

Orden de Trabajo

Favor de llenar la información solicitada con letra de molde.

Fecha de solicitud:

DD/MM/AAAA

No. Póliza:	Ramo:	GMM <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/>	Subramo:	Ind/Fam <input type="checkbox"/> Gpo/Col <input type="checkbox"/>	Producto:
Nombre del Contratante: <input type="text"/> Nombre(s) <input type="text"/> Apellido paterno <input type="text"/> Apellido materno <input type="text"/>					
Nombre del Agente y/o Promotor:		Clave de Agente:		Clave de Promotor:	
Firma del Agente y/o Promotor			Firma del Contratante		
Plan Seguro reconoce la Solicitud de modificación(es) relacionada(s) con el Contrato de Seguro que exhibe el Agente y/o Supervisor de Seguros, quien actúa en nombre y representación del Contratante y/o Asegurado.					

Favor de llenar completamente las modificaciones solicitadas (pueden ser varias).

Alta de Asegurados				Se anexa la siguiente documentación:			
Nombre Completo (nombre(s), apellido paterno, apellido materno)	Sexo M F	Fecha de nacimiento DD / MM / AAAA	Parentesco*	Solicitud y/o Cuestionario	Reconocimiento de Antigüedad		
1.				Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2.				Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3.				Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4.				Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

(*) Parentesco con el Titular: Cónyuge o concubina (o), padre, madre, hijo u otro (especificar).
 Nota: En caso de solicitar más de 4 Altas de Asegurados, deberá anexar archivo magnético con la siguiente información: Nombre(s) completo(s), apellido paterno, apellido materno; parentesco: Titular, cónyuge o concubina (o), padre, madre, hijo u otro (especificar); sexo (F=femenino, M=masculino), fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA), fecha de antigüedad (DD/MM/AAAA) e indicar orden familiar en la que solicita el Alta.

Baja de Asegurados	
Nombre completo (nombre(s), apellido paterno, apellido materno)	Orden familiar
1.	
2.	
3.	
4.	

Nota: En caso de solicitar más de 4 Bajas de Asegurados, deberá anexar archivo magnético con la siguiente información: Nombre(s) completo(s), apellido paterno, apellido materno; parentesco: Titular, cónyuge o concubina (o), padre, madre, hijo u otro (especificar), fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) e indicar orden familiar en la que solicita la Baja.

Cambio de Conducto (favor de completar la información solicitada)	
No. Agente (anterior)	Nombre del Agente (anterior)
No. Agente (nuevo)	Nombre del Agente (nuevo)
Se anexa Carta del Contratante solicitando cambio del Agente e identificación oficial vigente: Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Descripción de motivos:	
<div> <div>Autorización Área Comercial</div> <div>Nombre y firma del Contratante</div> </div>	

Cancelación (favor de marcar con una cruz la opción que corresponda)	
Se anexa la siguiente documentación:	
Entrega de Documentación Contractual	Kit completo <input type="checkbox"/> Kit incompleto <input type="checkbox"/> No se entrega documentación <input type="checkbox"/> Carta del Contratante solicitando Cancelación e identificación oficial vigente
Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

Descripción de motivos:

Nombre y firma del Contratante

Datos a modificar del Contratante

☐ y/o Asegurado

☐

Nombre o Razón Social:

Nombre (s)

Apellido paterno

Apellido materno

Nacionalidad:

País de nacimiento:

Teléfono de contacto:

Correo electrónico:

Fecha de nacimiento:

DD/MM/AAAA

Ocupación / Actividad:

Profesión:

aaa

Domicilio:

Calle

No. exterior

No. interior

Colonia

Código Postal

Delegación o Municipio

Ciudad y población

Entidad federativa

RFC:

Homoclave:

CURP:

Lugar de residencia*:

Folio mercantil:

Fecha de constitución*:

DD/MM/AAAA

Estado de residencia*:

* Aplica en caso de requerir regionalización. En caso de solicitar un mayor número de cambios anexar listado de Asegurados indicando correcciones.



Plan seguro sigue innovando para ti, te recordamos que todos los pagos se realizan vía transferencia electrónica. ¡Es más práctico y seguro!

Modificación en parámetros de Cobertura					
	Actual	Modificación		Actual	Modificación
Suma Asegurada MN o SMGM			Cambio de Producto		
Deducible MN o SMGM			Cambio de Vigencia		
Coaseguro (%)			Cambio de forma de pago		
Base Hospitalaria			Cambio de Región		
THQ, MN o SMGM					

Únicamente para Salud Integral y Línea M

Plan actual:

Modificación:

Modificaciones en Coberturas Adicionales con Costo

(el nombre de la Cobertura deberá corresponder al que viene en el Cotizador)

Indicar la Cobertura a contratar o modificar	Indicar los parámetros de Cobertura cuando ésta tenga diferentes opciones	Descripción de la Cobertura a eliminar	Observaciones

Nota: *Zonas para la Cobertura en el Extranjero (de acuerdo a la 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. C: El resto del País. En caso de Contratar IDHA y/o ICF deberá anexarse la Solicitud correspondiente.

Membresía Club Prestigio (deberá anexar Solicitud)

SÍ

NO

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno

1.

2.

3.

Rehabilitación (favor de completar la información solicitada)

Datos generales de la Póliza:

Datos generales de pagos vencidos:

No. Póliza a rehabilitar

Recibo

Inicial

Subsecuente(s)

Primas en depósito

Reimpresión (favor de marcar con una cruz la opción que corresponda)

En el caso de Credenciales, favor de indicar:

Tipo de reimpresión	Credenciales	Nombre completo (Nombre(s), apellido paterno y apellido materno)	Orden familiar
	Carátula de Póliza		
	Póliza completa		
		1.	
		2.	
		3.	
		4.	
		5.	

Nota: En caso de solicitar más de 5 reimpresiones de Asegurados, deberá anexar archivo magnético con la siguiente información: Nombre(s) completo(s), apellido paterno, apellido materno; parentesco: Titular, cónyuge o concubina (o), padre, madre, hijo u otro (especificar), fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) e indicar orden familiar de la que solicita la reimpresión.

RENOVACIÓN CON/SIN MODIFICACIONES (favor de marcar con una cruz la opción que corresponda, ante cambios de parámetros marcarlos en el campo de MODIFICACIÓN PARÁMETROS DE COBERTURA)

Solicito la Emisión de la Póliza mencionada bajo los términos y condiciones vigentes de la Cotización No. _____ y _____ en su caso de acuerdo a los cambios indicados en ésta.

Nombre:

Nombre (s)

apellido paterno

apellido materno

Cargo:

SIN modificaciones

CON modificaciones

Quinquenal

Edad por Edad

Cambia regla de Asegurabilidad

Cambio de población*

Población vigente

Membresía Club Prestigio

CON modificaciones

SIN modificaciones

Firma del Contratante y/o Representante legal:

CON cambio de Plan / Producto

Actual:

Modificación:

CON Rehabilitación (deberán anexarse los requisitos estipulados para este trámite)

*Se debe anexar el listado correspondiente.

Regla de Aseguramiento (llenar sólo en caso de haber modificación)			
La regla de aseguramiento que regirá a la colectividad asegurada es la siguiente:		De igual manera la regla de aseguramiento también contempla asegurar a los dependientes económicos como se indica a continuación:	
<input type="checkbox"/> Todos los Empleados	<input type="checkbox"/> Gerentes de la Compañía	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Cónyuge e hijos
<input type="checkbox"/> Directores de la Compañía	<input type="checkbox"/> Otros (especifique):	<input type="checkbox"/> Hijos	<input type="checkbox"/> Además de los anteriores también a sus padres
¿Quién proporciona los recursos para el pago de Primas?			
Empleado: <input type="checkbox"/> a) Prestación al 100% <input type="checkbox"/> c) Voluntario (Empleado):		Dependientes Económicos: <input type="checkbox"/> a) Prestación al 100% <input type="checkbox"/> c) Voluntario (Empleado):	
<input type="checkbox"/> b) Contributivo: Patrón _____% Empleado _____%		<input type="checkbox"/> b) Contributivo: Patrón _____% Empleado _____% Existiendo un sólo conducto de pago.	
Regla de Designación			
Las personas designadas a continuación podrán solicitar a Plan Seguro, S. A. de C. V., Compañía de Seguros, en nombre del Representante Legal cualquier trámite o reporte relacionado con la Póliza o Pólizas contratadas en esta Compañía:			
NOMBRE		FIRMA	
Reproceso (favor de marcar con una cruz la opción que corresponda)			
Se anexa copia del trámite original	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Describir error observado:	
Reconocimiento de Antigüedad <input type="checkbox"/> o Constancia de Antigüedad <input type="checkbox"/>			
No. de Póliza (última Póliza vigente)	Compañía de la que se solicita el Reconocimiento de Antigüedad (Plan Seguro u otras Compañías Aseguradoras)		Fecha de Antigüedad DD/ MM / AAAA
<p>Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros, con domicilio en calle Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso 4, Colonia Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01900, en la Ciudad de México, México; utilizará sus datos personales recabados para: Identificación del Titular; 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 de seguro, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad vigente y aplicable; crear y administrar su perfil de usuario en nuestros servicios en línea; compartir y recabar información, así como gestionar con terceros proveedores de servicios de salud todo lo relacionado con las coberturas contenidas en su contrato de seguro; Integración y actualización del expediente de identificación del cliente, así como presentación de reportes a las autoridades competentes en términos de las disposiciones para prevenir el lavado de dinero y financiamiento al terrorismo; para dar cumplimiento a las obligaciones contraídas con usted; con fines estadísticos grupales, individuales, y para la creación de campañas preventivas de Salud; mercadotecnia, publicidad y prospección comercial. Para conocer mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, puede consultar el aviso de privacidad integral en www.planseguro.com.mx</p> <p>Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros, con domicilio en calle Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso 4, Colonia Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01900, en la Ciudad de México, México; utilizará sus datos personales recabados para: Identificación del Titular; Participar en el proceso de selección y contratación de proveedores; Conducir estudios de debida diligencia; conformación de expedientes de proveedores; Crear y administrar su perfil de usuario en nuestros servicios en línea; para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la relación jurídica que nos une; realizar estudios de calidad en los productos y servicios que ofrecen; cotización de productos y servicios; elaboración, verificación, seguimiento del cumplimiento del objeto del contrato; llevar a cabo el proceso de facturación, cobro o pago derivado de la relación contractual; inclusión en nuestra red de profesionales de la salud y/o proveedores de servicios; verificar certificaciones exigidas por la normatividad aplicable. Para conocer mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, puede consultar el aviso de privacidad integral en www.planseguro.com.mx</p>			