

Solicitud de Salud Individual

 $\grave{O} \circ (26 + 1) = (26 + 1) + (2$

Datos del Contratante							
I Datos Generales							
Persona Física O Persona Moral							
ombre o Razón Social: ÁWWWPUT ÓÜÒÇÌDÁ ŒÚÒŠŠŒÜUÁÚŒ/ÒÜÞUÁ ŒÚÒŠŠŒÜUÁT Œ/ÒÜÞU							
Registro Federal de Contribuyentes (RFC):							
orreo Electrónico: Código Postal:							
alle o Avenida:							
úmero Exterior: Colonia:							
Icaldía o Municipio: Ciudad o Población:							
ntidad Federativa: Teléfono de Contacto: F€ÃÖ Ő ℚ U Ù ÓÁJæðã (æÁÑÁJæðã) æÃÔÁ j æð							
láusula de Domicilio:ÁÔæåæÁ;}[Áå^Á[•ÁÙ[3&ãæ)c∿•Á^&[}[&^¦ıÁ&[{ [Á&[{ 3&ãã[Á;abæÁ;ðÁ Á^&ãàãÁ;[cãã&æ&ã[}^•€^ Á^fiæþæå[』 ⊦Á∘ ÁÔ[}dæææ)c^Éàaæ•cæ)å[Á`^Á[•Á&[{ `}3&æå[•Á·^Ár{ãæ)ÁæÁ`Á,[{ à!^Á;abæÁ`^Ár`cæ)Á[•Á∿-^&c[•Á∿-*æ∱•Á;^¦æ]∧°•È							
^ ^&&a[}} ædÁ[•Áá[&~{ ^}d[•Áj [][&a[}æde]•Áj[Án ÁÔ[}dæææ) e^ÁÇÒ¢& ~•ãç[Áán Áæ*^}e^Á;^AÁ^æda æAþæÁn}d^çãrææDAÁ							
entificación Oficial Vigente con Fotografía*:							
úmero de Identificación:							
Mexicanos:ÁÓÁÔ¦^å^} &ãæ∮Á;æáæ∮ç[œáÁ^¢]^åããæÁ;[¦Á\ÁŌ¢ÒÁ⋘ÓÁÚæ•æ}[¦ơ^Á∘¢]^åãã[Á;[¦ÁæÁÜÜÒÁ⋘ÓÁÔ.åˇ æÁÚ¦[∽•ā;}æÁÁ ^¢]^åããæÁ;[¦ÁæÂÜÒÚ							
Extranjeros:ÂOÁ2[¦{æÁTāt¦ææ[¦ãæÁÇ2ÈÈÈÁ;Á2òÈÈDÁ;Á⁄æblocæÁs^ÁÜ^∙ãs^}c^Áo¢]^åããæÁ;[¦Á∾ ÁQeT							
Comprobante de Domicilio¹: Á ÁÜ^&ãa [Ás^ÁŠ*: Á ÁÜ^&ãa [Ás^ÁŠ*: Á ÁÜ^&ãa [Ás^ÁŠE* æÁ ÁÜ^&ãa [Ás^ÁÚ¦^åãa þÁÓÁÜ^&ãa [Ás^Á/]{}} [ÁşŠ[&æþ Á ÁT 5ç 4DÁ							
ÓÁÜ^&ãã[Ás^ÁÕæ•ÁÞæc*¦æþÁWWÓÁUd[ÈŘÒ•]^&ãã~*^K							
EŠæÁrði æÁr^ði r}Áse INEÁQ•oãč of ÁÞæðði }æHÁÒ r8of æHÉSREÁÙr8droædðæÁårÁÜr æðði } ^•ÁÒ¢ơr ði r•ÉSEPÁÙr8droædðæÁårÁÒå*8æðði }ÁÚgà ððæÁr INMÁQ•oãč of ÁÞæðði }æHárrÁrði æððis }È							
Ò^à^Ác^} ^¦Ása) cã >^åæåÁ,[Á;æê[¦ÁsæÁrÁ; ^•^•È							

I.2 Exclusivo p	oara Persona Física							
País de Nacimie	ento:		Nacionalidad(es):					
Fecha de Nacin	niento: ÖÖET TEDEDEE ÁWASexo: ÓÁT MA ÁP[{ à '^							
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:								
FÁÚ![-^•ā5}Á^-ā^!^ æÁæ Áæ&cãçãaæå^•Áˇ^Á^æ4ãæÁ}æÁ\^!•[}æÁÁ;ædæÁæ Áˇ^Á^ˇã^!^Á;Áðči[Áæçædæå[Á;[¦Áæ†ˇ}æÁQ•cãč&ã5}/ å^ÁÒåˇ&æ&ã5}È [©] U&ˇ]æ&ã5}Á^-ā^!^ æÁdæàæb[ÉÁ{] ^[ÁÁ;-ā&ā[ˇˇ^Áå^•^{]^fiædÁÖ^à^Á•]^&ããæd•^ æÁæ&cãçãaæåÁædæÁˇ^Á^Áa&åææÐæÞUÁ§åãææA æÁ;ædæà!æÁ®TÚŠÒOÐÖU+È								
I.3 Exclusivo p	ara Persona Moral							
Giro Mercantil u	u Objeto Social:							
Nombre del Adn	ninistrador, Director G	eneral o Apoderado	Legal: ÁPUT ÓÜÒÇÌDÎ		TEÚÒŠŠÖÜUÁT OTVÖÜÞU			
País de Nacimie	ento:		Nacionalidad(es):					
Fecha de Nacin	niento: ÖÖET 1	TENEDE Á	Sexo: Á® ÁTĭb¦ÁÁÁÓÁP	[{ à¦^				
Folio Mercantil:			Número de Escritur	a:				
Número de Pod	er Notarial:		Fecha de Constituc	ción: ÖÖE	T T EDECEDE			
II. Datos de	los Solicitantes							
II.1 Datos Gene	erales							
T	e será el Titular de la l [}å^¦Áseã{ æsãçæ{ ^}৫^		ona Física) ÓÁÙð∰∰ æÁ&[¦¦^•][}åã^}৫^Áæ‡Vãō					
			Solicitantes					
	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4			
Þ[{ à¦^@BK								
OF_^ ãa[Á Úæe^\;}[K								
O [^ ã a [Á Tæe^ ¦ } [K								
Úæb^} c^∙&[Á &[}Á\ ÁVãč æbK	Titular							
Þæ&aj} æjañæå.Ç• D								
Ò• cæå [ÁÔãçãHK			OáJ <i>á</i> MAO ÁÔ		OáJÁMAOÁÔ			
Ø^&@æÁs^Á Þæ&ã(ã^}(K	ÖÖÐ T ÐÐÐÐÐ	ÖÖÐ T ÐÐÐÐÐ	ÖÖET TEDEDEDE	ÖÖET T EDEDEDE	ÖÖET T EDEDEDE			
HAUMÁULICALLÁGILIC	c^¦[ÊÁåãc[¦&ãæå[ÊÁ}ã5}Æ	Ánãa¦∧ÁnĐÁcã ải DÁLÁÔN	₩Ôæ æå [

	Solicitantes							
	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4			
Ù^¢[K	OÁT ÁMMÁOÁR	OÁT ÁKKKÓÁP	OÁT ÁWWOÁP	OÁT Á‱AOÁP	OÁT ÁMMÓÁR			
ÒåæåK								
ÔWÜÚK	FÌ ÆÖ ÕŒUÙ	FÌ ÆÖ ÕŒUÙ	FÌ ÆÖ ÕŒUÙ	FÌ ÆÖ ÕŒUÙ	FÌ ÆÖ ÕŒVUÙ			
ÜØÔK	FHŐ ÕŒUÙ	FHŐ ÕŒUÙ	FHŐ ÕŒUÙ	FH/Ö ÕŒUÙ	FHŐ ÕŒUÙ			
Ú¦[-^• a 5} FK								
U&~]æ&a5}°K								
ုပ်¦ၼထော⊕Á]¦[^•∄}æ(^}૯/ æ†g}Æ^][¦ဇက်"	Á ÓÁÙÖÁKKÓÁÞ[ÓÁÙð∰ÓÁÞ[ÓÁÙð∰ÓÁÞ[ÓÁÙð∰ÓÁÞ[ÓÁÙð∰ÓÁÞ[
ِ Ô ٚ ı Ñ								
ͺÔ[}ÁˇÁ - ἀ^&*^}&ãæeÑ		مُرْم مِر ا مِرام المُرْم وَمُرْم المُرْم المُرْم المُرْم المُرْم المُرْم المُرْم المُرْم المُرْم الم						

Nota importante: Si usas motocicleta como medio de transporte, practicas 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.

		<u> </u>				
	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	
Ú^•[ÁÇ* D						
Ò•caeč¦aaÁÇ;D						
} å 380^ Ása^ ÁT æ æ Ô[¦][¦æ‡Á ÇCT ÔD						
\(\hat{O}^\\\) \cash(\frac{\partial}{\partial}\) \(\hat{A}\) \(\ha	OÁÙŏ‱CÆ[ÓÁÙŎÁWÁŌÁÞ[OÁÙŏ‱CÆP[OáVŏ‱Cá>[OÁÙŏ‱CÆ[

FÁÙI[-^•ā5}Á^-⹦^Ásd∮æ ÁsdScāpāāæå^•Á`^Á^æþā æÁ}}æÁ,^¦•[næÁA]æ¢æÞA`^Á^``⹦^Á}}Ásðč|[Asopæ¢æå[A][¦Ásop*)æØQ•cāč&ā5}Aå^Æ Oà`&æ&ā5}È

[©]ÁU&*]æ&æðs^{*}}Á^æð\¦^æ¢ádæææð ÉA*{]|^[Á Á;~æðáj ~ `^Ás^•^{]^fiæÆÖÖ^à^Á*•]^&ãæðæð•^|æÁæðæðágæðáæðáæðÁæÁ*^Ás^Ás^æðãæðÉÞUÁ5;åæðæðÁ |æÁææðkæðTÚŠÒOÐÜU+È

II.3 Date	os Médicos (Hábitos)										
						Solici	tantes				
		Tit	ular	Solicit	tante 1	Solicit	tante 2	Solicit	tante 3	Solicit	tante 4
_Ø´{æ'ÁγÁ@æ'Á~́{æå[Ñ		OÁÙðÁ	ÁÓÁÞ[O Á L TÁ	ÁÓÁÞ[O Á Ú ðÁ	ÁÓÁÞ[OÁÙðÁ	ÁOÁÞ[OÁÙðÁ	ÁÖÁÞ[
) (- 2 OF	ͺÖ^•å^Á~Áæfi[Ñ	Œ	DE SOLUTION	Œ	E SEGE	OE)	EDEDE .	Œ	EDEDE .	Œ	EDEDE
Væàæ&[Ø1^&`^} &ãæ	Öã	ed ãe	Öã	nd ãne	Öã	ææ	Öã	ææ	Öã	ææ
	Ôæ) αã æå										
	Q*a^\^•A Á@æÁa;*^¦aã[Áa^àãaæÁae8[@5 a3æñ	OÁÙð	ÁÓÁÞ[OÁ)JðÁ	ÁOÁÞ[OÁ)JðÁ	ÁÓÁÞ[OÁÙðÁ	ÁÓÁÞ[OÁÙðÁ	ÁOÁÞ[
O#&(@)	ͺÖ^•å^ÁઁÁadi[Ñ	Œ	DE SECOND	Œ	EDEDE .	Œ	EDEDE	Œ	EDEDE	Œ	EDEDE
Cutol (4)	Ø1^&~^} &ãee	Öædæ		Öã	nd ãc	Öã	zd ãze	Öã	ææ	Öã	ææ
	Ôæ) Œãæå										
II.4 Date	os Médicos (Cuestionario)										
Tæl&ælÁ	&[}Á`}æÁÝÁ•ãÁ•^Á]æå^&^Á[Á@æÁ]æå^&ã	å[Á				Solid	citante	S			
1 7	å^Á æ•Áæ^&&ã[}^•Á ˘ˇ^Á•^Á^}ˇ}&ãæ)Á	æÁ T	itular	Solici	tante 1	Solici	tante 2	Solicit	tante 3	Solicit	tante 4
&[}cāj~a		Ùà) Þ[Ùð	Þ[Ùð	Þ[Ùð	Þ[Ùð	Þ[
æ‡**}æ	&^A;Á@eA;aå^&aã[Ás^Á@i,^lơ;^)•ā5}Ásdơ¦āe4Á,Ás^ Áse^&&ā5}Ás^ Æs[læ5}Ás[{[Áse;*ā]æ&s^Á;^&@[Ê Éad;ā{ã:æēEÁo}o;}o;Ék{à[ãseÉd;{à[•ãnÁs;l¦ā&^•	Ñ O	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CHÁ Úæá^&^Á,Á@aÁ,æá^&áí[Ás^Áæ∻&&ãi]^•Ás^/Áaē¢{æ ^•]åæt[¦ā,Ás[{[Áæ{æ£ái][}`ĭããēÉN}-ēi^{æ£áià^¦&` [•ã]æá^&ãið}ç[•Ás^ÁæÁ,æá]æáES[¦}^৫•Á;ææ‡°•Á;Áã;°•ãããÑ		i	0	0	0	0	0	0	0	0	0
^• c5{ :	- 8^ Á; Á@æÁ; æå^8æå[Áæ;*`}æÁæ^8&8æ5} Áå^ æ*[Éås^Á;^•ŏ&` æásāj⿣É@*æå[ÉÁ; 1}&¦^æ•Ê)[•Éås^ Ás[][}Á;Á^8ææ£Á; Ás^Á@;}ãæó@æææ;Ñ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	8^Á;Á@æÁ;æå^8æå^8æã[Áæ‡*`}æÁæ^8&ã5}Áå^Á[• •ÉÄ;e^!^•ɧ^bā*æÉA;Á;!5•cææðÑ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ÍÈ, Úanaå^&^Án, Á@aná, anaå^&aña[Án, Ána‡**) anaÁna-^&&aña}Án, ^canaà5 á [^}a[&\a][5*a8aná\&[{ [Án, Ána‡**) anaÁna-^&&aña}Ana][aña/ [à^•aña anaåÉn, Ána‡αha-asaða}Aña^ k& ^•α\ [Án, Ána†ana, ana		^•♯○	0	0	0	0	0	0	0	0	0
•ã• c^{ O‡: @^â]æ¦ı ã•	-8^Á;Á@æÁ;æå^8æå^8æã[Áå^Áæd;*`}æÁæe^8&&ā5}Áå^ æÁ;^¦çā;•[É&s[{ [ÁÚæb;ā;•[}Éåå^{ ^}8æãe£ ā;^¦Éåa]¦^•ā5}Éæb;•ā°å°àæåÉA°•``ã[-4^}ãæ£ ã•É&s[}ç` •ā;}^•ÉÁ,^`¦[&㕜ã8V¦&[•ã•ÉÁ;Áæd;*`}a Б}ÁæěåãããçæÁ;Áå^ÁæÁçā•œãÑ	æ	0	0	0	0	0	0	0	0	0
æ4æ8.	&^Á;Á@æÁ;æå^&ãā[Áà^Áæ‡*`}æÁse^&&ãā)Á5•^æÊ æbÉå^Á;æÁg[`{};æÁs^¦c^à æÞÉ&æå^ æ•ÉA[åã æ•Ê &æÆÃ;•c^[][;[•ãÉA;æ&c` æ•Á;Áåã [&æ&ã;}^•Ñ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ÌÈ,Úæå^ č{[¦Ń	&^Án,Á@ecÁn,ãã [Ásãet} [•cã&ecå [Á&[}Ásu}&^\Án,Áse†*g} Ñ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
&[æ** æddããã	8^Áa,^Áad;*`}æÁae,^8&5a5}Áa,^ÁpæÁ;æ)*¦^Éáa,^Ápæ æ8a5}ÉÁ,Áa;{`}[5*ä8æ6É8[{[Á,g¦]`¦æ6É4]`•É Á^`{æq[ãa,^ÉÁ\}-^¦{^åæahÁa;Œ4[•-{ ď]ãa[•Ê [•ãrÁ;g c3 ^ÁÁ;dæÁ;ãjæbÑ		0	0	0	0	0	0	0	0	0
hepat sexua inmur	ece o ha sido diagnosticado con hepatitis B, itis C, o alguna enfermedad de transmisión il como sífilis SIDA (síndrome de nodeficiencia Adquirida), VPH (Virus del oma Humano), u otra similar?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Titular Solicitante	ùð	P[O O O O O O O O O O O O O O O O O O O	ùà	P[Solicit Ùð	p[
FFÈ Vah	exo 2.	0 0	0 0	0 0	0	
FF	exo 2.	0 0	0	0 0	0	
^}^! { ^ åæå [¾ åæāā] 僅 ¼ ¼ å ¾ å ¾ å ¾ å ¾ å ¾ å ¾ å ¾ å ¾ å ¾	exo 2.	0 0	0	0	_	0
FHÈ Ù^Á@æÁ l'æ&ææí Á Á° a Áææí Áæt* g} Álæææí æð} qí Áæ^ \\	exo 2.	0	0		0	0
En caso de respuesta afirmativa a la pregunta 13, favor de responder el And Šæĥ ā a } c Á ^ &&&ā Å · Á ^ && Å · Á · && Å · & Å) 0	0		0		
FIÈ Pæśn & & & & & & & & & & & & & & & & & & &) 0	0				
#*`} ### % & & & & & & & & & & & & & & & & &) 0	0				
#*´} æÉ&[{] 38æ&55} Ñ FÎ Է CB&C æҢ ^} c^Án • a Án{ à æbæ æåaæÑ O) Á&æ• [Áæã[至義 å åææÁ, ^•^•^•Án^Á*^• cæ&55} FÁÜ^æ ã} ææã[至為 åãA^Á*^¢[Á^-æ*] · æÁ[• Á] ! [&^åā [ð*] ﴿ • Á Đ Átææé [ð*] ﴿ • 至春 Aæ Át A					0	0
Ò) Ásæ [Áseā (æã; És) åãsæ Á; ^•^• Ás^Á*^• æá; Ã* o æá; FÁÜ^æ ã } æsã; Ás^Á*^¢ (Á*~æ*; ǽf) • Á; [8*åã ã*) ﴿• Á† ÞÁ; ææ (ã*) ﴿• É** æ; Á; • ^¢* æ/*• Ás*Á } æ⁄j ^; • [} æÈ En caso de respuesta afirmativa a alguna de las preguntas del cuestionario) ()			0	0	0
FÁÜ^æ ā } æ&ā5} Áå^Á*^¢[Á^-æ*\^ æÁ [•Á] ¦[&^åā[ā^} ç[•Á]-Ádæææ(ā^} ç[•É*^æ)Á(•^¢ˇæ*/•Áå^Á} æÁ ^^!•[} æÈ En caso de respuesta afirmativa a alguna de las preguntas del cuestionario			0	0	0	0
•^¢ˇ 緯^•Áỗ^Á} 為^Á-[} 截 En caso de respuesta afirmativa a alguna de las preguntas del cuestionario						
	.å&&[•Á[Á]	[ÊX * ^ Æ	([åãã&	æ) æ•Á&	ælæ&c^¦	ð aðæ /
Solicitante Número de pregunta Enfermedad y Procedimiento o	anterio	r, favor	de esp	ecificar	•	
	Tratamie	ento		Año de	diagn	óstico
					CEDEDEE	
					CEDEDEE	
					CEDEDE	
					CEDEDEE	
					CEDEDEE	
					CEDEDEE	
					CEDEDE	
					CEDEDE	
					CEDEDEE	
					CEDEDE	
					CEDEDE	
					CEDEDE	
					OFFICE	
 Ú æ}ÁÛ^**; [Án^Á^•^¦çæÁn Ása^¦^&@;Ása^Án[ã&ãædÁsj-{¦{æ&ã5}Ásæåã&ãj}æ4Ás^ Ájæå^&ãj	3 ለኒፈ &∧չ	വിച്ചു E	<u> </u>		CREATE	
Se exhorta al Contratante declarar en el siguiente espacio, todos los hech apreciación del riesgo, tales como los conozca o deba conocer en el momer que, de conformidad con la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la omisión, in la pérdida de los derechos de los Asegurados.	hos impo nto de fir	rtantes mar la n	que p	en la in	teligen	cia de

III. Características del Producto a Contratar							
III.1 Parámetros de Cobertura							
Producto a Contrata	Golden Salud Otro Especifique:	O Plan Seguro Avanzado	O Plan Seguro Óptimo	O Plan Seguro Integral			
Suma Asegurada:	UMAM	educible: UMAI	Coaseguro:	%			
Tope Máximo de Co	aseguro¹:	PESOS					
Nivel Hospitalario:		Tabulador de Honorario	os Médicos Quirúrgicos:	UMAM			
	Medida y Actualización Me esta Cobertura está sujeta	nsual. a la elección de 10% de Co	paseguro para algunos pro	ductos.			
III.2 Coberturas Op	cionales con Costo						
correspondan. Las Cobe	erturas Opcionales con Costo	onal con Costo, favor de señ deben coincidir con el producto se puede seleccionar una opci	señalado en la sección III.1 de	lo contrario no se otorgarán			
Cobertura	Golden Salud	Plan Seguro Avanzado	Plan Seguro Óptimo	Plan Seguro Integral			
Emergencia en el Extranjero		◯ 50 mil Dólares ◯ 100 mil Dólares	○ 50 mil Dólares○ 100 mil Dólares				
Atención Médica en el Extranjero ²	○ Sí	○Sí	○Sí	○ Sí			
Reducción de Coaseguro en Padecimientos de Nariz o Senos Paranasales derivados de un Accidente	⊝Sí	⊜ Sí	⊜ Sí	○ Sí			
Eliminación de Deducible por Accidente 3	○ Sí	○ Sí	○ Sí	O Sí			
Eliminación de Coaseguro por Accidente	NO DISPONIBLE	○ Sí	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE			
Cobertura Dental	O Dental + O Dental Total	O Dental + Dental Total	Opental + Dental Total	O Dental + Dental Total			
Indemnización Diaria por Hospitalizaciónpor Accidente (IDHA) ⁴	<pre>\$500 \$1,000 \$1,500 \$2,000</pre>		<pre>\$500 \$1,000 \$1,500 \$2,000</pre>				
Incremento de Suma Asegurada para Parto y Cesárea ⁵	O 20 UMAM O 25 UMAM	O 20 UMAM O 25 UMAM	O 20 UMAM O 25 UMAM	O 25 UMAM O 30 UMAM			
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 20 UMAM.

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

⁵ Únicamente Solicitantes mujeres entre los 20 y 37 años cumplidos.

Indemnización por C	Cáncer Femenino (IC	c)¹ÁÇ Ú5 [ÁÛ[ã&ãæ) c^•	Á Ϧ^•D				
Solicitante							
Suma Asegurada a contratar	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4		
ÅGÍ€€€€	0	0	0	0	0		
Å H€€Î€€€	0	0	0	0	0		
ÅH̀ʀ€€	0	0	0	0	0		
ÅI €€Î€€€	0	0	0	0	0		
ÅÌʀ€	0	0	0	0	0		
ÅÍ €€Î€€€	0	0	0	0	0		
	€ €Á, ā Á,^•[•Á,ææÁ, ĭ	lo∖^•Án}d^ÁG€ÁÁÁ€Áadi[{^}&^ÁA^Á\^Á*^å^Á&{}d; ◆ÁÊÁÍ€ÁæÁI€€Á;ÃIÁ^◆	anacad Ánta NÁCÍ €Ánaáh Í€Á(a [•Á)adaaÁ(`b^¦^•Án}d^	Á,^•[•Á,æbæÁ, ĭbº¦^•/ ÁG€ÁÁ.ÍÁæbi[•ÉÁ		
IV. Reconocimie							
læfi[Á Á&T}ÁL^láLå[G DÁx	ÙāÁa?}^Á`}æÁÚ5 ãæÁå^ÁÕæ•q•ÁTåã&[•ÁTæ[¦^•Á;ÁÙæ šáÁ^}Áv•œæÁ Á;dæÁc[{]æfiðæÁ&[}Áçã^}&ãæÁājājơ¦¦č{]ãåæÁ(ð)ā[[Áå^Á;}æfi[ÁåA];Á\•Áæ,Aæfi[ÁåA];Ā,^Áā];æfi[ÁåA];Ā,^Áā];æfi[ÁåA];Ā,^Áæ,Aæfi[]ãããčálÁæç[¦Åå^Áæ,Aæfi]ãæÁå,Áæ g qā;æÁÚ5 ãæÁçã^}ởÁæÁc[{]¦laæjðæáa]QåãçããčæáEQÁæ;Á[{[Á\Á^&ãa][Á&[}Á\Á^\Ba][Á&],Á\Á^\II]&å^Á;æðæå[Æ&[{]![àæ);ởÁ;æðeå[Qá;áA^}. CB;cã >^åæåÁå^ÁæÁc[{]æfiðæÁæ;c°¦ā;lÁ;ææÁč^ÁÚ æ;ÁÚ/æ;ÁÚ/æ;ÁÛÈEÉåAÁÔÈXÉÉC[{]æfiðæÁå^ÁS^*`¦[•Á;*^åæÁ;q²+*æÁåã&Qá,Ás^}^æða].						
			olicitante				
	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4		
OE; cat >^ åæå	ÖÖET T EDEDEDE	ÖÖET T EDEDEDE	ÖÖET T EDEDEDE	ÖÖET T EDEDEDE	ÖÖET T EDEDEDE		
Ô[{]æfiðæ							
Þg{ ^¦[Áå^ÁÚ5 ãæ							
V. Otros Seguro)S						
Qåã~^Á;ãÁæ‡*}[Áå^Æ CE&&ãå^}c^•ÁÚ^¦•[}æ‡^	Á[•ÁÙ[ã&ãæ);c^•Á&`^} •Á[ÁŒ[d[{5çā/•ÉAÒ}Á	cæÁæ&cčæ∜(^}c^Á&[}Ás &æe[Áæã4{æãã;[É£3}åã&	#**}æÁÚ5 ãæÁå^ÁÙ^* æÁs[{]æfiðæ	ˇ¦[Áå^ÁÕæ•q[•ÁTåã6	((•ÁTæî[¦^•ÉÉÙæ;ĭåÉ		
		So	olicitante				
	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4		
Õæ•([•ÁTåã&[•Á Tæî[¦^•							
Ùæ řå							
OB&&aa^} c^• ÁÚ^¦•[}æ¢^	\•						
Œ d[{ 5çã/•							
VI. Identificació	n de Personas	Políticamente E	Expuestas ²				
¿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?							
¿Tiene algún parent	esco con alguna de	las figuras mencior	nadas en la pregunta	a anterior?	ÓÁÙð∰ÓÁÞ[
En caso de haber co	ontestado de manera	a afirmativa una o ar	mbas preguntas, fav	or de responder el A	Anexo 3.		
GÍÚ^{•[}æÁÚ[ðuāBæ4 ^} c^ÁÒ¢] `^• cæÉÁN• Ásē `^ Ásj åãçãà [Á `^Ás^•^{] ^fiæÁ, Á@æÁs^•^{] ^fiæá[Á-¸}&ā[¸}^• Á, gà āBæ• ÉÁs^• cæBæåæ• ÁN} Æ							

VII. D	atos del agente			
Clave:	Co	Correo Electrónico:		
	Þ[{ à¦^Áå^ Áa*^}&		Øã{ æÁå^ Áa*^} ♂	

\(\hat{a}\) \(\hat

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:

A través de: \bigcirc Á/æbb æðå \land Á \bigcirc 1. å ãt \cancel{A} WW\ \bigcirc Á/æbb æðå \land Ä \bigcirc 0. à ãt \cancel{A} P \bigcirc 0 \bigcirc 0 É \cancel{A} O \bigcirc 0 E \cancel

Ò} Á&æe [Á&^Á<^|^&&&ã; }æbÁ/æb/oædés^ÁÔ¦..åãã; Á; Á/æb/oædés^ÁÖ..àãã; ÉÁ^~~~ãrãædés|ÁOE; ^¢[Á;È

Notas Legales

Pæt [Á&[}•œdÁ `^Á(^Á@Á^) & læå[Áå^œ) ãiae ^} œÁå^ÁlæÁÔ[} å ã&ā] ^•ÁÕ^}^læh^é Á^•Á^•œàl^&^) Ál[•Ác.!{ ā][•ÉÁ ^¢&|`•ā[}^•ÁÁā[āiæ&ā[}^•Á`^Á&[}œ) å!ı ÁæÁÚ5|ãæÁÁ`^ÁÞ}Á* Áæe [Á¢œð} åæÁÚ|æ) ÁÛ^*`![ÁÛÈŒÁå^ÁÔÈXEÉÓ[{]æfiðæÁå^ÁÛ^*`![•ÉÁ ``^Á[c[!*[Áå^Á;æ)^!æÁ¢]!^•æÁ;ã&[]-[!{ ãiæåÁ&[}Á°•œAŐ[}åã&ā]}^•ÁÕ^}^læh^•ÁææÁ] of ÁæeÁ;à|ā æ&ā[}^•Á`^ÁæeÁ;ãæ (æÁ][•Á ā[][}^}Á&[{ [ÁÔ[}dæææ) &ÁÐÁŒ^*'!æå[ĢŒ

Û`^åæÁs[}ç^}æí[Á`^ÁæÁÔ[{]æíiðæÁs^}å¦ıÁn€Ásiðæ Éðs[}ææå[•Ás^•å^ÁæÁs &@æÁs^Ás&^]&æ5}Ás^Ás•ææÛ[|æðæčå£ÁsæÁs]ææÁs&]ææÁs&}]ææÁsæÁs &`¦•[ÁæÁæÁ;æ{{æÉsûæÁû[|æðæč;åÁs@æÁû[|æðæéæ\$]æÁsæ§Ásæás}]ææÁsæ5}Ásó*ææææÁsæÁs§ÁsæÁsæÉ &[}ÁæÁ;æ{{æ£åsæææÁû[|æðæč;åÁs^Ás{]}•æás¦æásæÁs}∮[¦ÁæÁs[{]æíðæÁs-^¦æásE

Ù^Áã{ æ|æý|;^•^} c^ÁÙ[|æðãč åÁæããæðæ)å[~~^Á[Áå^&|æbæå[Á^}Á.•æ£26]•cãč ^^Á[•Áæ)c^&^å^}c^•Á[{]|^d[•ÁÁç^;ðåæ8]•ÁÁ^^A &[] • aan \ aan \ ann \ çi | aãaæ Á|æ Á| [cãa&æ&a[] ^• å^Á& æ| ~ å^Á& æ| ~ å\Áå[& ~ } d Á| æ| [Å|] æ| [Å8[] Á|æÁU[| a&ac å Á ÁÔ ~ o a[] æ| ā Áa | ÅÔ[] dæ[Á] | [] ~ o d Éæ ðÁ [à|ã æ&ã]}^•Áā @\'^}Áā @\'^\Áa^æÁ\5|ã æÁ`^Án}Án`Á&æ•[Án^Án{ ãæÆQæë æÁ•[Ás^Án•ÁÖææ[•ÁÚ^|•[}æ#\•Áæĕ čÁ,\[][||&ā]}æå[•È Ò}Á&æ [Áå^Áæ|/&ã;ā\} (jÁå^|ÁÔ|} dææ) (vÁQ}Á&æ [Áå^Á^!A|^!•|} æÁð ã&æÞÁæá^c||`&ā5}Áå^ÁÚ!ā;æÁÞ [ÁÖ^ç^} *æåæÁ`^Á^•`|(vÁ] | [&^ å^ } c^ Áå^ à^ | 1 Á&` à | ã • ^ ÁæK 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 v 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 O ē čÁ (ã { [Á, æ) ãã } • d Á × ^ Ác ç ^ Áæ&& ^ • [ÁædÁæçã [Áå ^ Á] ¦ãçæ &ã æå Áā, c ^ * ¦æ Áå ^ ÁÚ |æ) ÁÛ ^ * ` ¦ [ÁÙ ÈD ÉÀ ^ ÁÔ ÈX ÈÉÔ [{]æfi ãæ Áå ^ ÁÛ ^ * ` ¦ [• ÉÀ å^Á[•Áå^¦^&@•Áˇ^Ájˇ^å[Áœ&^¦Áçæþ^¦ÁÁ,æbæÁs[}•ˇ|œ•Áj[•c^¦āj¦^•Áå^|Áæçã;[Áå^Áj¦āçæ&ãaæåÁā;c^*¦æÁ[Ájˇ^å[Áœæk^¦ÁæÁsæç..•Á å^ÁæÁjı*ājæÁj, Èjæj•^*; [ÈS[{É;¢Á;Á(^åãæ);c^Áæçã[•ÁS[|[&æå[•Á^)}ÁÚ-æðā]æÁTædá£ÉÚ`&´;•æþ•ÉÁT5å*|[•Áå^ÁŒc}}&ã5Å;Á;Á U~38a æ Áå^ÁÖ^•æ¦[||[ÁÔ[{ ^¦8aadÈ ÞUT ÓÜÖÇÜDÁÁSEÍÒŠŠÖÖUÁJOEYÖÜÞUÁÁSEÍÖŠŠÖÖUÁT OEYÖÜÞU Øã{ æÁå^|ÁÔ[}dæææ}c^ ÖÖET TEDEDEDE Ò) cãa æá ÁØ^ å^¦æ aãcæ Ø^&@a4å^AØã{æ

Reclamaciones y Consultas Unidad Especializada de Atención a Clientes - UNE

Teléfonos:ÁÍÁFÏ€ÁJÎÌÌÁÁÍÁFÏ€ÁJÎÏÏ

Dirección:ÁÓ|çå ÀÓŒ[|-{ ÁÜ ~ ã ÁÔ[| cã ^ • ÁH GŒÁV[| | ^ÁŒÁÚã[Á ÉÁRæð åð ^ • Á\$^|ÁÚ^å|^* æÞÉX |çæð [ÁJà|^* 5} ÉÁÔÈÚÈÆFJŒÊ

Ôã åæåÁå^ÁT..¢ã& ÈÁWWWA

Ò} Á\|ÁQ| | æda Á&^Áæe^} &a5} Á&^Á\) ^• ÁæA\) ^• ÁæA\) ^ç^• Á&^Á9:00 a 16:00 horas Á Áça^|} ^• Á&^Á9:00 a 13:30 horas Á

Correo electrónico:Á^\;çæ₄•^*ˇ¦[O] |æ)•^*ˇ¦[È[{È[€ 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 3 de enero de 2023, con el número CGEN-H0701-0001-2023/G-00100-010.



Anexo 1. Cuestionario Ocupacional

 $\grave{O} \circ (200 - 1) \circ (200 - 1)$

Marque si utiliza alguno de los siguientes objetos o materiales:							
Objeto o Material	Ùð	Þ[Frecuencia*				
Œ{æ‰å^Á~^*[\circ	0	Öãnd đị ÁÃU &æ đị} æ (^) c^ÁÃO ^&`^) c^(^) c^				
TæĭājækāæÁ Ò•]^&ããĭ^MÁ	0	0	Öãnd đị ÁTÁU & ær đị} ær{ ^} ơ ÁTÁCI^&`^} ơ^{ ^} ơ				
P^ a{ a}} cæ Á &d a&æ	\circ	0	Öãnd đị ÁÁ V & æ đị } æ { ^} c^ ÁÁ CI^& ^} c^{ ^} c^{ ^}				
Õæ[ā]æ	0	0	Öãnd (A ÁÁU & æ () } æ (^) & ÁÁO ^ & ` ^) & (^) &				
7 8ãã[•	\circ	0	Öãnd (Ā ÁĀU &æ (ā) æ (^) & ÁĀØ1^&`^) & (^) &				
OB&^:[\circ	0	Öãnd (ĀĀU &æ (ā) æ (^) & ÆÆK ^ & ^ o (^) o				
C#8(@	\circ	0	Öãnd (A ÁÁU & & () 2 24 ^				
Œà^•₫	\circ	0	Öãnd (ĀĀU &æ (ā) æ (^) & ÆÆK ^ & ^ & ^ & ^ & ^ &				
Ng[kţ	\circ	0	Öãnd (ĀĀU &æ (ā) æ (^) & ÆÆK ^ & ^ o (^) o				
E Øl^&`^}&ãacÁājåã&æÁ^ Áÿg{^¦[Áå^Áç^&^•Á`^Á•^Á^•α Á^}α Á^}}{ U &æ•ã[}æá[*È]							
¿Realiza alguna de las actividades	siguientes?	•					
Actividad	Ùð	Þ[Especifique				
V¦æàæbæóån^∙å^Á}æóádc覿Á &[}•ãã^¦æà ^	0	0	O‡ci¦æÁ(ı¢ã(ækÁ∵∵∵∵′{o•				
Š^çæ);œ4(àb%(•A),^•æå[•	\circ	0	Ú^•[ʎ[ı ¢ã[[kkl ′ ′ ′ ′ ′ ′ ′				
Ô[} å ˜ &^	\circ	0	Œ d[{ 5çã/ÃÃT [d[&ã&]^cæ				
Udækk	0	0					
¿En qué lugar desempeña su ocup	¿En qué lugar desempeña su ocupación regularmente?						
ÓÁJ-383) æÁWWÓÁJ-383) æÁ8[}Áçã ãæ Ás^Árĭ]^¦çã ā5}Ð] •]^8&85} ÁWWÓÁJà¦æ ÁWWÓÁŠ**æb^•Ágà 38[•ÁWÁ							
OÁJd[ÈÒ•]^&ãã~^							

Detalle las actividades que realiza:						
Ú æ}ÁÛ^*`¦[Á^Á^•^¦çæÁn Áå^¦^&@,Áa^Á^``^¦āÁ&`æ¦``ān¦Áş,-{¦{	æ\$a5}Ásæåa8a[}a€ŽÁ					
Declaración						
Ö^& æd[Á`^Áq[åæ•Áæ•Á^•]`^•œæ•Á`^Á@·Á; [][¦&āq]}æå[Áq[}Áç^¦åæå^¦æ•ÁÁs^Á;ãóq[œdÁsq]}[&āq āð}q[ÉÁj[¦Áq[Á`^Á;[Á@·Á;{ãããa[Á }āj*`}æásj-{¦{æs&ā5}Á`^Á;åāð¦æásj-4'^}&ããæHæánçæpiæs&ā5}ÁqÁæsk^]œæs&ā5}Ás^Án•œæÁ[ā8āčåEÁÁ Ò•q[^Ás^Áæs&`^¦å[Á`^Án•ec^Áq[¦{æq[Ásq]}•œäčālÁjædc^Ás^Áq[ãÁq[à8aĉčåAs^Án^*`¦[ĢDÁÁ`^Ájæáq{ãā5}Ásh^Á;^Áj¦[][¦&āq}ædk&čæqi`ān¦Á @&@[Á;ææ^¦äædÁsq]}[&ãā[Á,[¦Á;āÁ,[å¦ðæásjçæþääædÁ;āÁ,5 ãæásh^Án^*`¦[ĢDÈ						
<u>►UT ÓÜÒÇIDÄĞEJÒŠŠÖÖUÁJOE/ÒÜÞUÄĞEJÒŠŠÖÖUÁTOE/ÒÜÞU</u> Þ[{à¦^Áå^ ÁÔ[}dæææ)d^		ÖÖÐ T ÐÐÐÐÐ. Ø^&@æ\$a^Áā{ a				



Anexo 1. Cuestionario Ocupacional "Aviación"

 \dot{O} cæÁ[| $38\ddot{a}$ č åÅ \dot{A} Å \dot{A} I Å \dot{A} I Å \dot{A} I æåæÁ} Á \dot{A} Áf cæþáðaæåÁ[| \dot{A} IÁ \dot{O} [} chacea co £Ás[} Á} æÁ[|æÁð] cæÉAÁ][Å \dot{A} A \dot{A} I Á \dot{A} A \dot{A} I Á \dot{A} A \dot{A} I Á \dot{A} I Á \dot{A} I Æ \dot{A} I \dot{A} I Æ \dot{A} I Æ \dot{A} I \dot{A}

Data del Callada de Assessada								
Datos del Solicitante y/o Asegurado								
Nombre(s): ÁWWWPUTÓÜÒÇÙDÁ ÁWWQEÚÒŠŠ			ŒUÁÚŒ/ÒÜÞUÁ	UÁJOEVÒÜÞUÁ ŒÚÒŠŠŒJUÁT ŒVÒÜÞU				
Fecha de nacimiento:	GÖÖ	TEDEDE	Número de Póliza:	ÁÓÞÁÔŒÙUÁÖÒÁÔU!	>VŒÜÁÔUÞÁÒŠ			
Tipo de vue	elo	1	No. Liciencia	Fecha d	e obtención			
○ Ô[{ ^¦&ã¢/‱∭○ Ú¦	ãçæå[ÖÖÐ	ÖÖET T EDIEDEDE			
Indique los siguientes			s: 	^&`^} &^•Á'''''				
¿Participa o tiene pensa	ndo participar ei	n algún vuelo acrok	pático, competencia, exhil	oición o vuelo de pruel	ba? ÓAÙð∰ÓA⊳[
Ò}Á&æe[Áæã{æãç[ÉÁæç[¦Áå^Á∿•]^&ãã&æ	Á&×`ı}å[Á\ÐÁ√\^&`^}	} &ãa					
¿Ha estado involucradalguna razón?	lo en algún ac	cidente aéreo o s	u licencia ha sido restri	ngida o suspendida	por ⊝ÁÙð∰ÓÆÞ[
Ò}Ásæ [Áseã { æzác [ÉÁeac [¦Ás^Áv•]^8sãaSæ Ásč }åo								
a)		,		<u> </u>				
Se exhorta al Contrat la apreciación del ries	ante declarar e go, tales come conformidad	en el siguiente es o los conozca o c con la Ley Sobre c	spacio, todos los hecho deba conocer en el mor el Contrato de Seguro, la urados.	nento de firmar este	documento, en la			
Se exhorta al Contrat la apreciación del ries inteligencia de que, de	ante declarar e go, tales come conformidad	en el siguiente es o los conozca o c con la Ley Sobre c	deba conocer en el mor el Contrato de Seguro, la	nento de firmar este	documento, en la			
Se exhorta al Contrat la apreciación del ries inteligencia de que, de podría originar la pérd Declaración Ö^& æ Á`^Á[åæ Áæ Á* } ¾*`}æ	ante declarar ego, tales come conformidad de los dere	en el siguiente es o los conozca o o con la Ley Sobre o chos de los Aseg	deba conocer en el mor el Contrato de Seguro, la urados. } Áç^¦åæå^¦æ Á Áå^Á; Æð[æ [Áæ&^]æ&æð] Æå^Á•æÁ[æð[æ Æ [ææč åÁå^Á•**; [GDÁ	nento de firmar este a omisión, inexacta o	documento, en la falsa declaración,			

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

3/4



Anexo 1. Cuestionario ocupacional "Motociclismo"

 \dot{O} cæÁ[| $38\ddot{a}$ č åÅ \dot{A} Å \dot{A} I Å \dot{A} I Å \dot{A} I æåæÁ} Á \dot{A} Áf cæþáðaæåÁ[| \dot{A} IÁ \dot{O} [} chacea) c \dot{A} EÁ[| \dot{A} IÁ \dot{A} I æÁ[| \dot{A} IÁ \dot{A} I æÅ \dot{A} I æÁ \dot{A} I Á \dot{A} I Á \dot{A} I Á \dot{A} I Å \dot{A} I Æ \dot{A} I \dot{A} I Æ \dot{A} I \dot{A} I

Datos del Solicitante y/o Asegurado						
Nombre(s):	UdWWWW	T ÓÜÒÇÙDÁ	ÁXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ĎU <i>Á</i> ÚŒ/ÒÜÞUÁ		ŒÚÒŠŠŒÜUÁTŒVÒÜÞU
Fecha de nac	cimiento:	ÖÖÐ T	EDEDEDE	Número de Póliza:	ÁÒI	ÞÁÔŒÙUÁÖÒÁÔUÞVŒÜÁÔUÞÁÒŠ
Marca	a	Mod	elo	Año de Fabricac	ión	Tamaño de Motor
		No.	Licencia			Fecha de obtención
						ÖÖETTEDEDEDE
¿En qué cate	goría de	motociclismo par	ticipa?			
ÒĐÁ) à ¡[ĐÁ 5¦ã	R A [¢ &[•	• 🛱 l * ^ àæ 🛱 æ d ^ læ Á	^Áĕ¢•Á } Ææ¦ ^ ⊘ ¦a	#####################################	^ &[•• Æ `]^{{ [¢ 1864 26 44 26 45 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4
Favor de indi	icar la nat	uraleza de su pai	ticipación: C	ÀÚ¦[^• ã[} æþÁЖЖОÁOE[a	æe^`¦Á‱	Á (Á (Á (Á (Á (Á (Á (Á (Á (Á (
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.						
Declaració	ón					
Ö^8\æi[Á`^Át åæ Áæ Áæ Á*•] *^• œ Á *^Á@ Á;![][!&ā;} æå[Á[] Áç^!åæå^!æ Á Áå^Á; æðt æð Áå Á; æðt æð; [!Át Á* ^Á; Áæ Á; ãæð] [A] ; å* } æðs f. la æð Á Åå Á*• œ Á Áå Á*• œ Á Áå Á*• æð i æð Å jā * * } æðs f. !{ ææ æð Á * ^Á; åð !æðs f. * A &æ Áæ Á; æð æð Á Áæ A æð } Áå A Á*• œ Á [! æð å Àð Á*• æð æð Åå A Á*• æð æð Áå Á A A A &æ Å; æð æð Áå A Á*• * * [@ DÓ Á * ^ ÁæÁ; æð æð Áå A Á; ![] [! &ð; } æð Á& æð E æð Áæ Æð						
	Þ[{ å	a¦^Áa^ ÁÔ[}dææa)c^		Øã{ æÁs^ Á	(أور) أوراً (أور) أوراً	o^ Ø^&@d\$n^Á∄{



Anexo 2. Cuestionario de Reasignación de Sexo

 \grave{O} cæÁ[| δ aãc å Ás^à^| δ 4| δ 4| δ 4| δ 4| δ 6| cæþáð æðá δ 6| δ 6| cæþáð æðá δ 6| δ 6| cæþáð eðá δ 6| δ 8| δ

1. Indicar Solicitante: OÁ/ãč æ/////////OÁ)[æãæ) c^Æ////////	OÁU[&ãæ; c^ÁG******OÁU[&ãæ; c^Á+1******	
2. Sexo de nacimiento: ÓÆ[{ à\^ÆOÁT ˙₺\		
3. ¿Ha realizado trámites legales para cambiar su nombr	re en el Acta de Nacimiento?∰ÔÂĴð	ÓÁ⊳[
$\red{O} \ \ \acute{A} \& = [\ \ \acute{A}\& \land \acute{A} \land \bullet] \ \ \land \bullet \ \ (\ \ \ \ \ \) \& \land \& \land \& \land $	æÁsh^Án` OBScæÁsh^Án>æSajan}([ÁæScčæjāæsha	È
4. ¿Ha iniciado con algún tratamiento para la reasignació	ón¹ de sexo? ÓÁJð‱ÓÁ⊅[
۵åã ˇ^Á& ٔ ۱ K		
\emptyset ^&@a\dag{A}^\dag{A}_a^		
5. ¿Actualmente se encuentra bajo algún tratamiento par	ra reasignación de sexo? ◯ᡬĴð∰◯)ÁÞ[
Qåã~^Æ;ı K		
\emptyset ^&@ A ^Aj A Aj A Aj A Aj A Aj A A		
6. ¿Ha sufrido o sufre de depresión o ansiedad? ○Ĥ∰	₩OÁÞ[
7. ¿Ha recibido asesoría psicológica para llevar a cabo la	a reasignación de sexo? OÂĴð∰O	ÁÞ[
8. ¿Se someterá a alguna cirugía de modificación de ór meses? (Á) Ó (Á) (Á) [ganos genitales externos y/o interno	os en los próximos doce
Ú¦[&^åã[ā^} d[Á-P]Á/¦æææ(ā^} d[K		
Ø^&@edå^Ánja8a[Án^ Án 8 & å å [ð] ﴿ Á ĐịÁn æeze(ð] ﴿ K	ÖÖET T EDELECEE	
F ^A ŠæÁ^æª∄}æ&a5}Áå^Ár^¢[Á^-ā^\^ æÁ •Á,\[&^åã ā^}d.•Á⊕Ád; •^¢ˇæḥ^•Áå^Á}æÁ,^¦•[}æÈ	ænæa(an) q'•Ént^æ) Á, …åa&(•Á,Á,[ÉÁ ˇ^Á,	[åãã&æ) æÁ&ææ&c^¦ðocã&æÁ
ÞUT ÓÜÒÇÌDÄÐEÍÒŠŠÖNU ÁLOÐÖÜÞU ÄÐEÍÒŠŠÖNU ÁT OÐÖÜÞU		ÖÖET T EDEDEDE
Þ[{ à\^Áå^ ÁÔ[} dææ) c^		Ø^&@e4s^ÁØä{æ



Anexo 3. Cuestionario para la identificación de Personas Políticamente Expuestas

 $\hat{O} (\vec{a} \cdot \vec{A}) = \vec{A} \cdot \vec{A} \cdot$

I. Contratante es	Persona Políticament	te Expuesta		
Institución para la que	labora:Á			
Cargo desempeñado:				
II. Contratante tie	ne parentesco con Pe	ersona Políticamen	te Expuesta	
Parentesco: ÁÁÓÁÚæå¦^	ETæå¦^###OÁP^¦{æ}[Eæ###OÁ	Ô5}^`*`^EÔ[}&`àājæCjā[D	ÁMÁOÁP átó EðæÁMÓÁU d'[KÁ′′	
Q-{ { æ&a5} Á^~ ^} c^Áæ	ÍæÁÚ^¦•[}æÁÚ[ðúã&æ{^}♂ÁÒ¢]	`^•cæÁ&[}ÁpæÁ``^Án^Ápæñ}^/	() æ}^} ¢^∙&[K	
Institución para la que	labora:			
Cargo desempeñado:				
Nombre(s): ÁPUT ÓÜ	ÒÇÙ D//////XE JÒŠŠØÜUÁJOE/ÒÜÞL	J <i>i</i> AT OE/ÒÜÞ	J Fecha de Nacimiento	ÖÖÐ T ÐÆÐÆ
País de Nacimiento:		Nacio	nalidad(es):	
Correo Electrónico:			Código Postal:	
Calle o Avenida:				
Número Exterior:	Número Interior:	Colonia:		
Alcaldía o Municipio:		Ciudad o Pobla	ación:	
Entidad Federativa:	Teléfond	o de Contacto: F€Ã	ÕQ∕UÙ ÕÁJækæði æ	\$ÁQÁJ-383, æQÁÔ^ * æ
Registro Federal de Co	ontribuyentes (RFC):			
Clave Única de Registr	o de Población (CURP):			
III. Revisión y Ap	robación			
	•q[][¦Á(āÁ)¦[]ā[Áå^¦^&@)ÉÉàa •A&[¦¦^&cæÉÁç^¦åæå^¦æÁÁæ&c°a		aåÊA``^Á@AÇ^¦ãa8æaå[[•Áå	1æ6[•ÁÁ þæ46] √[¦{æ665}Á
ÞUT ÓÜÖÇÜDÁÁSTEJÖŠŠÖÖ	UÁÚOE/ÒÜÞUÁÁSEÚÒŠŠÖÖUÁTOE/Ò	ÜÞU		ÖÖÐ T ÐÐÐÐÐ
Þ[{ à	¦^Áå^ ÁÔ[}dææ)e^		ÁÔ[}dææa;do	Ø^&@e#\$a^ÁØã{ æ



Anexo 4. Solicitud de Cargo Automático a Tarjeta

 $\dot{O}_{A} = [A_{A} \dot{A}^{*} \dot{A}^{*} \dot{A}^{*} \dot{A}^{*} \dot{A}^{*} \dot{A}^{*}] A_{A} = [A_{A} \dot{A}^{*} \dot{A}^{*} \dot{A}^{*}] A_{A} + A_{A} \dot{A}^{*}] A_{A} + A_{A} \dot{A}^{*} \dot{A}^{*} \dot{A}^{*}] A_{A} + A_{A} \dot{A}^{*} \dot{A}^{*} \dot{A}^{*} \dot{A}^{*}] A_{A} + A_{A} \dot{A}^{*} \dot{A}^{*} \dot{A}^{*} \dot{A}^{*} \dot{A}^{*} \dot{A}^{*}] A_{A} + A_{A} \dot{A}^{*} \dot{A}^{*} \dot{A}^{*} \dot{A}^{*} \dot{A}^{*} \dot{A}^{*}] A_{A} + A_{A} \dot{A}^{*} \dot{$

Lugar y fe	cha:								
Datos del Tarjetahabiente									
Nombre:	TU¢WWW	ÓÜÒÇÙDÁ	. ////////	ĐÓŠŠŒU ÁÚŒV	ÒÜÞUÁ		ŒÚÒŠ	ŠÕUÁT OEVÒÜ	IÞU
Correo Ele	ectrónico:								
Teléfono d	le Contacto:		F€ÁÖ ŐQVUÙ	○ÁÚ a	ela&~ ælÁ⊙	ÁJ-384)æC)ÁÔ^ ˇ æ		
Datos d	el Agente	;							
Nombre:	TU¢ÌÌÌÌÌÌÌÀ	ÓÜ ÒÇÙ D Á	ÁÓÓÓÁ	ĐƯỜ ŠỐU ÁÚCE/	ÒÜÞUÁ		ŒÚÒŠ	ŠÕUÁTOVÕÜ	IÞU
Clave del	Agente:			Correo Elec	ctrónico:				
	icial y/o sub		S.A. de C.V., (s), mediante d						
OÁPùÓÔÁ	‱óóxa	DEÁMAMANÍO ÁÓS	æ)æ(^¢/ ///////	ÁÙæ) œ) å^¦Á‱	Á Ó Á J dæK				
con número	o de Tarjeta:				Vencimier	nto: ŒU	T ÒÙ Códig	o de Segurida	ad:
			Ôæ) cãa æå kÁÅÁ				ÚUÜVÒÁÔU		
, .	∖Á&迆ĭãN¦Ásæi	\$ æ\æ&&& /\ A\ /	Á^&@e[ÉA^Á,[d	ãã&adıÁ∧}Án`Á&[5}a&[Áå^∙&	ãu (Án) Án Ásaa) æ	ecæå[Áæ)e^¦á[¦	È
Nota									
å^ÁsæblokæáÁ ^•coÁ([{ ^ å^Á``^ÁsæbÁ &æb^&o\!ıÁå	.[¦Áş^}&ã[ā^} ^}d[Ásĕd[¦ãæa .[Á,¦[][¦&ã[}	ợ ĐÁ(à[ÁĐ) Á ^ Á\ÁS(à¦ æ Áåæ ŒæÁ§ Á)æ æÁ∧æþã	• Ásaæ[• Ásg c^• Ás A ¢dæçō[Á, Ásæ([Ás^ ÁæÁU¦ā[æÁ -{¦{æSaō}Áæ)c^ æÁ^ Á&[à![ÉÁ][¦ È	à đị Á bà ^ Á, g {	Ási^Ásv`^}cæÉ v`^¦å[Ás4[}Á ^ Ál^&aãa[Á∵	Žásaði Ásaçãr[/ Ín[•Á,`^ç[•/ `^Án,^Án}&`/	Ásn^Ás){ ^åãæq[Áslæq[•Áĭ^Aj\¦ \}d^Áj\¦5¢ā[[ÁndÁndÁN≣^*`¦æ [][¦&4[}æ6Ž^} ÁndÁç^}&∧¦ÉÁ æ	å[¦æÁÉåå^•å^Á Án∣Án}c^}åãä[Æ ÁO≣^**¦æå[¦æÉ
• ັ~3821\} c^ ^ æ& ĭ ^¦å[Á8[`}Á(æá&`^}cæbí }Á()Á&æ(^}åæ &ædā[BÁ()Áædb/	Ásai}å[•^Á, şa[ÁÁ[¦{æ	æ&a[}æ¢^}Ápæé^ ¦¦Ár}c^¦æå[Á∵^ Ás^Ájæ*[Á∵^Á@ Ás^à^¦æ*[Á∵^Á@ Ás^à^¦ıÁ∫[Œã&&	Áså&Q•Ásæt*[• nêæÁ•^ ^&&ã;}æ	Án^Án∿A‱ogæ å[ÉÁn}Á&æe[a}Á&[}Áàæ•^ Áå^Á,[Á\^*á	Án }Án Áaja&ajÁa ∳dæd•^Án ÁQ[•	ı^Áçãt^}&ãæÁå∆ ∙DÁ&æd*[ÇiDÁ\}	·ÁpæÁÚ5 ãæÉÁs^Á Á NÁ •cæá[Ás^Á
Ò Á0E^} &^Á Š^^Á&^Á/ðč	•^Ájà ãæÁæÁç [•ÁÁU]^¦æá	^¦ãã&æd; [•Á &ã[}^•Áå^ÁÔ	Áåæq[•Áå^ÁþæÁæd ¦…åãq[È	^œ£Á^•][}•æè	ıą̃ãı}å[•^ <i>Á</i>	Śå^Ár`Áœĕ♂]	ca&aaaaaAa^Aa	&`^¦å[<i>Á</i> æ‡ÁŒdd	% . [ÁF€Áå^Á <i>æ</i>

Ò|Áæddocæ@enàān}coÁn•onÁso-Áæ&č^¦å[Ás[}Á[•Ás…!{ãj[•ÁÁs[}åä&ã[}^•ÁÁs[}åæðā]^^•Áč^Án•aæà|^&^}Ás}Án•ocÁsæð;æþÁs^Ás[à¦[Ás^Áú|á[æð£ái|{æðási{æð}á|{æð}á|}^Ás[}-Æ]å å^Ás[]-{¦{ãàæåðÁ

Ò} Ásaa) q[ÁjacÁs[{] anti ðacÁn} d^* ^ Án|Ás[{] | [à aa) q^Ásn Ásach* [LÁsn Át, aa) ^ | acÁn} }`} 8 añonnañ; acÁn æð Á;[Ájā; añonnañ; achÁn |Án • cachá;[Ásn Ási * ^ } cachán / ^ \$aòn (É) { [jā; Áj, Áj; q; o * ^ | Asn Ást aa) • acss 8 año }É (achán) Á; | ` ^ à acÁn | ^ } achán | Asn Ásach* (É) Ásach * [Éd aa) • - ^ | ^ } 8 añonnañ; achán | Án • achán | Án • achán | Ásach* (Éd achán) Ásach*

Ö^Á&[}-[!{ añ æå Á&[}ÁæÁ\$^^ÂÛ[à!^Án|ÁÔ[}dæ [Ás^ÂÛ^**![Ê*āÁ][Á@ à ā^•^Á añ[Á]æ #aå æÁæÁ;lā[æÁ;ÁæÁ+æ&&āō}Á&[!!^•][}åā^}c^£Á^}A |[•Ásæ•[•Ás^Á;æ [Á*}Á;æ & &æ#áñ æå^•Êás^}d[Ás^|Ás.!{ ā][Ás[}ç^}ãh[ÊÁ]•Á*-^&q.•Ás^|Ás[}dæ[Ás^•æ]}Å\$e q{ | cã&æ; ^}c^ÁæÁæ Ás[&^Á |Q!æ Ás^|Ás|cā[Ás]cā[Ás ðæÁs^|Á]æ [ÉŠô]Ásæ•[Ás^Á;æ [ÉŠô]Ásæ•[Ás^Á*-^Á;[Ár^Áæê æÁS[}ç^}añ[Ár|Ás.!{ ā][É*^Áæ]|ā8æ;lÁ;Á;|æ [Ás^Ás^ā]cæÁs ðæ Á }æč!æ/•Átā*ā^}c^•ÁæÁæÁ*A&@æÁs^Á;&ædas^Á;Áş^}&ā[ās}qĒÈ

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

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.mxÁ

 ÞUT ÓÜÖÇÜDÍMÓZEJÖŠŠÖÖU ÁÚOZYÖÜÞU ÁMÓZEJÖŠŠÖÖU ÁT OZYÖÜÞU

 Þ[{ à!^Áå^|Á/ætb*ææ@æia?a} &^

Øä{ æáia^|Á/ætb*ææ@æia?a} &^



Aviso de privacidad Clientes

Plan Seguro S.A de C.V, Compañía de Seguros, mejor conocido como Plan Seguro, con domicilio en 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 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:

¿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:

- · 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 el cumplimiento a las obligaciones contraídas con usted.
- Con fines estadísticos grupales, individuales, y para la creación de campañas preventivas de Salud.

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 y publicidad
- Prospección comercial

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 y publicidad
- O Prospección comercial

Si este aviso de Privacidad no se le da a conocer de forma personal o directa, usted cuenta con un plazo de 5 días hábiles para manifestar su negativa para el tratamiento de sus datos personales para estas finalidades que no son necesarias ni dieron origen a la relación jurídica que nos une, de lo contrario, entenderemos que nos otorga su consentimiento.

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.

Datos Personales de Menores de Edad.

Plan Seguro podrá tratar Datos Personales de menores de edad y personas incapaces o en estado de interdicción, en estos supuestos es responsabilidad de la persona (contratante, representante legal, tutor o de quien ejerza la patria potestad), que adquieren nuestros productos o servicios, asegurarse de estar proporcionando Datos Personales completos, correctos y actualizados y de



otorgar su consentimiento expreso y por escrito para el Tratamiento de los mismos, en términos de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

¿Qué datos personales utilizaremos para estos fines?

Para llevar a cabo las finalidades descritas en el presente aviso de privacidad, utilizaremos los siguientes datos personales:

- · Datos de identificación
- Datos de contacto
- Datos familiares
- Datos laborales
- Datos académicos
- Datos de ubicación/geolocalización
- Datos migratorios
- 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
- · Datos de salud
- · Datos sobre características físicas.
- Datos sobre vida sexual
- · Datos de origen étnico o racial

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

Le informamos que en caso de ser requeridos sus datos personales son compartidos dentro del país con las siguientes personas, empresas, organizaciones o autoridades distintas a nosotros, 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 servicios de salud, Proveedores de servicios asistenciales	Gestionar todo lo relacionado con las coberturas contenidas en su contrato de seguro para dar cumplimiento a las obligaciones contraídas con usted; para tramitación de siniestros	No
Agentes de seguros organizaciones, instituciones o entidades del sector asegurador	Para fines de selección de riesgos y prevención de fraude.	No



¿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, sea inexacta incompleta (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 el siguiente medio: 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:

- a. Nombre del responsable del departamento de datos personales: Víctor Hugo García Cid.
- b. Domicilio: Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso 4, Colonia Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01900, en la Ciudad de México, país México.
- c. Correo electrónico: datospersonales@planseguro.com.mx.
- d. Número telefónico: 55 5147 3100.

Usted puede revocar su consentimiento para el uso de sus datos personales

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 a través del siguiente medio: Vía presencial en nuestras oficinas y módulos o bien, mediante el procedimiento descrito en el portal www.planseguro.com.mx en la liga de Ejercicio de derechos ARCO.

Para conocer el procedimiento y requisitos para la revocación del consentimiento, ponemos a su disposición el siguiente medio: En el portal www.planseguro.com.mx en la liga de Ejercicio de derechos ARCO.

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

Además del ejercicio de sus derechos de Revocación o ARCO, podrá limitar el uso o divulgación de sus datos personales, mediante su inscripción en el Registro Público de Usuarios que no desean información publicitaria de productos y servicios financieros (REUS) en la página de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF). Para



mayor información sobre este registro, usted puede consultar el portal de internet de la CONDUSEF, o bien, ponerse en contacto directo con ésta.

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 los siguientes fines:

• Mejorar la experiencia del usuario en el portal y fines estadísticos.

Estas tecnologías se pueden deshabilitar en las opciones de configuración del navegador que se use, normalmente en el botón de ayuda que se encuentra en la barra de herramientas de la mayoría de los navegadores. Adicionalmente, le sugerimos consultar las instrucciones del navegador que esté usando.

Los datos personales que obtenemos de estas tecnologías de rastreo son los siguientes:

- 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 del usuario
- Tipo de sistema operativo del usuario
- Fecha y hora del inicio y final de una sesión de un usuario
- Páginas web visitadas por un usuario
- Publicidad revisada por un usuario

¿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.

Nos comprometemos a mantenerlo informado sobre los cambios que pueda sufrir el presente aviso de privacidad, a través del presente aviso, así como sus modificaciones, los cuales estarán a su disposición y podrá consultarlos periódicamente en www.planseguro.com.mx y/o mediante avisos colocados en lugares visibles en las oficinas de Plan Seguro.

Última actualización: 16/03/2021