

Datos del contratante (Sírvese escribir con letra de molde)			
Nombre o razón social:		R.F.C.:	
Domicilio particular:	Calle:	No.:	Colonia:
Población:	Estado:	C.P.:	Tel.:
CURP:		Correo electrónico:	

Datos del solicitante			
Nombre y apellido completo:		R.F.C.:	
Domicilio particular:	Calle:	No.:	Colonia:
Población:	Estado:	C.P.:	Tel.:
CURP:		Correo electrónico:	
Nombre y giro de la empresa en donde trabaja:		Ingresos mensuales:	
Profesión u oficio:	Su transporte lo realiza en:	Por su ocupación viaja en:	
Describe brevemente las labores que realiza:			
Deportes que practican los integrantes de la familia:			

Asegurados						
Nombre (Inclúyase el titular y señale el parentesco)	Parentesco	Fecha de nacimiento (AA / MM / DD)	Sexo (M, F)	Estado civil	Estatura (ej. 1.65m)	Peso (ej. 72Kg)

Asegurados		
Suma asegurada: <input type="text"/>	Deducible: <input type="text"/>	Coaseguro: <input type="text"/>
Topo de coaseguro: <input type="text"/>	Suma asegurada maternidad: <input type="text"/>	
Tabulador de honorarios quirúrgicos: <input type="text"/>	Nivel Hospitalario: <input type="text"/>	
Reconocer antigüedad (anexar comprobantes) <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		

**Coberturas adicionales**

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| Eliminación de deducible por accidente:       | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Emergencia en el extranjero:           | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Cobertura en el extranjero:                   | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Cobertura dental:                      | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Cobertura de visión:                          | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Consultas de primer contacto:          | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Medicamentos de consultas de primer contacto: | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Indemnización por enfermedad terminal: | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| Indemnización por hospitalización:            | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No | Suma asegurada: _____                  |   |
| Suma asegurada: _____                         |   |  |   |
| Protección al infante:                        | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |  |   |

**Datos del pago**

- |                  |                                  |                                 |                      |   |                            |
|------------------|----------------------------------|---------------------------------|----------------------|---|----------------------------|
| Forma de pago:   | <input type="radio"/> Anual      | <input type="radio"/> Semestral | Conducto de pago:    | <input type="radio"/> Tarjeta de crédito* | <input type="radio"/> Otro |
|                  | <input type="radio"/> Trimestral | <input type="radio"/> Mensual   |                      | <input type="radio"/> Pago referenciado*  |                            |
| Vigencia inicial | <input type="text"/>             | Vigencia Final                  | <input type="text"/> | *Anexar formatos correspondientes         |                            |

**Cuestionario médico familiar**

**NOTA IMPORTANTE:** EN ESTE CUESTIONARIO SE DEBERÁN INCLUIR LOS DATOS DE CADA UNO DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA POR ASEGURARSE, DEBIENDO MARCAR CON UNA "X" EL INCISO QUE CORRESPONDE A SU RESPUESTA. POSTERIORMENTE EN BASE A SUS RESPUESTAS AFIRMATIVAS, AMPLÍE LOS DATOS EN EL CUADRO SIGUIENTE DE ACUERDO A LOS CONCEPTOS QUE SE LE PIDEN.

- | <b>1. Alguno de los miembros de la familia por asegurarse padece o ha padecido de:</b>                         | <b>SI</b>             | <b>NO</b>             |
|--|-----------------------|-----------------------|
| a) Infarto al miocardio, presión elevada, fiebre reumática, soplos cardiacos u otras enfermedades del corazón. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Asma, tuberculosis y otra afección respiratoria.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Úlcera gástrica o duodenal, padecimientos de hígado, intestinos, vesícula biliar o apéndice.                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) Próstata, riñones, diabetes, tiroides, epilepsia, demencia, cancer, reumatismo.                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) Enfermedades de ojos, oídos, nariz o garganta.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f) Accidentes que hayan ameritado atención médica, hospitalización o intervención quirúrgica.                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g) (Para mujeres) Enfermedades de los senos, matriz, ovarios o embarazo actual.                                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>2. ¿Actualmente padece(n) de alguna enfermedad, lesión, afección o deformidad física?</b>                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>3. ¿En los últimos dos años ha(n) consultado al médico?</b>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>4. ¿Le(s) ha(n) practicado alguna intervención quirúrgica o está pendiente de realizar?</b>                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>5. ¿Actualmente se encuentra(n) bajo tratamiento médico?</b>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>6. ¿Fuma?</b>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Indique cantidad diaria:   |                       |                       |
| <b>7. ¿Consume bebidas alcohólicas?</b>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tipo de bebida:  |                       |                       |
| Indique cantidad diaria:   |                       |                       |

De acuerdo a sus respuestas afirmativas continúe el siguiente recuadro

AFECTADO Y NO. DE PREGUNTA	DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD Y FECHA EN QUE SE REALIZÓ	TRATAMIENTO (indique si fue operado)	DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD	ESTADO ACTUAL

De interés para el solicitante

**ADVERTENCIA:**

SE PREVIENE AL SOLICITANTE, QUE CONFORME A LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO, DEBE DECLARAR TODOS LOS HECHOS IMPORTANTES PARA LA APRECIACIÓN DEL RIESGO A LOS QUE SE REFIERE ESTA SOLICITUD, TAL Y COMO LOS CONOZCA O DEBA CONOCER EN EL MOMENTO DE FIRMAR, EN LA INTELIGENCIA DE QUE LA NO DECLARACIÓN DE UN HECHO IMPORTANTE QUE SE LE PREGUNTE, PARA LA APRECIACIÓN DEL RIESGO PODRÍA OCASIONAR LA PÉRDIDA DE LOS DERECHOS EN SU CASO.

ENTERADO DE LO ANTERIOR Y PARA EFECTO DE ESTA SOLICITUD, RATIFICO LAS RESPUESTAS PROPORCIONADAS Y DECLARO ESTAR DISPUESTO SI FUERA NECESARIO, A PASAR EXÁMENES MÉDICOS QUE LA COMPAÑÍA ESTIME CONVENIENTE A SU COSTA. AUTORIZO A LOS MÉDICOS QUE ME HAYAN ASISTIDO O EXAMINADO, A LOS HOSPITALES, SANATORIOS O CLÍNICAS A QUE HAYA INGRESADO PARA DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO DE CUALQUIER ENFERMEDAD, PARA PROPORCIONAR LOS INFORMES QUE REQUIERA SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD NOVA, S.A. DE C.V. REFERENTE A LA SALUD O ENFERMEDADES ANTERIORES DE LOS MIEMBROS QUE INTEGRAN LA FAMILIA QUE SE ASEGURA. LA PROTECCIÓN AL ASEGURADO INICIARÁ A PARTIR DE LA FECHA DE VIGENCIA QUE SEÑALE LA PÓLIZA Y NO CUANDO SEA FIRMADA ESTA SOLICITUD, ASIMISMO, AUTORIZO A LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS A LAS QUE PREVIAMENTE HA SOLICITADO PÓLIZAS, PARA QUE PROPORCIONEN A SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD NOVA, S.A. DE C.V. LA CORRECTA EVALUACIÓN DE MI SOLICITUD Y QUE A SU VEZ SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD NOVA, S.A. DE C.V. PROPORCIONE A CUALQUIER OTRA EMPRESA DEL RAMO, LA INFORMACIÓN QUE SE DERIVE DE ESTA SOLICITUD Y DE OTRAS QUE SEAN DE SU CONOCIMIENTO A EFECTO DE QUE PUEDAN EVALUAR CUALQUIER PROPUESTA DE CONTRATACIÓN DE SEGURO DEL RAMO QUE LE SEA SOLICITADA POR MI PERSONA.

ASIMISMO HAGO CONSTAR QUE ME HE ENTERADO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE EN SU CASO EXTENDERÁ SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD NOVA, S.A. DE C.V., Y EXPRESAMENTE DECLARO MI CONFORMIDAD CON ELLAS.

**Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.**

SE HACE DEL CONOCIMIENTO DEL SOLICITANTE QUE ESTE PRODUCTO DE SEGURO CUENTA CON EXCLUSIONES Y LIMITANTES, MISMAS QUE SE DETALLAN EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA, LAS CUALES INDEPENDIEMENTE DE QUE LE SERÁN DADAS A CONOCER POR LA PERSONA QUE ESTE INTERMEDIANDO ESTE SEGURO, PODRÁN SER CONSULTADAS EN LA PÁGINA WWW.SISNOVA.COM.MX, O BIEN, EN EL RECAS (REGISTRO DE CONTRATOS DE ADHESIÓN DE SEGUROS EN CONDUSEF)

EL AGENTE HACE CONSTAR QUE, EL CONTRATANTE Y/O LAS PERSONAS POR ASEGURAR LLENARON Y FIRMARON ESTA SOLICITUD EN SU PRESENCIA; QUE LES HA ENTERADO DE FORMA ADECUADA DE LA COBERTURA SOLICITADA Y DE LA FORMA DE CONSERVARLA O DARLA POR TERMINADA; QUE NO CUENTA CON FACULTADES DE REPRESENTACIÓN DE SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD NOVA, S.A. DE C.V. PARA SUSCRIBIR, ACEPTAR RIESGOS O MODIFICAR PÓLIZAS; QUE PODRÁ COBRAR PRIMAS CONTRA AVISO DE COBRO EXPEDIDO POR SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD NOVA, S.A. DE C.V. Y QUE LAS PRIMAS ASÍ COBRADAS SE ENTENDERÁN RECIBIDAS POR ESTA.

FIRMA DEL CONTRATANTE

FECHA

FIRMA DEL SOLICITANTE

NOMBRE, CLAVE Y FIRMA DEL AGENTE: \_\_\_\_\_

**“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 15 de Junio de 2018, con el número CNSF-H0711-0009-2018.” Este seguro cuenta con el número de registro CONDUSEF-003202-01 del RECAS (Registro de Contratos de Adhesión de Seguros en CONDUSEF)**

Para cualquier duda, aclaración o queja puede acudir a la UNE (Unidad Especializada) ubicada en Av. Batallón de San Patricio 111 Piso 14, Valle Oriente, San Pedro Garza García, Nuevo León, C.P 66269 y también puede acceder a ella a través de correo electrónico [atencionclientes@sisnova.com.mx](mailto:atencionclientes@sisnova.com.mx), o telefónicamente al 01800 022 6436, en un horario de atención de 9:00 horas a 19:00 horas.

Asimismo, puede acceder a la CONDUSEF (Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros), ya sea a través de su página de internet, [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx), o telefónicamente a los teléfonos (55) 5448 7000 en la Ciudad de México y del interior de la República al 01 800 999 8080.

#### **AVISO DE PRIVACIDAD**

De conformidad con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares (la “Ley”), Servicios Integrales de Salud Nova, S.A. de C.V. (“SISNOVA”) reconoce que la privacidad y la seguridad de sus Datos Personales y Datos Personales Sensibles, incluyendo sus datos financieros o patrimoniales o los de su representado, en su caso, según se definen estos términos más adelante en el presente documento, constituyen derechos de suma importancia para Usted o para su representado, en su caso, por lo cual SISNOVA se encuentra obligado a resguardar sus Datos Personales y Datos Personales Sensibles, incluyendo incluso sus datos financieros o patrimoniales o los de su representado, en su caso, con los más altos índices de seguridad legal, tecnológica y administrativa, comprometiéndose en todo momento a no vender, alquilar, compartir o divulgar sus Datos Personales y Datos Personales Sensibles, incluyendo sus datos financieros o patrimoniales, a terceros con fines ilícitos o contrarios al objeto para, el cual los proporciona su titular.

En virtud de lo anterior, el presente Aviso de Privacidad se extiende a toda la información, incluyendo los Datos Personales y Datos Personales Sensibles, incluyendo sus datos financieros o patrimoniales recopilados por SISNOVA, sus empresas afiliadas y subsidiarias, así como por terceros con los que SISNOVA celebre o vaya a celebrar relación contractual alguna, a efecto de brindarle a Usted o a su representado, en su caso, los servicios personalizados de que se trate. En consecuencia, nos permitimos solicitarle leer cuidadosamente los Términos y Condiciones contenidos en este documento, respecto de la aportación que haga de sus Datos Personales y Datos Personales Sensibles, incluyendo incluso sus datos financieros o patrimoniales o los de su representado, en su caso, firmando al calce de este documento su reconocimiento

y aceptación a los mismos, así como su autorización para la transferencia de sus Datos Personales y Datos Personales Sensibles, incluyendo incluso sus datos financieros o patrimoniales o los de su representado, en su caso, en los términos del presente documento:

#### **Uso de Datos Personales y Datos Personales Sensibles**

Los Datos Personales y Datos Personales Sensibles, incluyendo los datos financieros o patrimoniales que Usted en lo personal o como representante, según sea el caso, proporcione a SISNOVA, tendrán el uso de se describe a continuación:

Para identificarlo, ubicarlo, comunicarse con Usted, contactarle, proveerle servicios y productos requeridos, informarle sobre cambios de los productos o servicios de SISNOVA, informarle sobre nuevos productos o servicios de SISNOVA, enviarle información. El uso de los Datos Personales y Datos Personales Sensibles, incluyendo los datos financieros o patrimoniales, tendrá relación directa con la relación jurídica que Usted o su representado, en su caso, tiene con SISNOVA.

#### **Resguardo de los Datos Personales y Datos Personales Sensibles**

Una vez que entregue a SISNOVA sus Datos Personales y Datos Personales Sensibles, incluyendo sus datos financieros o patrimoniales o los de su representado, según sea el caso, serán conservados en diferentes medios seguros que la tecnología permita, cuyo acceso estará limitado solamente a las personas físicas y/o morales con la que SISNOVA tenga alguna relación contractual y relacionados con la relación jurídica que lo unen a Usted o a su representado, según sea el caso, con SISNOVA.

SISNOVA contará con las medidas de seguridad aplicables para proteger el uso de Datos Personales y Datos Personales Sensibles, incluyendo los datos financieros o patrimoniales, por parte de terceros no autorizados. En caso de requerimiento de alguna autoridad, los Datos Personales y los Datos Personales Sensibles, incluyendo los datos financieros o patrimoniales, se podrán a disposición de éstas, en cumplimiento a la Ley y a dichos requerimientos.

#### **Datos Personales Sensibles**

En relación con los Datos Personales Sensibles, Usted o su representado, según sea el caso, tendrá el derecho a que SISNOVA le informe sobre cualesquiera transferencia que pretenda efectuar de los mismos a cualquier tercero, según se señala en el siguiente párrafo, y, para ello, le será notificada tal acción por cualquier medio, ya sea escrito, telefónico, electrónico, óptico, sonoro, visual o cualquier otro que la tecnología permita ahora o en el futuro. De darse el caso, Usted o su representado a través suyo, según sea el caso, tendrá derecho a oponerse a que se efectúe la transmisión de los Datos Personales Sensibles de conformidad con la Ley.

#### **Transferencia de Datos Personales y Datos Personales Sensibles**

Los Datos Personales y Datos Personales Sensibles, provistos por Usted, son compartidos por SISNOVA con su red de hospitales y proveedores, administrada por Inflexión en Salud, S.A.P.I. de C.V., así como con el reasegurador y con la Oficina de Intercambio de Información, A.C., con el único fin de cumplir con su objeto que es la de práctica en seguros de la operación de accidentes y enfermedades, en el ramo de salud y estar en posibilidades su representado, son compartidos por SISNOVA con diversas instituciones bancarias, bajo las más altas medidas de seguridad, siempre garantizando su confidencialidad.

#### **Revocación del Consentimiento**

En todo momento Usted o su representado a través suyo, según corresponda, podrá revocar el consentimiento que en su caso otorgue a SISNOVA para el tratamiento de sus Datos Personales y Datos Personales Sensibles, incluyendo sus datos financieros o patrimoniales, o los de su representado, en su caso, a fin de que de resultar procedente su solicitud conforme a la Ley, dejemos de hacer uso de los mismos.

#### **Derechos de “ARCO”**

Le recordamos que en materia de protección de Datos Personales y Datos Personales Sensibles, incluyendo los datos financieros o patrimoniales, Usted o su representado a través suyo, en su caso, podrá ejercer los derechos denominados “ARCO” (Acceso, Ratificación, Cancelación, Oposición).

#### **Datos de contacto**

En caso de que tenga alguna duda o desee ejercer cualquiera de los derechos “ARCO” de conformidad con la Ley, puede hacerlo por teléfono o por escrito a los siguientes datos:

Domicilio: Batallón de San Patricio 111, Col. Valle Oriente, C.P. 66269, San Pedro Garza García, Nuevo León.

Teléfono: (81) 8647 0306

Contacto: Oficial de Protección de Datos Personales.

#### **Modificaciones**

Cualquier modificación al presente Aviso de Privacidad, será notificado a través de la página web [www.sisnova.com.mx](http://www.sisnova.com.mx)

#### **Consentimiento**

Por medio de la presente hago constar que recibido y leído en su totalidad el presente Aviso de Privacidad de SISNOVA, por lo que en este acto manifiesto mi conformidad con los Términos y Condiciones contenidos en el mismo y autorizo expresamente a SISNOVA el tratamiento y transferencia de mis Datos Personales y Datos Personales Sensible, incluyendo mis datos financieros o patrimoniales, o los de mi representado, según corresponda, a los terceros señalados en el Aviso de Privacidad para los fines previstos en el mismo.

Nota: Este es extracto del Aviso de Privacidad, para consultar

**FIRMA DEL CONTRATANTE**

**FECHA**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_