

Hoja de Pre-solicitud individual/Familiar Gastos Médicos Mayores 2024 / 2025



DATOS DEL CONTRATANTE (Sírvese escribir con letra molde)

Apellido paterno, apellido materno, nombre(s) o Razón Social:			R.F.C.:
Domicilio:	Calle:	No.:	Colonia:
Población:	Estado:	C.P.:	Tel.:
Giro, actividad u objeto social:			Profesión u ocupación:
Correo electrónico		Ingresos mensuales (M.N):	

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Apellido paterno, apellido materno, nombre(s):			R.F.C.:
Domicilio:	Calle:	No.:	Col.:
Población:	Estado:	C.P.:	Tel.:
Nombre y giro de la empresa en donde trabaja:		Ocupación:	Ingresos Mensuales (M.N):
Correo electrónico:		Profesión:	
Su transporte lo realiza en:		Por su ocupación viaja en:	
Describa brevemente las labores que realizan los integrantes de la familia:		Deportes que practican los integrantes de la familia:	

¿Es usted una Persona Políticamente Expuesta? Entendiéndose como tal a la persona que desempeña o ha desempeñado por lo menos en el último año, funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional. Se asimilan a las personas políticamente expuestas el cónyuge, concubina(o) y las personas con las que mantengan parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, así como las personas morales con las que la persona políticamente expuesta mantenga vínculos patrimoniales. Si No

ASEGURADOS

N°	Nombre (Apellido paterno, apellido materno, nombre(s): Inclúyase el Titular y señale el parentesco.	Parentesco	Fecha de nacimiento (DD/MM/AA)	Sexo:	Estado civil:	Estatura (mts)	Peso (kgs)
1.-		Titular					
2.-							
3.-							
4.-							
5.-							
6.-							
7.-							

BENEFICIARIOS PARA ASÍ

N°	(Apellido paterno, apellido materno, nombre(s): Inclúyase el Titular y señale el parentesco.	Parentesco	Fecha de nacimiento (DD/MM/AA)	Sexo:	Porcentaje:
1.-					
2.-					
3.-					
4.-					

REFERENCIAS PERSONALES

Nombre de una persona que lo conozca que no viva con usted	Teléfono de contacto	Correo electrónico

DATOS DEL SEGURO Y COBERTURAS GMM/ ASI

La cobertura de esta póliza está sujeta al pago de la misma.

Gastos Médicos Mayores / Zurich

Si:

Membresía ASI

Si:

Beneficios PIN

Suma Asegurada: 12,244 UMAM*
 Deducible*: 6 UMAM*
 Coaseguro*: 10%
 Base Honorarios Quirúrgicos: 30 UMAM*
 Maternidad, parto o cesárea: 9.18 UMAM*
 Titular o Cónyuge 10 meses de espera

Asistencia y apoyo Médico
 Asistencia Vial (Grúa)
 Asistencia legal
 Concierge

App de descuentos ASI Mas Beneficios
 Más de 9,000 establecimientos
 Garantía de descuento
 Recompensas por uso de app

* Pago de doble deducible y coaseguro en hospitales nivel AAA ** UMAM (Unidad de Medida y Actualización Mensual)

Firma del Solicitante

CUESTIONARIO MÉDICO FAMILIAR

1. ¿Algún solicitante ha sido hospitalizado o se ha realizado alguna cirugía de carácter estético o reconstructivo? Especifique causas, secuelas y complicaciones. Fecha y estado actual.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿Algún solicitante padece alguna otra enfermedad no referida, está en tratamiento o tiene programada atención médica o quirúrgica?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. ¿Algún solicitante padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

- 1. Hipertensión arterial
- 2. Diabetes tipo 1 y/o 2
- 3. Insuficiencia renal aguda y/o crónica
- 4. Alteración cardíaca
- 5. Infarto agudo al miocardio
- 6. Alteración en el metabolismo de lípidos
- 7. Fiebre Reumática
- 8. Alteraciones neurológicas
- accidente cerebro vascular

- epilepsia
- lesión de médula espinal
- 9. Enfermedades psiquiátricas
- 10. Trastornos respiratorios (apnea del sueño)
- 11. EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)
- 12. SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida)
- 13. Cáncer y/o tumoraciones
- 14. Alteración hematológica (anemia)
- 15. Alteraciones Psiquiátricas

- 16. Lesiones pigmentarias de piel (lunares, nevos)
- 17. Enfermedades congénitas
- 18. Alteraciones de la visión
- 19. Alteración auditiva
- 20. Trasplante de órganos
- 21. Fracturas/ luxaciones /esguinces
- 22. Hallux valgus (juanete)
- 23. Otra (especifique)

Información a detalle para casos de respuesta afirmativa

Solicitante	Enfermedad	Hospitalización / cirugía	Fecha de inicio	mes	año	¿Estuvo hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique			Tipo de pruebas y/o estudios (practicadas ó pendientes). Especifique			
Estado actual de salud		¿Quedó con alguna complicación?	¿Actualmente toma algún medicamento? Especifique			

Solicitante	Enfermedad	Hospitalización / cirugía	Fecha de inicio	mes	año	¿Estuvo hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique			Tipo de pruebas y/o estudios (practicadas ó pendientes). Especifique			
Estado actual de salud		¿Quedó con alguna complicación?	¿Actualmente toma algún medicamento? Especifique			

Solicitante	Enfermedad	Hospitalización / cirugía	Fecha de inicio	mes	año	¿Estuvo hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique			Tipo de pruebas y/o estudios (practicadas ó pendientes). Especifique			
Estado actual de salud		¿Quedó con alguna complicación?	¿Actualmente toma algún medicamento? Especifique			

Solicitante	Enfermedad	Hospitalización / cirugía	Fecha de inicio	mes	año	¿Estuvo hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique			Tipo de pruebas y/o estudios (practicadas ó pendientes). Especifique			
Estado actual de salud		¿Quedó con alguna complicación?	¿Actualmente toma algún medicamento? Especifique			

Solicitante	Enfermedad	Hospitalización / cirugía	Fecha de inicio	mes	año	¿Estuvo hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique			Tipo de pruebas y/o estudios (practicadas ó pendientes). Especifique			
Estado actual de salud		¿Quedó con alguna complicación?	¿Actualmente toma algún medicamento? Especifique			

Solicitante	Enfermedad	Hospitalización / cirugía	Fecha de inicio	mes	año	¿Estuvo hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique			Tipo de pruebas y/o estudios (practicadas ó pendientes). Especifique			
Estado actual de salud	¿Quedó con alguna complicación?		¿Actualmente toma algún medicamento? Especifique			

Solicitante	Enfermedad	Hospitalización / cirugía	Fecha de inicio	mes	año	¿Estuvo hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tipo de tratamiento (quirúrgico, médico o de rehabilitación). Especifique			Tipo de pruebas y/o estudios (practicadas ó pendientes). Especifique			
Estado actual de salud	¿Quedó con alguna complicación?		¿Actualmente toma algún medicamento? Especifique			

Observaciones:

Firma del Solicitante

4. ¿Algunos de los solicitantes durante el último año se ha realizado y/o tiene pendiente pruebas especiales como laboratorios, radiografías, ultrasonidos, resonancias magnéticas, biopsia, otros ¿Por qué? Sí No

Solicitante	Especifique

5. Exclusivo para mujeres (a partir de 15 años)

Si ha estado embarazada ¿Ha tenido alguna complicación en alguno de sus embarazos anteriores? Sí No
Especifique meses de gestación y tipo de complicación

¿Alguna solicitante está actualmente embarazada? Sí No
Especifique meses de gestación

Solicitante

Especificación

HÁBITOS

6.	¿Fuma o ha fumado?	Tipo de cigarro	Cantidad
Solicitante No. _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Solicitante No. _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Solicitante No. _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Solicitante No. _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Observaciones:

Firma del Solicitante

CONTRATO DE COMISIÓN MERCANTIL

A la firma de la **HOJA DE PRE-SOLICITUD INDIVIDUAL/FAMILIAR GASTOS MÉDICOS MAYORES**, _____

_____ acepta y manifiesta su consentimiento expreso, para fungir como comisionista de GB Global Services del Norte, S.A. de C.V. respecto de la Solicitud que ha requisitado o de futuras que llegue a requisitar, a nombre propio o de terceros, del mismo o diverso producto de seguro, sin generar compromiso mínimo de venta.

En virtud de lo anterior, el Solicitante acepta celebrar un contrato de comisión mercantil con GB Global Services del Norte, S.A. de C.V., por lo que declara y ratifica que sus datos generales son los que han quedado precisados en la Hoja de Pre-Solicitud de la que el presente documento es parte integrante.

Asimismo, la persona moral denominada GB Global Services del Norte, S.A. de C.V. acepta la celebración del acuerdo de voluntades antes mencionado, señalando como domicilio el ubicado en: Av. de la Herradura 11, interior 6, Héroes de la Revolución, Naucalpan de Juárez, 53840 Estado de México.

Por lo anterior, el Solicitante y/o comisionista, acepta el encargo, para promocionar y ofrecer a nombre de GB Global Services del Norte, S.A. de C.V. los productos de seguros y beneficios médicos que ésta última comercializa.

De igual manera, el Solicitante y/o comisionista, acepta recibir una contraprestación por el producto y/o servicios que ofrezca y comercialice, de conformidad a la tabla de comisiones que se adjunta como Anexo I, misma que tendrá derecho a recibir siempre y cuando se concrete la adquisición del producto y/o servicio, ante la Aseguradora y/o empresa que promueva el producto y/o servicio correspondiente. **Dicha comisión tendrá derecho a reclamarla únicamente dentro de los cinco días hábiles posteriores a que se concrete y formalice la operación respectiva y/o se emita la póliza correspondiente, relacionadas con el producto y/o servicio comercializado, en el entendido que de no hacerlo dentro de dicho término, renuncia al derecho a su cobro de manera posterior, eximiendo a GB Global Services del Norte, S.A. de C.V. de cualquier responsabilidad que derivado de dicha renuncia resulte o llegara a resultar.**

Asimismo, las partes convienen que el pago de la comisión que tenga derecho a recibir el Solicitante y/o comisionista, deberá ser depositado por GB Global Services del Norte, S.A. de C.V. al número de cuenta que para tal efecto deberá proporcionarle, en la fecha que reclame su pago, el Solicitante y/o comisionista. En el entendido que, a partir de dicha fecha, GB Global Services del Norte, S.A. de

C.V. contará con quince días hábiles para efectuar el depósito correspondiente.

El Solicitante y/o comisionista y GB Global Services del Norte, S.A. de C.V. convienen que la vigencia del presente acuerdo de voluntades será indefinida, pero cualquiera de ellos podrá darlo por terminado, sin necesidad de declaración judicial, previo aviso que entregue a la otra de manera, con el correspondiente acuse de que acredite fehacientemente su recibo; y para la interpretación y cumplimiento de todo lo relacionado con el presente acuerdo, se someten a los Tribunales Competentes en la Ciudad de México, renunciando expresamente a cualquier otro que por razón de domicilio presente o futuro les pudiera corresponder.

Firma del Contratante

Fecha

Firma del Solicitante

Nombre del Agente: _____ Firma: _____ Clave de Agente: _____