

Anexo 1. Cuestionario Ocupacional

Esta solicitud deberá ser llenada en su totalidad por el Contratante, con una sola tinta, y no deberá tener tachaduras o enmendaduras.

Marque si utiliza alguno de los siguientes objetos o materiales:

Objeto o Material	Sí	No	Frecuencia*
Arma de fuego	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diario - Ocasionalmente - Frecuentemente
Maquinaria Especifique: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diario - Ocasionalmente - Frecuentemente
Herramientas eléctricas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diario - Ocasionalmente - Frecuentemente
Gasolina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diario - Ocasionalmente - Frecuentemente
Ácidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diario - Ocasionalmente - Frecuentemente
Acero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diario - Ocasionalmente - Frecuentemente
Alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diario - Ocasionalmente - Frecuentemente
Asbesto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diario - Ocasionalmente - Frecuentemente
Otro: htrhrtr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diario - Ocasionalmente - Frecuentemente

* Frecuencia indica el número de veces que se está en contacto con alguno de los objetos o materiales mencionados. Ocasionalmente refiere hasta una vez a la semana y Frecuentemente hasta 3 veces por semana.

¿Realiza alguna de las actividades siguientes?

Actividad	Sí	No	Especifique
Trabaja desde una altura considerable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altura máxima: _____mts
Levanta objetos pesados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Peso máximo: _____kg
Conduce	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Automóvil - Motocicleta
Otra: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

¿En qué lugar desempeña su ocupación regularmente?

- ☐ Oficina
 ☐ Oficina con visitas de supervisión/inspección
 ☐ Obras
 ☐ Lugares públicos
☐ Otro. Especifique: _____

Detalle las actividades que realiza:

Plan Seguro se reserva el derecho de requerir cualquier información adicional.

Declaración

Confirmo que todas las respuestas que he proporcionado son verdaderas y de mi total conocimiento, por lo que no he omitido ninguna información que pudiera influenciar la evaluación o aceptación de esta solicitud.
Estoy de acuerdo que este formato constituirá parte de mi solicitud de seguro(s) y que la omisión de proporcionar cualquier hecho material conocido por mi podría invalidar mi póliza de seguro(s).

NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO		DD/MM/AAAA
Nombre del Contratante	Firma del Contratante	Fecha de firma

Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros, con domicilio en calle Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3299, Piso 12, Colonia Rincón del Pedregal, Ciudad de México, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14120, en la entidad de Ciudad de México, país México, utilizará sus datos personales recabados para la evaluación de su Solicitud de Seguro y selección de riesgos y, en su caso emisión de la Póliza de Seguro, trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la Póliza de Seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística, así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable así como para prospección comercial.

Anexo 1. Cuestionario Ocupacional “Aviación”

Esta solicitud deberá ser llenada en su totalidad por el Contratante, con una sola tinta, y no deberá tener tachaduras o enmendaduras.

Datos del Solicitante y/o Asegurado		
Nombre(s):	NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO
Fecha de nacimiento:	DD/MM/AAAA	Número de Póliza: EN CASO DE CONTAR CON EL
Tipo de vuelo	No. Licencia	Fecha de obtención
<input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/> Privado		DD/MM/AAAA
Indique los siguientes datos de los últimos doce meses: Número de vuelos _____ Número de horas _____ Rutas frecuentes _____		
¿Participa o tiene pensado participar en algún vuelo acrobático, competencia, exhibición o vuelo de prueba? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No En caso afirmativo, favor de especificar cuándo y/o frecuencia: _____		
¿Ha estado involucrado en algún accidente aéreo o su licencia ha sido restringida o suspendida por alguna razón? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No En caso afirmativo, favor de especificar cuándo: _____		
Se exhorta al Contratante declarar en el siguiente espacio, todos los hechos importantes que pudieran influir en la apreciación del riesgo, tales como los conozca o deba conocer en el momento de firmar este documento, en la inteligencia de que, de conformidad con la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la omisión, inexacta o falsa declaración, podría originar la pérdida de los derechos de los Asegurados. <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>		
Declaración		
Confirmando que todas las respuestas que he proporcionado son verdaderas y de mi total conocimiento, por lo que no he omitido ninguna información que pudiera influenciar la evaluación o aceptación de esta solicitud. Estoy de acuerdo que este formato constituirá parte de mi solicitud de seguro(s) y que la omisión de proporcionar cualquier hecho conocido por mí podría invalidar mi póliza de seguro(s).		
_____ NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO Nombre del Contratante		_____ DD/MM/AAAA Firma del Contratante Fecha de firma

Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros, con domicilio en calle Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3299, Piso 12, Colonia Rincón del Pedregal, Ciudad de México, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14120, en la entidad de Ciudad de México, país México, utilizará sus datos personales recabados para la evaluación de su Solicitud de Seguro y selección de riesgos y, en su caso emisión de la Póliza de Seguro, trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la Póliza de Seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística, así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable así como para prospección comercial.

Anexo 1. Cuestionario ocupacional “Motociclismo”

Esta solicitud deberá ser llenada en su totalidad por el Contratante, con una sola tinta, y no deberá tener tachaduras o enmendaduras.

Datos del Solicitante y/o Asegurado			
Nombre(s):		NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO
			APELLIDO MATERNO
Fecha de nacimiento:		DD/MM/AAAA	Número de Póliza:
			EN CASO DE CONTAR CON EL
Marca	Modelo	Año de Fabricación	Tamaño de Motor
No. Licencia			Fecha de obtención
			DD/MM/AAAA
¿En qué categoría de motociclismo participa?			
Ej. enduro, histórico, motocross, pruebas, carreras de autos en carretera, carreras de velocidad, supercross, supermoto, carreras de pistas, moto trail, etc.			
Favor de indicar la naturaleza de su participación: <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Amateur <input type="radio"/> Uso como medio de transporte			
<p>Se exhorta al Contratante declarar en el siguiente espacio, todos los hechos importantes que pudieran influir en la apreciación del riesgo, tales como los conozca o deba conocer en el momento de firmar este documento, en la inteligencia de que, de conformidad con la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la omisión, inexacta o falsa declaración, podría originar la pérdida de los derechos de los Asegurados.</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>			
Declaración			
<p>Confirmando que todas las respuestas que he proporcionado son verdaderas y de mi total conocimiento, por lo que no he omitido ninguna información que pudiera influenciar la evaluación o aceptación de esta solicitud.</p> <p>Estoy de acuerdo que este formato constituirá parte de mi solicitud de seguro(s) y que la omisión de proporcionar cualquier hecho material conocido por mí podría invalidar mi póliza de seguro(s).</p>			
NOMBRE(S)		APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
Nombre del Contratante		Firma del Contratante	DD/MM/AAAA
			Fecha de firma

Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros, con domicilio en calle Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3299, Piso 12, Colonia Rincón del Pedregal, Ciudad de México, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14120, en la entidad de Ciudad de México, país México, utilizará sus datos personales recabados para la evaluación de su Solicitud de Seguro y selección de riesgos y, en su caso emisión de la Póliza de Seguro, trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la Póliza de Seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística, así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable así como para prospección comercial.

Anexo 2. Cuestionario de Reasignación de Sexo

Esta solicitud deberá ser llenada en su totalidad por el Contratante, con una sola tinta, y no deberá tener tachaduras o enmendaduras.

1. Indicar Solicitante: ☐ Titular ☐ Solicitante 1 ☐ Solicitante 2 ☐ Solicitante 3 ☐ Solicitante 4

2. Sexo de nacimiento: ☐ Hombre ☐ Mujer

3. ¿Ha realizado trámites legales para cambiar su nombre en el Acta de Nacimiento? ☐ Sí ☐ No

En caso de respuesta afirmativa, favor de proporcionar copia de su Acta de Nacimiento actualizada.

4. ¿Ha iniciado con algún tratamiento para la reasignación¹ de sexo? ☐ Sí ☐ No

Indique cuál:

Fecha de inicio del tratamiento: DD/MM/AAAA

5. ¿Actualmente se encuentra bajo algún tratamiento para reasignación de sexo? ☐ Sí ☐ No

Indique cuál:

Fecha de inicio del tratamiento: DD/MM/AAAA

6. ¿Ha sufrido o sufre de depresión o ansiedad? ☐ Sí ☐ No

7. ¿Ha recibido asesoría psicológica para llevar a cabo la reasignación de sexo? ☐ Sí ☐ No

8. ¿Se someterá a alguna cirugía de modificación de órganos genitales externos y/o internos en los próximos doce meses? ☐ Sí ☐ No

Procedimiento y/o Tratamiento:

Fecha de inicio del procedimiento y/o tratamiento: DD/MM/AAAA

¹ La reasignación de sexo refiere a los procedimientos y/o tratamientos, sean médicos o no, que modifican las características sexuales de una persona.

NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Nombre del Contratante

DD/MM/AAAA

Firma del Contratante

Fecha de Firma

Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros, con domicilio en calle Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3299, Piso 12, Colonia Rincón del Pedregal, Ciudad de México, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14120, en la entidad de Ciudad de México, país México, utilizará sus datos personales recabados para la evaluación de su Solicitud de Seguro y selección de riesgos y, en su caso emisión de la Póliza de Seguro, trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la Póliza de Seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística, así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable así como para prospección comercial.

Anexo 3. Cuestionario para la identificación de Personas Políticamente Expuestas

Esta solicitud deberá ser llenada en su totalidad por el Contratante, con una sola tinta, y no deberá tener tachaduras o enmendaduras.

I. Contratante es Persona Políticamente Expuesta

Institución para la que labora: _____

Cargo desempeñado: _____

II. Contratante tiene parentesco con Persona Políticamente Expuesta

Parentesco: ☐ Padre/Madre ☐ Hermano/a ☐ Cónyuge/Concubina(rio) ☐ Hijo/a ☐ Otro: _____

Información referente a la Persona Políticamente Expuesta con la que se tiene parentesco:

Institución para la que labora: _____

Cargo desempeñado: _____

Nombre(s): NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO Fecha de Nacimiento: DD/MM/AAAA

País de Nacimiento: _____ Nacionalidad(es): _____

Correo Electrónico: _____ Código Postal: _____

Calle o Avenida: _____

Número Exterior: _____ Número Interior: _____ Colonia: _____

Alcaldía o Municipio: _____ Ciudad o Población: _____

Entidad Federativa: _____ Teléfono de Contacto: 10 DÍGITOS ☐ Particular ☐ Oficina ☐ Celular

Registro Federal de Contribuyentes (RFC): _____

Clave Única de Registro de Población (CURP): _____

III. Revisión y Aprobación

Por este medio manifiesto por mi propio derecho, bajo protesta de decir verdad, que he verificado los datos y la información proporcionada, la cual es correcta, verdadera y actualizada a esta fecha.

NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Nombre del Contratante

Firma del Contratante

DD/MM/AAAA

Fecha de Firma

Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros, con domicilio en calle Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3299, Piso 12, Colonia Rincón del Pedregal, Ciudad de México, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14120, en la entidad de Ciudad de México, país México, utilizará sus datos personales recabados para la evaluación de su Solicitud de Seguro y selección de riesgos y, en su caso emisión de la Póliza de Seguro, trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la Póliza de Seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística, así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable así como para prospección comercial.

Anexo 4. Solicitud de Cargo Automático a Tarjeta

En caso de que desee que el cobro de la Prima de su Seguro sea con cargo a su Tarjeta de cualquier Intitución Bancaria, favor de requisitar los espacios en blanco y entregar este formato firmado, acompañado de una copia de identificación oficial vigente del Tarjetahabiente que acepta el cargo.

Lugar y fecha:			
Datos del Tarjetahabiente			
Nombre:	NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
Correo Electrónico:			
Teléfono de Contacto:	10 DÍGITOS	<input type="radio"/> Particular <input type="radio"/> Oficina <input type="radio"/> Celular	
Datos del Agente			
Nombre:	NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
Clave del Agente:		Correo Electrónico:	
Solicito y autorizo a Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros, para que realice el cobro correspondiente al/los pago(s) inicial y/o subsecuentes(s), mediante cargo <input type="radio"/> Único <input type="radio"/> Automático a mi tarjeta de: <input type="radio"/> Crédito <input type="radio"/> Débito de la Institución Bancaria:			
<input type="radio"/> HSBC <input type="radio"/> BBVA <input type="radio"/> Banamex <input type="radio"/> Santander <input type="radio"/> Otra:			
con número de Tarjeta:		Vencimiento:	Código de Seguridad:
		AÑO MES	
En caso de Cargo Único, indicar: Cantidad: \$		IMPORTE CON LETRA	
En caso de cualquier aclaración o rechazo, se notificará en su correo electrónico descrito en el apartado anterior.			
Nota			
<p>El tarjetahabiente manifiesta que los datos antes descritos son fidedignos, por lo que se compromete a que, en caso de cambio de tarjeta por vencimiento, robo y/o extravío o cambio de número de cuenta, dará aviso de inmediato a la Aseguradora y, desde este momento autoriza que el cobro de la Prima se realice de acuerdo con los nuevos datos que proporciona, en el entendido de que al no proporcionar dicha información antes de la fecha del recibo que se encuentre próximo a vencer, la Aseguradora carecerá de facultades para realizar el cobro, por lo que los efectos del contrato cesarán automáticamente, liberando a Plan Seguro de responsabilidad alguna.</p> <p>El cargo se realizará en moneda nacional en la fecha de cobro, por lo cual el tarjetahabiente se compromete a mantener saldo suficiente en la cuenta, dándose por enterado que dichos cargos se efectúan con base en el inicio de vigencia de la Póliza, de acuerdo con el calendario y forma de pago que haya seleccionado, en caso de no registrarse el (los) cargo(s) en el estado de cuenta bancario, el tarjetahabiente deberá notificar a la Aseguradora. Cuando el día de cargo sea inhábil, éste se efectuará el día hábil siguiente.</p> <p>El Agente se obliga a verificar los datos de la tarjeta, responsabilizándose de su autenticidad de acuerdo al Artículo 10 de la Ley de Títulos y Operaciones de Crédito.</p>			

El tarjetahabiente está de acuerdo con los términos y condiciones que se establecen en este canal de cobro de Prima, firmando de conformidad.

En tanto la compañía entregue el comprobante de cargo; de manera enunciativa mas no limitativa: el estado de cuenta, recibo, folio o número de transacción, harán prueba plena del cargo, transferencia y/o depósito.

De conformidad con la Ley Sobre el Contrato de Seguro, si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día del plazo de pago. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

Este formato solo será válido durante la vigencia de la Póliza.

Plan Seguro, con domicilio en Blvd. Adolfo Ruiz Cortines No. 3299, Piso 12, Col. Rincón del Pedregal, Tlalpan, C.P. 14120, Ciudad de México, hace de su conocimiento que sus Datos Personales tanto Sensibles como Patrimoniales, que sean recabados y/o generados derivado de la relación jurídica que se realice, exista o concluya, se tratarán únicamente para fines relacionados con el cumplimiento de dicha relación, el aviso integral podrá encontrarlo en el sitio web **www.planseguro.com.mx**

NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Nombre del Tarjetahabiente

Firma del Tarjetahabiente

Anexo 5. Aviso de Privacidad

Plan Seguro S.A de C.V, Compañía de Seguros, mejor conocido como Plan Seguro, con domicilio en calle Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3299 Piso 12, Colonia Rincón del Pedregal, Ciudad de México, Alcaldía de Tlalpan, CP.14120, en la Ciudad de México, República Mexicana, y portal de internet www.planseguro.com.mx, es el responsable del uso y protección de sus datos personales, y al respecto le informamos lo siguiente:

1. ¿Para qué fines utilizaremos sus datos personales?

Los datos personales que recabamos de usted, los utilizaremos para las siguientes finalidades que son necesarias para el servicio que solicita:

A) Para la evaluación de su Solicitud de Seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión de la Póliza de Seguro, trámite de sus Solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la Póliza de Seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística, así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable.

B) Prospección comercial

De manera adicional, utilizaremos su información personal para las siguientes finalidades secundarias que no son necesarias para el servicio solicitado, pero que nos permiten y facilitan brindarle una mejor atención:

- Mercadotecnia o publicitaria

En caso de que no desee que sus datos personales se utilicen para estos fines secundarios, indíquelo a continuación:

Es mi deseo NO otorgar mi consentimiento para que mis datos personales se utilicen para los siguientes fines.

☐ **Mercadotecnia o publicitaria.**

La negativa para el uso de sus datos personales para estas finalidades no podrá ser un motivo para que le neguemos los servicios y productos que solicita o contrata con nosotros.

2. ¿Qué datos personales utilizaremos?

Para llevar a cabo las finalidades descritas en el presente aviso de privacidad, utilizaremos los siguientes datos personales de identificación, de contacto, sobre características físicas, laborales, académicos, migratorios y datos patrimoniales y/o financieros.

Además de los datos personales mencionados anteriormente, para las finalidades informadas en el presente aviso de privacidad utilizaremos los siguientes datos personales considerados como sensibles, que requieren de especial protección: Datos sobre ideología, creencias religiosas, filosóficas o morales, opiniones políticas y/o afiliación sindical, de salud, sobre vida sexual y datos de origen étnico o racial.

3. ¿Con quién compartimos su información personal y para qué fines?

Le informamos que sus datos personales son compartidos dentro y fuera del país con las siguientes personas, empresas, organizaciones o autoridades, para los siguientes fines:

Destinatario de los datos personales	Finalidad	Requiere del consentimiento
Autoridades del sistema financiero mexicano, judiciales y administrativas	Dar cumplimiento a nuestras obligaciones derivadas de leyes o tratados internacionales como Institución de Seguros, obligaciones tributarias, así como para el cumplimiento de notificaciones o requerimientos oficiales	NO
Prestadores de salud	Para tramitación de siniestros	
A organizaciones, instituciones o entidades del sector asegurador	Para fines de selección de riesgos y prevención de fraudes	

4. ¿Cómo puede acceder, rectificar o cancelar sus datos personales, u oponerse a su uso?

Usted tiene derecho a conocer qué datos personales tenemos de usted, para qué los utilizamos y las condiciones del uso que les damos (Acceso). Asimismo, es su derecho solicitar la corrección de su información personal en caso de que esté desactualizada, incompleta o sea inexacta (Rectificación); que la eliminemos de nuestros registros o bases de datos cuando considere que la misma no está siendo utilizada adecuadamente (Cancelación); así como oponerse al uso de sus datos personales para fines específicos (Oposición). Estos derechos se conocen como derechos ARCO.

Para el ejercicio de cualquiera de los derechos ARCO, usted deberá presentar la solicitud respectiva a través del siguiente medio:

Usted podrá ejercer sus derechos de Acceso, Rectificación o Cancelación de sus datos personales, así como oponerse al tratamiento de los mismos o revocar el consentimiento que para tal fin nos haya otorgado, a través del procedimiento establecido para tal efecto.

Para conocer el procedimiento y requisitos para el ejercicio de los derechos ARCO, ponemos a su disposición nuestro portal de internet: **www.planseguro.com.mx**, oficinas y módulos de Plan Seguro.

Los datos de contacto de la persona o departamento de datos personales, que está a cargo de dar trámite a las solicitudes de derechos ARCO, son los siguientes:

- Nombre del responsable del departamento de datos personales: Ana Laura Padilla Herrera
- Domicilio: Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3299, Piso 12, Colonia Rincón del Pedregal, Ciudad de México, Alcaldía de Tlalpan, CP. 14120, en la entidad de Ciudad de México, país México
- Correo electrónico: datospersonales@planseguro.com.mx
- Número telefónico: 55-51473100

Usted puede revocar el consentimiento que, en su caso, nos haya otorgado para el tratamiento de sus datos personales. Sin embargo, es importante que tenga en cuenta que no en todos los casos podremos atender su solicitud o concluir el uso de forma inmediata, ya que es posible que, para dar cumplimiento a alguna obligación legal, requiramos seguir tratando sus datos personales. Asimismo, usted deberá considerar que para ciertos fines, la revocación de su consentimiento implicará que no le podamos seguir prestando el servicio inherente a la utilización de su póliza, o la conclusión de su relación con nosotros.

Para revocar su consentimiento deberá presentar su solicitud vía presencial en nuestras oficinas y módulos o bien, mediante el procedimiento descrito en el portal **www.planseguro.com.mx** en la liga de Datos Personales y Derechos ARCO.

5. ¿Cómo puede limitar el uso o divulgación de su información personal?

Con objeto de que usted pueda limitar el uso y divulgación de su información personal, le ofrecemos los siguientes medios:

Vía presencial en nuestras oficinas o módulos y en el portal **www.planseguro.com.mx** en la liga de Datos Personales y Derechos ARCO.

De manera adicional, le informamos que contamos con los siguientes listados de exclusión, en los cuales podrá registrarse para que sus datos personales no sean tratados para ciertos fines:

Nombre del listado	Finalidad para las que aplica	Medio para obtener mayor información
Mercadotecnia y publicidad	Evitar ser molestados para estos fines	En el portal www.planseguro.com.mx en la liga de datos personales y derechos ARCO

Asimismo, usted se podrá inscribir a los siguientes registros, en caso de que no desee obtener publicidad de nuestra parte:

- Registro Público de Usuarios, para mayor información consulte el portal de internet de la CONDUSEF.
- El uso de tecnologías de rastreo en nuestro portal de internet.**

Le informamos que en nuestra página de internet utilizamos cookies, web beacons u otras tecnologías, a través de las cuales es posible monitorear su comportamiento como usuario de internet, así como brindarle un mejor servicio y experiencia al navegar en nuestra página. Los datos personales que recabamos a través de estas tecnologías, los utilizaremos para mejorar la experiencia del usuario en el portal y fines estadísticos.

Los datos personales que obtenemos de estas tecnologías de rastreo son identificadores, nombre de usuario y contraseñas de una sesión, idioma preferido por el usuario, región en la que se encuentra el usuario, tipo de navegador y sistema operativo del usuario, fecha y hora del inicio y final de una sesión del usuario, páginas web visitadas y publicidad revisada por el usuario.

6. ¿Cómo puede conocer los cambios en este aviso de privacidad?

El presente aviso de privacidad puede sufrir modificaciones, cambios o actualizaciones derivadas de nuevos requerimientos legales; de nuestras propias necesidades por los productos o servicios que ofrecemos; de nuestras prácticas de privacidad; de cambios en nuestro modelo de negocio, o por otras causas. El presente Aviso de Privacidad está sujeto a cambios por Plan Seguro en cualquier momento que considere necesario.

El presente aviso, así como sus modificaciones, estarán a su disposición en **www.planseguro.com.mx** y mediante avisos colocados en Oficina Matriz, Sucursales, Módulos de Atención y Oficinas de Desarrollo Comercial.

☐ **Consiento que mis datos personales sean tratados de conformidad con los términos y condiciones informados en el presente aviso de privacidad.**

NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Nombre del Contratante

DD/MM/AAAA

Firma del Contratante

Fecha de Firma