

Solicitud de Salud Individual

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

I. Datos del Contratante

I.1 Datos Generales

☐ Persona Física ☐ Persona Moral

Nombre o Razón Social: NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Registro Federal de Contribuyentes (RFC):

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

Cláusula de Domicilio: Cada uno de los Solicitantes reconocerá como domicilio para oír y recibir notificaciones, el señalado por el Contratante, bastando que los comunicados se emitan a su nombre para que surtan los efectos legales pertinentes.

Seleccionar los documentos proporcionados por el Contratante (Exclusivo personal de Plan Seguro):

Identificación Oficial Vigente con Fotografía*:

Número de Identificación:

Mexicanos: ☐ Credencial para votar expedida por el INE ☐ Pasaporte expedido por la SRE ☐ Cédula Profesional expedida por la SEP

Extranjeros: ☐ Forma Migratoria (F.M.2 o F.M.3) o Tarjeta de Residente expedida por el INM

Comprobante de Domicilio¹: ☐ Recibo de Luz ☐ Recibo de Agua ☐ Recibo de Predial ☐ Recibo de Teléfono (Local o Móvil)
☐ Recibo de Gas Natural ☐ Otro. Especifique:

*Las siglas refieren a:

INE.- Instituto Nacional Electoral, **SRE.-** Secretaría de Relaciones Exteriores, **SEP.-** Secretaría de Educación Pública e **INM.-** Instituto Nacional de Migración.

¹ Debe tener antigüedad no mayor a 3 meses.

I.2 Exclusivo para Persona Física

País de Nacimiento:

Nacionalidad(es):

Fecha de Nacimiento:

DD/MM/AAAA

Sexo:

Mujer

Hombre

Clave Única de Registro de Población (CURP):

Profesión¹:

Ocupación²:

Si su lugar de residencia es distinto a su domicilio fiscal, indicar:

Entidad Federativa de Residencia:

Ciudad de Residencia:

¹ Profesión refiere a las actividades que realiza una persona y para las que requiere un título avalado por alguna Institución de Educación.

² Ocupación refiere al trabajo, empleo u oficio que desempeña. Debe especificarse la actividad a la que se dedica, NO indicar la palabra "EMPLEADO".

I.3 Exclusivo para Persona Moral

Giro Mercantil u Objeto Social:

Nombre del Administrador, Director General o Apoderado Legal:

NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

País de Nacimiento:

Nacionalidad(es):

Fecha de Nacimiento:

DD/MM/AAAA

Sexo:

Mujer

Hombre

Folio Mercantil:

Número de Escritura:

Número de Poder Notarial:

Fecha de Constitución:

DD/MM/AAAA

II. Datos de los Solicitantes

II.1 Datos Generales

¿El Contratante será el Titular de la Póliza? (sólo Persona Física)

Sí

No

En caso de responder afirmativamente, no llenar la columna correspondiente al Titular.

	Solicitantes				
	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4
Nombre(s):					
Apellido Paterno:					
Apellido Materno:					
Parentesco con el Titular:	Titular				
Nacionalidad(es):					
Estado Civil ³ :	S C	S C	S C	S C	S C
Fecha de Nacimiento:	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA

³ S= Soltero (soltero, divorciado, unión libre y/o viudo) o C= Casado

Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros. Blvd. Adolfo Ruiz Cortines No. 3299, Piso 12, Col. Rincón del Pedregal, Tlalpan, C.P. 14120, Ciudad de México.

2/9

	Solicitantes				
	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4
Sexo:	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> H	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> H	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> H	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> H	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> H
Edad:					
CURP:	18 DÍGITOS	18 DÍGITOS	18 DÍGITOS	18 DÍGITOS	18 DÍGITOS
RFC:	13 DÍGITOS	13 DÍGITOS	13 DÍGITOS	13 DÍGITOS	13 DÍGITOS
Profesión ¹ :					
Ocupación ² :					
¿Prácticas profesionalmente algún deporte? ³	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Cuál?					
¿Con qué frecuencia?					

¹ Profesión refiere a las actividades que realiza una persona y para las que requiere un título avalado por alguna Institución de Educación.

² Ocupación refiere al trabajo, empleo u oficio que desempeña. Debe especificarse la actividad a la que se dedica, NO indicar la palabra “EMPLEADO”.

³ Se entenderá como práctica profesional de algún deporte a toda aquella práctica por la que se obtenga alguna remuneración o beneficios materiales a cambio de realizarla.

Nota importante: Si usas motocicleta como medio de transporte, prácticas motociclismo o declaras ser Piloto Aviador es necesario que llenes el cuestionario correspondiente al anexo 1.

Especificar si alguno de los Solicitantes está expuesto por su ocupación o profesión a lo siguiente: uso de armas de fuego, explosivos, maquinaria pesada, maquinaria ligera, sustancias químicas peligrosas, radiaciones, riesgo por altura, alta tensión, material biológico de riesgo, transporte en motocicleta, etc.

	Solicitantes			
Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4

II.2 Datos Médicos (Generales)

	Solicitantes				
	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4
Peso (kg)					
Estatura (m)					
Índice de Masa Corporal ⁴ (IMC)					
¿Cuenta con esquema de vacunación completo?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

⁴ El Índice de Masa Corporal se obtiene de dividir el peso (en kilogramos) entre el cuadrado de la estatura (en metros). Este dato no es obligatorio.

II.3 Datos Médicos (Hábitos)						
		Solicitantes				
		Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4
Tabaco	¿Fumas o has fumado?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	¿Desde qué año?	AAAA	AAAA	AAAA	AAAA	AAAA
	Frecuencia	Diaria	Diaria	Diaria	Diaria	Diaria
	Cantidad					
Alcohol	¿Ingieres o has ingerido bebidas alcohólicas?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	¿Desde qué año?	AAAA	AAAA	AAAA	AAAA	AAAA
	Frecuencia	Diaria	Diaria	Diaria	Diaria	Diaria
	Cantidad					

II.4 Datos Médicos (Cuestionario)										
Marcar con una X si se padece o ha padecido alguna de las afecciones que se enuncian a continuación. En caso de dejar vacío se entenderá que la respuesta es negativa.	Solicitantes									
	Titular		Solicitante 1		Solicitante 2		Solicitante 3		Solicitante 4	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
1. ¿Padece o ha padecido de hipertensión arterial o de alguna afección del corazón como angina de pecho, infartos, arritmias, stents, embolias, trombosis o várices?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Padece o ha padecido de afecciones del sistema respiratorio como asma, bronquitis, enfisema, tuberculosis, padecimientos de la nariz, cornetes nasales o sinusitis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Padece o ha padecido alguna afección del estómago, de vesícula biliar, hígado, páncreas, intestinos, del colon o rectal, o de hernia hiatal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Padece o ha padecido alguna afección de los riñones, uréteres, vejiga, o próstata?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Padece o ha padecido de alguna afección metabólica o endocrinológica como diabetes mellitus, de tiroides, obesidad, o alteración del colesterol o triglicéridos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Padece o ha padecido de alguna afección del sistema nervioso, como Parkinson, demencia, Alzheimer, depresión, ansiedad, esquizofrenia, parálisis, convulsiones, neurocisticercosis, o alguna afección auditiva o de la vista?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Padece o ha padecido de alguna afección ósea, articular, de la columna vertebral, caderas, rodillas, muñecas, osteoporosis, fracturas o dislocaciones?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿Padece o ha sido diagnosticado con cáncer o algún tumor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ¿Padece de alguna afección de la sangre, de la coagulación, o inmunológica, como púrpura, lupus, artritis reumatoide, enfermedad antifosfolípidos, esclerosis múltiple u otra similar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ¿Padece o ha sido diagnosticado con hepatitis B, hepatitis C, o alguna enfermedad de transmisión sexual como sífilis, SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), VPH (Virus del Papiloma Humano), u otra similar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

III. Características del Producto a Contratar

III.1 Parámetros de Cobertura

Producto a Contratar: ☐ Golden Salud ☐ Salud Óptima ☐ Plan Salud Más ☐ Salud Avanzado
☐ Salud Vital ☐ Salud Modular ☐ Salud Integral

Suma Asegurada: **Deducible:** **Coaseguro:** %

Tope Máximo de Coaseguro¹:

Base Hospitalaria: **Tabulador de Honorarios Médico Quirúrgicos:**

*UMAM.- Unidad de Medida y Actualización Mensual.

¹ La contratación de esta Cobertura está sujeta a la elección de 10% de Coaseguro para algunos productos.

III.2 Coberturas Opcionales con Costo

En caso de desear contratar alguna Cobertura Opcional con Costo, favor de señalar cuáles y la Suma Asegurada de las coberturas que correspondan. Las Coberturas Opcionales con Costo deben coincidir con el producto señalado en la sección III.1 de lo contrario no se otorgarán dichas coberturas. Para cada cobertura, únicamente se puede seleccionar una opción, en otro caso no se otorgará dicha cobertura.

Cobertura	Golden Salud	Salud Óptima	Plan Salud Más	Salud Avanzado	Salud Vital	Salud Modular	Salud Integral
Emergencia en el Extranjero	<input type="radio"/> 50 mil Dólares <input type="radio"/> 100 mil Dólares	<input type="radio"/> 50 mil Dólares <input type="radio"/> 100 mil Dólares	<input type="radio"/> 50 mil Dólares <input type="radio"/> 100 mil Dólares	<input type="radio"/> 50 mil Dólares <input type="radio"/> 100 mil Dólares	NO DISPONIBLE	<input type="radio"/> 50 mil Dólares <input type="radio"/> 100 mil Dólares	NO DISPONIBLE
Cobertura en el Extranjero ²	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	NO DISPONIBLE	<input type="radio"/> Sí	NO DISPONIBLE
Reducción de Coaseguro en Padecimientos de Nariz o Senos Paranasales derivados de un Accidente	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	NO DISPONIBLE	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí
Eliminación de Deducible por Accidente ³	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	NO DISPONIBLE	<input type="radio"/> Sí	AMPARADA
Eliminación de Coaseguro por Accidente	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE	AMPARADA
Asistencia Dental	<input type="radio"/> Dental + <input type="radio"/> Dental Total	<input type="radio"/> Dental + <input type="radio"/> Dental Total	NO DISPONIBLE	<input type="radio"/> Dental + <input type="radio"/> Dental Total	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE	<input type="radio"/> Dental + <input type="radio"/> Dental Total
Módulos Ambulatorios	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE	<input type="radio"/> Consultas <input type="radio"/> Check Up <input type="radio"/> Servicios Dentales <input type="radio"/> Salud Familiar	NO DISPONIBLE
Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente (IDHA) ⁴	<input type="radio"/> \$500 <input type="radio"/> \$1,000 <input type="radio"/> \$1,500 <input type="radio"/> \$2,000	<input type="radio"/> \$500 <input type="radio"/> \$1,000 <input type="radio"/> \$1,500 <input type="radio"/> \$2,000	<input type="radio"/> \$500 <input type="radio"/> \$1,000 <input type="radio"/> \$1,500 <input type="radio"/> \$2,000	<input type="radio"/> \$500 <input type="radio"/> \$1,000 <input type="radio"/> \$1,500 <input type="radio"/> \$2,000	<input type="radio"/> \$500 <input type="radio"/> \$1,000 <input type="radio"/> \$1,500 <input type="radio"/> \$2,000	<input type="radio"/> \$500 <input type="radio"/> \$1,000 <input type="radio"/> \$1,500 <input type="radio"/> \$2,000	<input type="radio"/> \$500 <input type="radio"/> \$1,000 <input type="radio"/> \$1,500 <input type="radio"/> \$2,000
Control Embarazo ⁵	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE	<input type="radio"/> Sí
Mujer Embarazada ⁶	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE	<input type="radio"/> Sí
Incremento de Suma Asegurada para Cobertura de Parto y Cesárea ⁷	<input type="radio"/> 20 UMAM <input type="radio"/> 25 UMAM	<input type="radio"/> 20 UMAM <input type="radio"/> 25 UMAM	<input type="radio"/> 20 UMAM <input type="radio"/> 25 UMAM	<input type="radio"/> 20 UMAM <input type="radio"/> 25 UMAM	NO DISPONIBLE	<input type="radio"/> 20 UMAM <input type="radio"/> 25 UMAM	NO DISPONIBLE

Otra:

² El costo de esta Cobertura es con base en la zona de residencia del Contratante. A: Toda el Área Nacional comprendida dentro de la franja fronteriza norte de 20 km., B: Baja California Norte y Sur, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas (exceptuando la franja fronteriza Norte) así como Campeche, Yucatán y Quintana Roo, y C: El resto del país.

³ Esta Cobertura únicamente se puede contratar si el Deducible de la sección anterior es de 4 UMAM hasta 10 UMAM.

⁴ La Suma Asegurada para esta cobertura está en pesos por día.

⁵ Únicamente Solicitantes mujeres entre los 18 y 39 años cumplidos. Si es renovación, hasta los 40 años cumplidos si se tuvo la cobertura en la vigencia inmediata anterior.

⁶ Únicamente Solicitantes mujeres entre los 18 y 40 años cumplidos.

⁷ Únicamente mujeres

Indemnización por Cáncer Femenino (ICF)¹ (Sólo Solicitantes mujeres)

Suma Asegurada a contratar	Solicitante				
	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4
\$250,000	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
\$300,000	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
\$350,000	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
\$400,000	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
\$450,000	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
\$500,000	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¹ La Suma Asegurada para esta Cobertura está en pesos y únicamente se puede contratar de: 250 a 350 mil pesos para mujeres entre 20 y 55 años, 400 mil pesos para mujeres entre 20 y 50 años y, 450 a 500 mil pesos para mujeres entre 20 y 45 años.

IV. Reconocimiento de Antigüedad

Si tiene una Póliza de Gastos Médicos Mayores o Salud en esta u otra Compañía con vigencia ininterrumpida mínimo de un año y con periodo(s) al descubierto menor(es) a 30 días naturales a la fecha de firma de la Solicitud; favor de anexar copia de la última Póliza vigente y/o Certificado Individual, así como el recibo con el sello de pagado, comprobante de pagos o Constancia de Antigüedad de la Compañía anterior para que Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros pueda otorgar dicho beneficio.

	Solicitante				
	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4
Antigüedad	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA
Compañía					
Número de Póliza					

V. Otros Seguros

Indique si alguno de los Solicitantes cuenta actualmente con alguna Póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores, Salud, Accidentes Personales o Automóviles. En caso afirmativo, indicar Compañía.

	Solicitante				
	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4
Gastos Médicos Mayores					
Salud					
Accidentes Personales					
Automóviles					

VI. Identificación de Personas Políticamente Expuestas

¿Durante el último año ha sido funcionario del Gobierno (nacional o extranjero) de alta jerarquía o miembro importante de algún partido político, o se considera como una Persona Políticamente Expuesta?² ☐ Sí ☐ No

¿Tiene algún parentesco con alguna de las figuras mencionadas en la pregunta anterior? ☐ Sí ☐ No

En caso de haber contestado de manera afirmativa una o ambas preguntas, favor de responder el Anexo 3.

² Persona Políticamente Expuesta, es aquel individuo que desempeña o ha desempeñado funciones públicas, destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, considerando entre otros, a los jefes de estado o de gobierno, líderes políticos, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales o funcionarios o miembros importantes de partidos políticos.

VII. Datos del Agente

Clave:

Correo Electrónico:

Nombre del Agente

Firma del Agente

El Agente de Seguros manifiesta bajo protesta de decir verdad, haber informado al Solicitante, de manera amplia y detallada, sobre el alcance real de la cobertura del seguro y la forma de conservarla o darla por terminada. Así mismo, que todo lo vertido en la presente Solicitud es expresado por el proponente que llenó y firmó en su presencia durante la entrevista correspondiente, siendo la información que obra en el presente documento, toda la que le fue proporcionada. Adicionalmente, se incluyen copias simples de los documentos con los cuáles se identificó al Solicitante, mismos que fueron cotejados con su original por el Agente.

VIII. Forma y Frecuencia de Pago

El pago de la Póliza que se genere con la celebración del Contrato de Seguro, será realizado con periodicidad:

☐ Anual

☐ Semestral

☐ Trimestral

☐ Mensual

A través de:

☐ Tarjeta de Crédito

☐ Tarjeta de Débito HSBC, BBVA, Banamex o Santander

☐ Cuenta referenciada

En caso de seleccionar Tarjeta de Crédito o Tarjeta de Débito, requisitar el Anexo 4.

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

Notas Legales

Autorizo a los Médicos que hayan asistido o examinado a mi y/o mis dependientes, en los hospitales, sanatorios o clínicas a los que se haya ingresado para estudio, diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad, lesión o accidente, para que proporcionen a Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros toda la información y copias de nuestros antecedentes e historia clínica, indicaciones médicas y todo aquello que requieran, que pueda ser útil para la evaluación correcta en la propuesta de Seguro y en su caso para todo lo relacionado con el cumplimiento del Contrato que se celebre, por lo que relevo de cualquier responsabilidad y de la obligación del secreto médico a los profesionales médicos y a las instituciones de salud por revelar la información relacionada con nuestros antecedentes de salud.

Otorgo mi consentimiento expreso a Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros para que en cumplimiento de las obligaciones inherentes a la Póliza que en su caso se emita, haga uso de mis datos personales aquí proporcionados, por lo que en caso de que ocurra alguna modificación a los datos mencionados en los apartados número I y II de esta Solicitud, me comprometo a notificarlo dentro de los 30 días siguientes a que ocurra dicho supuesto. Así mismo autorizo a las Compañías de Seguros con las que previamente haya realizado propuestas de seguro o haya tenido contratada una Póliza de Seguro, para que proporcionen a Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros, la información que sea de su conocimiento.

En caso de que mi Solicitud de Seguro sea aceptada, autorizo a Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros para que las Condiciones Generales que contienen los términos, exclusiones y limitaciones de mi Contrato de Seguro me sean entregadas en formato PDF (Portable Document Format) o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico que ingresé en el apartado I de esta Solicitud. ☐ Sí ☐ No

Asimismo, estoy (estamos) enterado (s) que dichas Condiciones Generales están disponibles en www.planseguro.com.mx, sin perjuicio de obtener a mi solicitud un ejemplar impreso en cualquiera de las oficinas de Plan Seguro.

Hago constar que me he enterado detenidamente de las Condiciones Generales en donde se establecen los términos, exclusiones y limitaciones que contendrá la Póliza y que en su caso extienda Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros, que otorgo de manera expresa mi conformidad con estas Condiciones Generales y acepto las obligaciones que las mismas nos imponen como Contratante y/o Asegurado(s).

Queda convenido que la Compañía tendrá 30 días, contados desde la fecha de recepción de esta Solicitud, para aceptar y dar curso a la misma. Si durante dicho periodo no recibimos la aceptación o negativa de esta Solicitud, ni noticia alguna en relación con la misma, dicha Solicitud se considerará como rechazada por la compañía referida.

Se firma la presente Solicitud ratificando que lo declarado en ésta, constituye los antecedentes completos y verídicos y se considera que sirven para identificar el riesgo que se asegura como objeto del Contrato de Seguro propuesto, reconociendo válidas las notificaciones de cualquier documento relacionado con la Solicitud y Cuestionario del Contrato propuesto, así como cualquier trámite que se realice en el Contrato de Seguro contratado, que se efectúen con la participación del Agente o Promotor elegido por el Contratante, sin que ello invalide las que se realicen al Contratante y/o Asegurado.

Asímismo otorgo el consentimiento a Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros para que en un cumplimiento a las obligaciones inherentes a la Póliza que en su caso se emita, haga uso de los Datos Personales aquí proporcionados.

En caso de fallecimiento del Contratante (en caso de ser persona física), la devolución de Prima No Devengada que resulte procedente deberá cubrirse a:

Nombre del Designado: NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

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.

Así mismo manifiesto que tuve acceso al aviso de privacidad integral de Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros, como parte integrante de la Solicitud en el Anexo 5, y me fue informado que para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puedo hacer valer y para consultas posteriores del aviso de privacidad integral lo puedo hacer a través de la página www.planseguro.com.mx y mediante avisos colocados en Oficina Matriz, Sucursales, Módulos de Atención y Oficinas de Desarrollo Comercial.

NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Nombre del Contratante

Firma del Contratante

DD/MM/AAAA

Entidad Federativa

Fecha de Firma

Reclamaciones y Consultas Unidad Especializada de Atención a Clientes - UNE

Teléfonos: 55 4170 9668 y 55 4170 9667

Dirección: Blvd. Adolfo Ruiz Cortines No.3299, Piso 12, Col. Rincón del Pedregal, Tlalpan, C.P. 14120, Ciudad de México.

En el horario de atención de lunes a jueves de 8:30 a 18:00 horas y viernes de 8:30 a 15:00 horas.

Correo electrónico: servicioseguro@planseguro.com.mx . Consulta otras oficinas de atención en www.planseguro.com.mx

Este documento sólo 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.

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 23 de abril de 2020, con el número CGEN-H0701-0009-2020/G00100-006.

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: _____	<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			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 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 Institución 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:	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: flex; align-items: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div>	Vencimiento:	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">AÑO</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">MES</div> </div>
		Código de Seguridad:	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></div> </div>
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