

SOLICITUD DEL SEGURO DE SALUD COLECTIVO "SI SALUD ESENCIAL"

Patrocinador Oficial
Comité Olímpico Mexicano



No. de solicitud:
Folio:

Datos del contratante (Sírvese escribir con letra de molde)									
Nombre o razón social:					Giro de la empresa:				
RFC:			Teléfono:			Correo electrónico:			
Domicilio del Contratante									
Calle:		Número Ext:		Número Int:		Colonia:			
Ciudad:		Estado:		Código Postal:		Delegación o Municipio:			
Representante (Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s) o razón social									
Nombre:									
Puesto:					Teléfono Oficina:				
Celular:					Correo electrónico:				
¿La empresa estuvo afiliada a SISNova anteriormente? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No									
Fecha de baja:									
¿Anteriormente contaba con algún Seguro de Salud o Gastos Médicos? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No									
¿Cuál?									
Descripción de la Colectividad Asegura (Anexar relación de asegurados incluyendo nombre, sexo y edad)									
Suma Asegurada o regla para determinarla:									
Pago de Prima		Contributorio:		<input type="checkbox"/>	%		No Contributorio		<input type="checkbox"/>
Tipo de Colectividad		Prestación:		<input type="checkbox"/>	Voluntario:		<input type="checkbox"/>		
Relación de los Asegurados con el Contratante:									
Forma de Pago									
Mensual		<input type="checkbox"/>	Trimestral		<input type="checkbox"/>	Cuatrimestral		<input type="checkbox"/>	Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/>
Tipo de Administración:		Autoadministrada:		<input type="checkbox"/>	Detallada:		<input type="checkbox"/>		
Periodo de Vigencia		Inicio de Vigencia:		dd	mm	aaaa	Fin de Vigencia:		dd mm aaaa
Datos del Agente (Esta información la llena SISNOVA)									
Apellido Paterno:			Apellido Materno:			Nombre:			
Clave:		Promotoría:				Oficina:			
Firma del Agente:									

SOLICITUD DEL SEGURO DE SALUD COLECTIVO “SI SALUD ESENCIAL”

Patrocinador Oficial
Comité Olímpico Mexicano



No. de solicitud:
Folio:

Cobertura								
Escoger alguno de los siguientes planes:	Básico		Intermedio		Alto		Amplio	
	SA o Número de Consultas	Copago	SA o Número de Consultas	Copago	SA o Número de Consultas	Copago	SA o Número de Consultas	Copago
<input type="checkbox"/> Consultas de Primer Contacto								
<input type="checkbox"/> Consultas de Medicina Preventiva								
<input type="checkbox"/> Medicamentos de Consultas de Primer Contacto y/o de Medicina Preventiva								
<input type="checkbox"/> Servicios de Diagnóstico de Consultas de Primer Contacto y/o de Medicina								
<input type="checkbox"/> Consultas de Segundo Contacto o de Especialidad								
<input type="checkbox"/> Servicios de Diagnóstico de Consultas de Segundo Contacto								
<input type="checkbox"/> Medicamentos de Consultas de Segundo Contacto								
<input type="checkbox"/> Consulta Médico Domiciliaria								
	Suma Asegurada		Copago					
<input type="checkbox"/> Consulta y Tratamiento Odontológico								
<input type="checkbox"/> Indemnización por Hospitalización								
<input type="checkbox"/> Enfermedades Graves								

**SOLICITUD DEL SEGURO DE SALUD
COLECTIVO “SI SALUD ESENCIAL”**

Patrocinador Oficial
Comité Olímpico Mexicano



No. de solicitud:
Folio:

PIRÁMIDE POBLACIONAL

Edad	Titulares		Dependientes		
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Total
Hasta 4					
De 5 a 9					
De 10 a 14					
De 15 a 19					
De 20 a 24					
De 25 a 29					
De 30 a 34					
De 35 a 39					
De 40 a 44					
De 45 a 49					
De 50 a 54					
De 54 a 59					
De 60 a 64					
De 65 a 69					
De 70 a 74					
De 75 a 79					
De 80 y más					

De interés para el Solicitante (DEBE LEERLO ANTES DE FIRMAR)

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 al que se refiere esta solicitud, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmar la misma, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta declaración de un hecho de los mencionados podrá originar la pérdida del derecho del asegurado o del beneficiario en su caso.

Para los efectos que pueda tener esta solicitud, ratifico que todas las respuestas a las preguntas contenidas en la misma, las he dado personalmente, que son verídicas y están completas y convengo asimismo en que todas las declaraciones y respuestas que aparecen en esta solicitud se consideran como necesarias al contrato de seguro solicitado y constituyen la base sobre la que se celebre dicho contrato.

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 solo 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”

SOLICITUD DEL SEGURO DE SALUD COLECTIVO “SI SALUD ESENCIAL”

Patrocinador Oficial
Comité Olímpico Mexicano



No. de solicitud:
Folio:

Lugar y fecha:	Nombre y Firma del Contratante (y/o representante legal)
DICTAMEN PARA USO EXCLUSIVO DE SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD NOVA, S.A DE C.V	
Fecha de Emisión:	
Notas:	

“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 10 de julio de 2018, con el número CNSF-H0711-0024-2018/CONDUSEF-003724-01”

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 atencionaclientes@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, o telefónicamente a los teléfonos (55) 5448 7000 en la Ciudad de México y del interior de la República al 01 800 999 8080.

No. de solicitud:
Folio:

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.

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).

SOLICITUD DEL SEGURO DE SALUD COLECTIVO "SI SALUD ESENCIAL"

Patrocinador Oficial
Comité Olímpico Mexicano



No. de solicitud:
Folio:

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 del 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

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) 1107-1227

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

Consentimiento

Por medio de la presente hago constar que he 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 el Aviso de Privacidad completo visite www.sisnova.com.mx

NOMBRE

FECHA

FIRMA DEL CONTRATANTE
