

Solicitud de Cargo Único a Tarjeta de Crédito

DAF-SOLCUT-191209-V01

INSTRUCCIONES:

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

Este formato solo será válido por única ocasión

Lugar y fecha: Póliza:

Datos del Tarjetahabiente. En caso de ser diferente al Contratante / Asegurado

Nombre: Nombre (s) Apellido Paterno Apellido Materno

Relación con el Contratante / Asegurado:

Correo electrónico obligatorio: Teléfono particular:

Teléfono de oficina: Extensión: Teléfono celular:

Datos del Agente

Nombre: Nombre (s) Apellido Paterno Apellido Materno

Clave del Agente: Correo electrónico obligatorio:

Solicito y Autorizo a Plan Seguro, S.A de C.V., Compañía de Seguros, que realice el cobro correspondiente por única ocasión al Recibo No. _____ de _____, mediante cargo automático a mi tarjeta de: Crédito: ☐ Débito: ☐

De la Institución Bancaria:

HSBC ☐ Bancomer ☐ Banamex ☐ Santander ☐ Otra:

Número de Tarjeta: Vencimiento: Código de Seguridad:

(No. adicional impreso en la tarjeta, si es American Express deben ser 4 dígitos)

Cantidad: \$ ()

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, delegación Tlalpan, CP 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. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de: planseguro.com.mx y mediante avisos colocados en Oficina Matriz, Sucursales, Módulos de Atención y Oficinas de Desarrollo Comercial.

Nombre del Tarjetahabiente

Firma de autorización del Tarjetahabiente

Nombre del Agente

Firma de autorización del Agente

Porque prevenir es Salud
Servicio Seguro **800 277 1234**
planseguro.com.mx

servicioseguro@planseguro.com.mx

