicilio u otro medio para comunicarle la respuesta a su solicitud.
- b) Acreditar correctamente su identidad y facultades, 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.
- c) 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.
- d) 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@gseguros.com.mx o en nuestras oficinas.

INFORME MÉDICO AP

¿En qué plazos responderemos su solicitud de derechos ARCO?

- 1) **Cinco días hábiles**, en caso de que necesitemos información adicional sobre su solicitud.
 - 2) 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.
 - 3) 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 hemos instrumentado medidas de seguridad de carácter administrativo, físico y técnico con el objeto de evitar pérdidas, acceso no autorizado, mal uso o alteración de su información. Sus datos serán tratados y resguardados conforme a los deberes de seguridad y confidencialidad, 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 que a continuación se indica: <http://www.generaldeseguros.mx/aviso-de-privacidad/>
11. **Derecho de promover los procedimientos de protección de derechos y de verificación que sustancia el INAI. 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 entrego voluntariamente
mis datos personales en términos del mismo**