

I.2 Exclusivo para Persona Física

País de Nacimiento:	<input type="text"/>	Nacionalidad(es):	<input type="text"/>
Fecha de Nacimiento:	<input type="text"/>	Sexo:	<input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer
Clave Única de Registro de Población (CURP): <input type="text"/>			
Profesión¹:	<input type="text"/>	Ocupación²:	<input type="text"/>

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

Entidad Federativa de Residencia:	<input type="text"/>	Ciudad de Residencia:	<input type="text"/>
--	----------------------	------------------------------	----------------------

[illegible]

I.3 Exclusivo para Persona Moral

Giro Mercantil u Objeto Social:	
Nombre del Administrador, Director General o Apoderado Legal:	
País de Nacimiento:	Nacionalidad(es):
Fecha de Nacimiento:	Sexo:
Folio Mercantil:	Número de Escritura:
Número de Poder Notarial:	Fecha de Constitución:

II. Datos de los Solicitantes

II.1 Datos Generales

¿El Contratante será el Titular de la Póliza? (sólo Persona Física) ☒ Sí ☐ No

	Solicitantes				
	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4
P[{ à!^GDK					
Q^||ã[Á Úæ^!}[K					
Q^||ã[Á Tæ^!}[K					
Úæ^} º•&[Á &[} Á|Áã|æK	Titular				
pæã} æããº•DK					
Ò•æ[ÁõããK	○Á¼¼¼¼○Ô	○Á¼¼¼¼○Ô	○Á¼¼¼¼○Ô	○Á¼¼¼¼○Ô	○Á¼¼¼¼○Ô
Ø•&æ^Á pæãã} ºK	ÖÖET T HÖÖÖE	ÖÖET T HÖÖÖE	ÖÖET T HÖÖÖE	ÖÖET T HÖÖÖE	ÖÖET T HÖÖÖE

U̇MÀU̇ | ʼ | Á | ʼ | Êã | &ã | Ê } ă } Áã | ^ Á Ð Áã ă | DÁ ÂÔMÔæ xã |

	Solicitantes				
	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4
Ù`¢[K	○ᄒ ᄀᄀᄀᄀ ○ᄒ	○ᄒ ᄀᄀᄀᄀ ○ᄒ	○ᄒ ᄀᄀᄀᄀ ○ᄒ	○ᄒ ᄀᄀᄀᄀ ○ᄒ	○ᄒ ᄀᄀᄀᄀ ○ᄒ
ÒǎǎǎK					
ÔWÛÜK	FÌ ÄÖ ÖQ UÜ	FÌ ÄÖ ÖQ UÜ	FÌ ÄÖ ÖQ UÜ	FÌ ÄÖ ÖQ UÜ	FÌ ÄÖ ÖQ UÜ
ÜØÖK	FHÄÖ ÖQ UÜ	FHÄÖ ÖQ UÜ	FHÄÖ ÖQ UÜ	FHÄÖ ÖQ UÜ	FHÄÖ ÖQ UÜ
Ú! [◌•ᄇ } FK					
U&~] ᄃᄃ } 9K					
Ú!ᄃᄃᄃᄃ Á] ! [◌•ᄃ] ᄃᄃ ^ } ¢Á ᄃᄃ g } ᄃ^] [! ¢Ñ¹	○Àᄀᄀᄀᄀ ○ᄒ[	○Àᄀᄀᄀᄀ ○ᄒ[	○Àᄀᄀᄀᄀ ○ᄒ[	○Àᄀᄀᄀᄀ ○ᄒ[	○Àᄀᄀᄀᄀ ○ᄒ[
└ Ô˘ | | Ñ					
└ Ô[} Á˘ . Á └ ^ & ^ } ᄃᄃÑ					

[illegible]

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.

	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^•[Á\$* D					
Ò•æ |æÁ D					
} â&^Á^Á æ æ Ô [!] [! æ Á Q ÔD					
{ Ò~^} æ&[} Á ^•~^ { æ&^Á çæ~ } æ&) Á &{ } ^ç Ñ	○ÀÙ×××××○Á⌈	○ÀÙ×××××○Á⌈	○ÀÙ×××××○Á⌈	○ÀÙ×××××○Á⌈	○ÀÙ×××××○Á⌈

À Á Â Ã Ä Å Æ Ç È É Ê Ë Ì Í Î Ï Ñ Ò Ó Ô Õ Ö × Ø Ù Ú Û Ü Ý Þ à á â ã ä å æ ç è é ê ë ì í î ï ð ñ ò ó ô õ ö ÷ ø ù ú û ü ý þ ÿ

II.3 Datos Médicos (Hábitos)

		Solicitantes				
		Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4
Viciosos	¿Fumó o usa tabaco alguna vez?	<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
	¿Consumió alcohol alguna vez?	<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
	¿Consumió drogas alguna vez?	<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
	¿Consumió medicamentos sin receta alguna vez?	<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
Otros	¿Tiene alguna otra condición médica?	<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
	¿Consumió alcohol alguna vez?	<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
	¿Consumió drogas alguna vez?	<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
	¿Consumió medicamentos sin receta alguna vez?	<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

II.4 Datos Médicos (Cuestionario)

	Solicitantes									
	Titular		Solicitante 1		Solicitante 2		Solicitante 3		Solicitante 4	
¿Tiene alguna de las siguientes condiciones?	Ú	P	Ú	P	Ú	P	Ú	P	Ú	P
1. ¿Tiene diabetes?	<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. ¿Tiene hipertensión arterial?	<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. ¿Tiene enfermedad cardíaca?	<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. ¿Tiene enfermedad pulmonar crónica?	<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. ¿Tiene enfermedad renal crónica?	<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. ¿Tiene enfermedad hepática?	<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. ¿Tiene enfermedad neurológica?	<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. ¿Tiene enfermedad autoinmune?	<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. ¿Tiene enfermedad infecciosa?	<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"/>

	Solicitantes									
	Titular		Solicitante 1		Solicitante 2		Solicitante 3		Solicitante 4	
	Ùð	Þ[	Ùð	Þ[	Ùð	Þ[	Ùð	Þ[	Ùð	Þ[
FFÈ Vã}^Á|[*]æ æ[Á* g] Á| [&ãã æ} ð Á ..ãæ[Ë •^Áæ[æææ[Á* } æã~* ðÑ	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
FGÈ Pæ} æ[Á* g] Áæææ^ ð ÈQ •] æãã ææ} È ^} ã{ ^ãæ[æ] } æææ} È Áã~* æãã æ~^} ã[Áæ ^•c.ææ ð[Á^fiææ[Áæ ðã{ } ^} ðÑ	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
FHÈ Ù^Áæ[æææ[Á Á•ã Áæ[Á* g] Áææ æ} ð Á^ !æ æ} ææ} Á^Á^ç[Ñ	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

En caso de respuesta afirmativa a la pregunta 13, favor de responder el Anexo 2.

Šæã æ} æ} ð Á^ææ} Á•Áç&~•æ æ} ð Áææ[ææ æ•Á~ß!^•K										
FI È Pæ^ææ[Áæ} ææ} Á ..ãæ[Á~ãgi* ææ[! æ* } æææææ} Á^Á[Áçæã •Èç! [Á æã ð[Áæ { æ æ Á[! Áæææ} Á^Áæ^ } •ð ææ} Ñ	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
FÍ ÈQ; Áæ[Á^Áææ^! Áæ} æ[Á{ àææ [Q ð[]!^•^} ð æ* } ææ[] æææ} Ñ	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
FÍ È Qæ æ} ^} ð Á•ã Á{ àææ æææÑ Ò) Áæ[Áæ[ææ[È æææ Á ^•^• Á^Á^•ææ}	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
FÁ^æ æ} ææ} Á^Á^ç[Á^æ!^ æ[•Á| [&ãã æ} ð •Á æææ æ} ð •È^æ Á ..ãæ[Á Á[È~Á [ããæ] æ Áæææ^! çæ Á •^ç æ• Á^Á} æ[!•[} æ										

En caso de respuesta afirmativa a alguna de las preguntas del cuestionario anterior, favor de especificar

Solicitante	Número de pregunta	Enfermedad y Procedimiento o Tratamiento	Año de diagnóstico
			0000E
			0000E
			0000E
			0000E
			0000E
			0000E
			0000E
			0000E
			0000E
			0000E
			0000E
			0000E
			0000E
			0000E
			0000E

Ú[æ Á^~*] Á^Á^•!çæ[Á^!^æ[Á^Á[æææ[]{ } ææ} Áææ[æ[Á^Á æææ æ} ð Á^ææ[È

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 la misma, 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.

III. Características del Producto a Contratar

III.1 Parámetros de Cobertura

Producto a Contratar: ☐ Golden Salud ☐ Plan Seguro Avanzado ☐ Plan Seguro Óptimo ☐ Plan Seguro Integral
☐ Otro Especifique: _____

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

Tope Máximo de Coaseguro¹:

Nivel Hospitalario: **Tabulador de Honorarios Médicos 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	Plan Seguro Avanzado	Plan Seguro Óptimo	Plan Seguro 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
Atención Médica en el Extranjero ²	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí
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
Eliminación de Deducible por Accidente ³	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí
Eliminación de Coaseguro por Accidente	NO DISPONIBLE	<input type="radio"/> Sí	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE
Cobertura Dental	<input type="radio"/> Dental + <input type="radio"/> Dental Total	<input type="radio"/> Dental + <input type="radio"/> Dental Total	<input type="radio"/> Dental + <input type="radio"/> Dental Total	<input type="radio"/> Dental + <input type="radio"/> Dental Total
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
Incremento de Suma Asegurada para Parto y Cesárea ⁵	<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"/> 25 UMAM <input type="radio"/> 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.

	Solicitante				
Suma Asegurada a contratar	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4
Al menos 100.000 €	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Al menos 200.000 €	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Al menos 300.000 €	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Al menos 400.000 €	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Al menos 500.000 €	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Al menos 600.000 €	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

IV. Reconocimiento de Antigüedad

[illegible]

V. Otros Seguros

Qāã ~ ^Á áã ~ } [Á^Á | •Á | áã c •Á^ ^ } áã áã c á(^) c Á(} Áã ~ } áÚ5|ã áã^Á^* ~ | Á^ÁÔã c •Á .ãã | •Á á(| ^•ÉÚã ~ áÉ
Oãã^) c •Á^ | • } á •Á Á c { 5c^ •ÉÖ } Áã | Áã{ áã | Éã áã Á { } } áí ã

VI. Identificación de Personas Políticamente Expuestas ²

¿Durante el último año ha sido funcionario del Gobierno (nacional o extranjero) de alta jerarquía o miembro

¿Tiene algún parentesco con alguna de las figuras mencionadas en la pregunta anterior?

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

[illegible]

PnAa[æ|æ| ʌ•ʌ] ʌA[ʌæ æAæææ æ| ʌ~ʌA| Aæ&æææ| A| A•æææ| •æ~ʌA| Aæ ʌ&æʌ] ʌ•A[{ | ʌq•A Aʌ| ææ| A Aʌ
 &| •æ|æ~ʌA æçʌ] A ææææ| ææææ| A A•* [A~ʌA Aæ~|ææ| { [A æq Aʌ|A|] dææ AæAʌ~*| [A|] ʌ•q Aæ&| [&a| æ| A
 ç| ææ Aæ A[æææææ] ʌ• æAæ~ æ~ æ| A A| &| ʌ] q Aʌ|ææ| ææ| A&| AæA[ʌæ æA Aʌ~ʌ•q] ææ AæA|A|] dææ A|] ʌ•q Aæ æ
 &| [Aæ æ~ æ| A| [æ A~ʌA Aæææ A| A|A|] dææ AæAʌ~*| [A&| dæææ| A~ʌA Aæ&æ| A&| Aææ ææææ æææ Aæ|A| ʌ A
 U| [{ [q| A| ʌ~æ| A| A|A|] dææ ʌ Aæ A~ʌA| A çæææææ A~ʌA Aæææ AæA|] dææ ʌ A æ A~*| ææ| E

[illegible]

Ö: Áæ [ÁáÁæ | áæ á] d Áæ | ÁÖ } d áæ c ÁÖ } Áæ [ÁáÁá | Á á | •] æ Áæ áæ Áæ Áæ Áæ [| áæ] ÁáÁÁ | á æ Á [ÁÖ Áæ] * áæ Áæ ÁáÁá | á Á [áæ áá] c Áááá | Á ááá Áá Áá

[illegible]

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 las 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

[illegible][illegible]

␣[{ à!^Á°^|ÂÔ[} d æ æ c^

$$\mathcal{O}_A \{ \text{æ}^{\circ} \wedge [\hat{A}^{\circ}] \} \subseteq \text{ææ} \subseteq \mathcal{C}^{\wedge}$$

ÖÖET T ÆÆÆÆÆ

O} gñæåÁ^å^!æææ

ø^&@æá^Áö{ æ

Reclamaciones y Consultas Unidad Especializada de Atención a Clientes - UNE

Teléfonos: 91 461 61 11 461 61 12

Dirección: Ólçá Æá | Ħ Ä~ á Ól | ç ħ • Á Ĩ GÆV | ĩ ħ ÅÖÜä | Á Êæ äå ħ • Å ħ | Á ħ à ħ * æÆ | çæ [Á à ħ * 5) Æ Ö Ü Ä Ê J Ç È

0} Á|Áq|æā Á^Áæ^} &5} Á^Á^ } ^• Áæb^ç^• Á^Á0:00 a 16:00 horas.Á Áç| } ^• Á^Á0:00 a 13:30 horas.Á

Correo electrónico: alcala@unex.es

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.

Ö•œÁ[|Bäc áÁ^à^!| Á^|Á^} ææÁ} Á~ Á cæææÁ[|Á|Ö[|] cææ c^E[|} Á} æÁ[|ææææÁ[| Á^à^!| Á^} ^|Á&œ~|æ ÁÁ}{ ^} áæ~|æ È

[illegible]

--

Declaración

<u>PUT ÓÚÒÇÜÄÑÉÖSSÖUÁÚÇÈÙPÜÄÑÉÖSSÖUÁT ÇÈÙPÜ</u>	<u>ØA{ æÁ^ÁÔ } dææ ç</u>	<u>ÖÖET T EEEEEEE</u>
P[{ à!^Á^ ÁÔ } dææ ç	ØA{ æÁ^ÁÔ } dææ ç	Ø^&æÁ^Áä{ a

Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros. Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso 4, Jardines del Pedregal, Álvaro Obregón, C.P. 01900, Ciudad de México. www.planseguro.com.mx

0. ca[|ãc̃ ã^à^| Á^|Á^| aaÁ Á Á cãããÁ |ÁÔ| } cãc̃ c̃Ê[} Á} æ[|ãã cãÁ[Á^à^| Á} ^|Á&Cã~|æÁÁ{ ^} aa~|æÈ

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

Ó·œÁ[|æ̃ áÁ^à^!| Á^!Á^} æáÁ) Á~ É çãääÁ[|Á|Ö[] çæç c̣Ê[} Á) æ[|æ̃] çĀĀ[Á^à^!| Á^} ^!æ&Çæ̃ |æ ÁÁ}{ ^} ææ̃ |æ Ê

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

Lugar y fecha:

Datos del Tarjetahabiente

Nombre: ÁÁÁÁÁÁÁÁ UT ÓÜÒÇJÁ ÁÁÁÁÁÁÁÁÉÙÒŠŠÖUÁÚÆ/ÒÛÞUÁ ÖÉÙÒŠŠÖUÁŦ Æ/ÒÛÞU

Correo Electrónico:

Teléfono de Contacto:

Datos del Agente

[illegible]

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 subsiguientes(s), mediante cargo ☒ A ☐ C a mi tarjeta de: ☐ 01 ☐ 02 ☐ 03 ☐ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 07 ☐ 08 ☐ 09 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 00 ☐ 01 ☐ 02 ☐ 03 ☐ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 07 ☐ 08 ☐ 09 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 00 ☐ 01 ☐ 02 ☐ 03 ☐ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 07 ☐ 08 ☐ 09 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 00 ☐ 01 ☐ 02 ☐ 03 ☐ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 07 ☐ 08 ☐ 09 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 00 ☐ 01 ☐ 02 ☐ 03 ☐ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 07 ☐ 08 ☐ 09 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47

[illegible]

con número de Tarjeta: | | | | | | | | | | | | | | **Vencimiento:** 09- U T 00 **Código de Seguridad:** | | | |

Ò) &æ[Á^ÁÔæ*[Á } æ Éä ä&æKÍÔæ cææKÍÁ

Ò) Áæ[Á^Á æ ~ á!Áææææ Á Á & @e[É Á[æææ Á} Á Á || ^[Á ^ & d5) æ Á • & æ Á} Á Á æ æ æ Á æ ç! á ! È

Nota

[illegible][illegible][illegible]

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
- ☐ 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 o 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