

Solicitud de Seguro de Gasto Médico Mayor Individual

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

I. Datos del Contratante
I.1 Datos Generales
O Persona Física O Persona Moral
Nombre o Razón Social: NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO
Registro Federal de Contribuyentes (RFC):
Correo Electrónico: Código Postal:
Calle o Avenida:
Número Exterior: Colonia:
Alcaldía o Municipio: Ciudad o Población:
Entidad Federativa: Teléfono de Contacto: 10 DÍGITOS O Particular O Oficina O Celular
Cláusula de Domicilio: Cada uno de los Solicitantes reconocerá como domicilio para oír y recibir notificaciones, el señalado por el Contratante, bastando que los comunicados se emitan a su nombre para que surtan los efectos legales pertinentes.
Seleccionar los documentos proporcionados por el Contratante (Exclusivo del agente que realiza la entrevista):
Identificación Oficial Vigente con Fotografía*:
Número de Identificación
Mexicanos: O Credencial para votar expedida por el INE O Pasaporte expedido por la SRE O Cédula Profesional expedida por la SEP
Extranjeros: O Forma Migratoria (F.M.2 o F.M.3) o Tarjeta de Residente expedida por el INM
Comprobante de Domicilio¹: O Recibo de Luz O Recibo de Agua O Recibo de Predial O Recibo de Teléfono (Local o Móvil)
O Recibo de Gas Natural O Otro. Especifique:
*Las siglas refieren a: INE Instituto Nacional Electoral, SRE Secretaría de Relaciones Exteriores, SEP Secretaría de Educación Pública e INM Instituto Nacional de Migración.
¹ Debe tener antiquedad no mayor a 3 meses.

I.2 Exclusivo p	ara Persona Física								
País de Nacimie	nto:		Nacionalidad(es):						
Fecha de Nacin	niento: DD	/MM/AAAA	Sexo: O Mujer	OHombre					
Clave Única de l	Registro de Població	n (CURP):							
Profesión¹: Ocupación²:									
Si su lugar de residencia es distinto a su domicilio fiscal, indicar									
Entidad Federativa de Residencia: Ciudad de Residencia:									
 ¹ Profesión refiere a las actividades que realiza una persona y para las que requiere un título avalado por alguna Institución de Educación. ² Ocupación refiere al trabajo, empleo u oficio que desempeña. Debe especificarse la actividad a la que se dedica, NO indicar la palabra "EMPLEADO". 									
I.3 Exclusivo p	ara Persona Moral								
Giro Mercantil ι	ı Objeto Social:								
Nombre del Adr	ninistrador, Director	General o Apoderado	o Legal: NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO A	APELLIDO MATERNO				
País de Nacimio	ento:		Nacionalidad(es):						
Fecha de Nacin	niento: DD/M	IM/AAAA	Sexo: OMujer OH	ombre					
Folio Mercantil			Número de Escritur	a:					
Número de Pod	er Notarial:		Fecha de Constitue	ción: DD/	MM/AAAA				
II. Datos de	los Solicitantes	i							
II.1 Datos Gene	erales								
¿El Contratante	e será el Titular de la	Póliza? (sólo Perso	ona Física) OSí	ONo					
En caso de resp	onder afirmativament	e, no llenar la columr	na correspondiente al Tit	ular.					
			Solicitantes						
	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4				
Nombre(s):									
Apellido									
Paterno:									
Apellido Materno:									
Apellido	Titular								
Apellido Materno: Parentesco									
Apellido Materno: Parentesco con el Titular: Nacionalidad(es): Estado Civil ³ :		Os Oc	Os Oc	Os Oc	Os Oc				
Apellido Materno: Parentesco con el Titular: Nacionalidad(es):		Os Oc DD/MM/AAAA	Os Oc DD/MM/AAAA	Os Oc DD/MM/AAAA	Os Oc DD/MM/AAAA				

		Solie	citantes		
	Titular Solicitante 1 Solicitante 2		Solicitante 3	Solicitante 4	
Sexo:	Ом Он	Ом Он	Ом Он	Ом Он	Ом Он
Edad:					
CURP:	18 DÍGITOS	18 DÍGITOS	18 DÍGITOS	18 DÍGITOS	18 DÍGITOS
RFC:	13 DÍGITOS	13 DÍGITOS	13 DÍGITOS	13 DÍGITOS	13 DÍGITOS
Profesión1:					
Ocupación ² :					
¿Practicas profesionalmente algún deporte?³	○sí ○no	○sí ○no	Osí Ono	○Sí ○No	○Sí ○No
¿Cuál?					
¿Con qué frecuencia?					
¹ Profesión refier Educación.	e a las actividades que	e realiza una persona y	para las que requiere	un título avalado por	alguna Institución de

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

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

	utoriai biologico do ricog	o,								
		Solicitantes								
Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4						

Il 2 Datos Médicos (Generales)

II.2 Dates Meal	oos (Generales)									
	Solicitantes									
	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4					
Peso (kg)										
Estatura (m)										
Índice de Masa Corporal ⁴ (IMC)										
¿Cuenta con esquema de vacunación completo?	○sí ○no	Osí Ono	Osí Ono	Osí Ono	○Sí ○No					

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

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

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

II.3 Date	os Médicos (Hábitos)										
					Solicitantes						
		Tite	ular	Solicit	tante 1	Solicit	ante 2	Solicit	tante 3	Solicit	ante 4
	¿Fumas o has fumado?	Osí	ONo	Osí	ONo	Osí	O No	Osí	ONo	Osí	ONo
- .	¿Desde qué año?	AA	AA	AA	AA	AA	AA	AA	AA	AA	AA
Tabaco	Frecuencia	Dia	aria	Dia	aria	Dia	aria	Dia	aria	Dia	aria
	Cantidad										
	¿Ingieres o has ingerido bebidas alcohólicas?	Osí	O No	Osí	○ No	Osí	O No	Osí	○ No	Osí	O No
A I I I	¿Desde qué año?	AA	AA	AA	AA	AA	AA	AA	AA	AA	AA
Alcohol	Frecuencia	Dia	aria	Dia	aria	Dia	aria	Dia	aria	Dia	aria
	Cantidad										
II.4 Date	os Médicos (Cuestionario)										
Marcar	con una X si se padece o ha padecid	0				Solid	itante	S			
alguna	de las afecciones que se enuncian		tular	Solici	tante 1	Solicit	tante 2	Solici	tante 3	Solicit	ante 4
continua	ación.	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
alguna	ce o ha padecido de hipertensión arterial o de afección del corazón como angina de pecho, , arritmias, stents, embolias, trombosis o várices'	?	0	0	0	0	0	0	0	0	0
¿Padece o ha padecido de afecciones del sistema respiratorio como asma, bronquitis, enfisema, tuberculosis padecimientos de la nariz, cornetes nasales o sinusitis?		s, O	0	0	0	0	0	0	0	0	0
estóm	ece o ha padecido alguna afección del ago, de vesícula biliar, hígado, páncreas, nos, del colon o rectal, o de hernia hiatal?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ece o ha padecido alguna afección de los s, uréteres, vejiga, o próstata?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
o endo	ece o ha padecido de alguna afección metabóli ocrinológica como diabetes mellitus, de tiroide dad, o alteración del colesterol o triglicéridos?		0	0	0	0	0	0	0	0	0
sistem Alzhei parális	ece o ha padecido de alguna afección del la nervioso, como Parkinson, demencia, mer, depresión, ansiedad, esquizofrenia, sis, convulsiones, neurocisticercosis, o alguna ón auditiva o de la vista?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
articula	cce o ha padecido de alguna afección ósea, ar, de la columna vertebral, caderas, rodillas, cas, osteoporosis, fracturas o dislocaciones?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8. ¿Pade tumor?	ce o ha sido diagnosticado con cáncer o algún?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
coagu artritis	ece de alguna afección de la sangre, de la lación, o inmunológica, como púrpura, lupus, reumatoide, enfermedad antifosfolípidos, osis múltiple u otra similar?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C,o alg SIDA (\$	cce o ha sido diagnosticado con hepatitis B, hepatitis juna enfermedad de transmisión sexual como sífilis Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), VPH		0	0	0	0	0	0	0	0	0

						S	olicitar	ntes				
			Tite						Solicit	anto 4		
			Sí	No	Sí	No	Sí	No.	Sí	No	Sí	No.
11 ¿Tiene pr	rogramado algún proced	dimiento médico, o		140			01			110		140
	cticado alguna cirugía?	ammonto modioo, o				0		0	0		0	O
	do algún accidente, hos											
	ad, condición, o cirugía , no señalado anteriorm	`										
	racticado o está bajo al											
	ión de sexo? ¹	9411 11 41411111 415						0	0		0	0
En caso de	respuesta afirmativa a	a la pregunta 13, fa	vor de	resp	onder e	Anex	o 2.					
	sección es exclusivame		s muje	eres:			·	·			1	1
	oido atención médica o c											
_	ección de los ovarios, úto por alteración de la mer											
	de haber tenido embara											
alguna co	mplicación?		0	0	0	0	0	0	0		0	0
16.¿Actualm	ente está embarazada	?	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	afirmativo, indicar mese											
_	ión de sexo refiere a lo	s procedimientos y/	o trata	amient	os, sea	n médio	cos o no	o, que i	modifica	an las c	aracter	ísticas
	e una persona. respuesta afirmativa a	a alguna de las pre	gunta	s del o	cuestio	nario a	nterior.	favor	de esp	ecificar		
Solicitante	Número de pregunta	Enferme								Año de		óstico
Jonettante	Numero de pregunta	Lillerille	dau y	11000	- Calling II		ataiiiiei			Allo de		ostico
											AAAA	
											AAAA	
											AAAA	
											AAAA	
											AAAA	
											AAAA	
											AAAA	
											AAAA	
											AAAA	
											AAAA	
											AAAA	
											AAAA	
											AAAA	
											AAAA	
	se reserva el derecho											
apreciación que, de con	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 original la pérdida de los derechos de los Asegurados.					cia de						

III. Característica	s del Producto	a Contratar					
III.1 Parámetros de C	obertura						
Producto a Contratar:	O Plan Seguro Es	sencial O Plan	Seguro Intermedio				
Suma Asegurada:	UMAM	Deducible:	UMAM	Coaseguro:	%		
Tope Máximo de Coas	eguro¹:	PESOS					
Nivel Hospitalario:		Tabulador	de Honorarios Méd	ico Quirúrgicos:	UMAM		
*UMAM Unidad de Me 1 La contratación de est			10% de Coaseguro pa	ara algunos produc	tos.		
III.2 Coberturas Opcio	onales con Costo						
En caso de desear cor coberturas que correspo III.1 de lo contrario no s otro caso no se otorgara	ondan. Las Cobertura e otorgarán dichas co	as Opcionales con C	Costo deben coincidir	con el producto se	eñalado en la sección		
Cobertura	Plan Seguro Esencial	Plan Seguro Intermedio					
Emergencia en el Extranjero	○50 mil Dólares ○100 mil Dólares	○ 50 mil Dólares ○100 mil Dólares					
Cobertura en el Extranjero²	Osí	Osí					
Eliminación de Deducible por Accidente	Osí	Osí					
Reducción de Coaseguro en Padecimientos de Nariz o Senos Paranasales derivados de un Accidente	Osí	Osí					
Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente (IDHA) ³	○\$500 ○\$1,000 ○\$1,500 ○\$2,000	○\$500 ○\$1,000 ○\$1,500 ○\$2,000					
Cobertura Dental	Dental Básico Incluído	Dental Básico Incluído					
Eliminación de Deducible y Coaseguro por Pago Directo	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE					
Eliminación de Coaseguro por Accidente	NO DISPONIBLE	○ Sí					
Incremento de Suma Asegurada para Cobertura de Parto y Cesárea ⁴	◯17 UMAM ◯21 UMAM	◯17 UMAM ◯21 UMAM					
Otra:							
² El costo de esta Cobe							
dentro de la franja fror		_	-		_		
Tamaulipas (exceptuan	•	*		Quintana Roo, y C	: El resto del país.		
	₃ La Suma Asegurada para esta cobertura está en pesos por día. ⁴Únicamente Solicitantes mujeres.						

Indemnización por C	Cáncer Femenino (IC	CF)¹ (Sólo Solicitantes	mujeres)						
	Solicitante								
Suma Asegurada a contratar	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4				
\$250,000	0	0	0	0	0				
\$300,000	0	0	0	0	0				
\$350,000	0	0	0	0	0				
\$400,000	0	0	0	0	0				
\$450,000	0	0	0	0	0				
\$500,000	0	0	0	0	0				
				atar de: 250 a 350 mil ¡ os para mujeres entre :					
IV. Reconocimie	ento de Antigüe	dad							
año y con periodo(s) a última Póliza vigente	al descubierto menor(y/o Certificado Individ	es) a 30 días naturale ual, así como el recib	s a la fecha de firma o o con el sello de paga	on vigencia ininterrum de la Solicitud; favor de ado, comprobante de p de Seguros pueda otor	anexar copia de la pagos o Constancia				
			Solicitante						
	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4				
Antigüedad	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA				
Compañía									
Número de Póliza									
V. Otros Seguro)S								
Indique si alguno de Accidentes Personale				uro de Gastos Médico	os Mayores, Salud,				
			Solicitante						
	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4				
Gastos Médicos Mayores									
Salud									
Accidentes Personale	es								
Automóviles									
VI. Identificació	n de Personas	Políticamente E	Expuesta						
¿Durante el último añ importante de algún				Ita jerarquía o miembi iente Expuesta²?	OSÍ ONO				
¿Tiene algún parent	esco con alguna de	las figuras mencior	nadas en la pregunta	anterior	Osí Ono				
	-								
² Persona Políticamer un país extranjero c	En caso de haber contestado de manera afirmativa una o ambas preguntas, favor de responder el Anexo 3. ² Persona Políticamente Expuesta, es aquel individuo que desempeña o ha desempeñado funciones públicas, destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, considerando entre otros, a los jefes de estado o de gobierno, líderes políticos, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales o funcionarios o								

miembros importantes de partidos políticos.

VII. Datos	del Agente					
Clave:	J	Correo Electrónic	o:			
	Nombre del Agent	te	_	Firma	a del Agente	
sobre el alcar en la presente siendo la info	Seguros manifiesta bajo p nce real de la cobertura del e Solicitud es expresado po rmación que obra en el pre s documentos con los cuále	seguro y la forma de or el proponente que ll sente documento, tod	conservarla o enó y firmó ei la la que le fu	o darla por termina n su presencia dura e proporcionada. A	da. Así mismo, qu inte la entrevista d dicionalmente, se	ue todo lo vertido correspondiente, e incluyen copias
VIII. Form	a y Frecuencia de F	Pago				
	Póliza que se genere cor Seguro, será realizado co		OAnual	O Semestral	O Trimestral	O Mensual
A través de:	O Tarjeta de Crédito	Tarjeta de Débito H	ISBC, BBVA,	Banamex o Santai	nder O Cuenta	referenciada
En caso de s	eleccionar Tarjeta de Crédi	to o Tarjeta de Débito	o, requisitar e	l Anexo 4.		
los casos de l	ad con la Ley Sobre el Co pago en parcialidades, den mo día del plazo de pago.	tro del término conve	nido, los efec	tos del contrato ces	arán automáticar	mente a las doce

Notas Legales

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

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

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

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

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

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

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 $\begin{array}{l} \text{CDe \~d\~(\~a\'{\{ [A\'_1 c]^{+*} [A\'_1 A\&[\} \bullet ^{\wedge} \} ca[\~a\~{\ }\) c[Aæ\'_1 U]a) AU^{**} \\ \text{I AU EDEEA} ^{*} \triangle EDEEA ^{*} \triangle EDEA ^{*} \triangle EDEEA ^{*} \triangle EDEEA ^{*} \triangle EDEEA ^{*} \triangle EDEEA ^{*} \triangle EDEA ^{*} \triangle EDEEA ^{*} \triangle EDEEA ^{*} \triangle EDEEA ^{*} \triangle EDEEA ^{*} \triangle EDEA ^{*} \triangle EDEEA ^{*} \triangle EDEEA ^{*} \triangle EDEEA ^{*} \triangle EDEEA ^{*} \triangle EDEA$ [à|ã æ&ã]}^•Áā @\'^\&c·ÁæÁæÁÚ5|ãæÁ`^Án\Ár`Á&æ•[Án-Án\{ ãæÆÉ@æëæÁ•[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&æÞÁæå^c||`&ā5}Áå^ÁÚ!ā;æÞÞ [ÁÖ^ç^} *æåæÁ`^Á^•`|(vÁ] | [&^ å^ } c^ Áå^ à^ | 1 Á&` à | ã • ^ ÁæK Þ[{ à |^ Á\$^ | ÁÖ^ • ã |} æå | KÁÁ ÞUT ÓÜÒ Q. ID ÞÚ ÞÚ ŠŠŐÐU ÁÚ CE/ÒÜÞU Á HÁM ÞÚT CE/ÒÜÞU 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 ÓÜÖÇÜDÁÁSEÍÖŠŠÖÖUÁJOEYÖÜÞUÁÁSEÍÖŠŠÖÖUÁT 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€ÁĴÎÌÁÁÍÁFÏ€ÁĴÎÏ

Dirección:ÁÓ|çå ÈÁOTå[|-{ÁÜ ˇ ã ÁÔ[¦ơ₃ ^•ÁH ˙ ŒÊÁV[¦¦^ÁOĐÁÚã [Á ÊÁRæå å ¾ ^•Áå^|ÁÚ^å¦^*æþÉX |çæþ[ÁJà¦^*5} ÈÁÔÈÚÈÆFJ€€ÊÔã åæå Áå^Á T..¢æV ÈÁWWWÄ

Ò}Á\/ÁQ¦æáiÁå^Áæe^} &ā5}Áå^Ár`}^•ÁæÁš`^ç^•Áå^ÂiKH€ÁæÁFÌK€€ÁQ¦æÁÁçã\;}^•Áå^ÂiKH€ÁæÁFÍK€€ÁQ;

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 20 de mayo de 2022, con el número CGEN-H0701-0004-2022/G-01421-001.



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 ^ & ^ & ^ \ ^ \				
C#8(@	\circ	0	Öãnd (A ÁÁU & & () 2 24 ^				
Œ à^• ﴿	\circ	0	Öãnd (ĀĀU &æ (ā) æ (^) & ÆÆK ^ & ^ & ^ & ^ & ^ &				
Ng[kţ	\circ	0	Öãnd (ĀĀU &æ (ā) æ (^) & ÆÆK ^ & ^ o (^) o				
			}cæ&d[Á&[}Áæ‡**}[Áå^Á [•Á[àb^d[•Á[Á(æc^¦ãæ‡^•Á(^}&ā])æå[•È c^{^}c^Á@æ•cæÁHÁç^&^•Á[¦Án^{{æ})æ				
¿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				
Udækí · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	0	0					
¿En qué lugar desempeña su ocup	ación regul	armente?					
ÓÁU-a88āj æÁWWÁÓÁU-a88āj æÁ8[} Áşãa ãaæe Áå	^Á(`]^¦çã(ãō)	E3 •] ^&&&5} Á	∰ ÓÁJà¦æ∰ ∰ ÓÁŠ**æ'^•Ájgà æ¶•∰				
ÓÁUd[ŘÔ•]^8ãã ^^							

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[åæe Á;æe Á;æe Á;*]`^•œe Á`^Á@;Á;[][¦&qi}æåi[Án[}Áç;^ }ā;*`}æásj-{¦{æ&;a5}Á`^Á;`åäN¦æásj-¦`^}&ãæd;Aæáy;æ¢iæ&a5}Á;Áæ& Ò•qî^Áå^Áæ&`^¦å[Á`^Ár•œ^Á;[{æq[ÁsQ]}•œãčālÁjæd;Aå^Á;æf[] @&@;Á;ææ^¦ãæd;As[}[&ãã[Á][¦Á;ãÁ][å¦ðæásjçæþáåæd;Á;ãA]5 ãæás;^Á;^	`]cæ\$ā5}Áså^Án•cæÁ•[a&āčåÉÁÁ a&āčåÁså^Á•^*`¦[ĢDÁáŤ*^ÁæÁ[{ã-ā5}/	
<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}

D (
Datos del Solicitante y/o Asegurado						
Nombre(s): Á	T ÓÜÒÇÙDÁ	ÁWWSEÚÒŠŠ	ÁMMÍDEÚ ÒŠŠOÖU ÁÚCE/ ÒÜÞU Á CEÚ ÒŠŠOÖU ÁT CE/ ÒÜÞU			
Fecha de nacimiento:	GÖÖ	TEDEDE	Número de Póliza:	ÁÓÞÁÔŒÙUÁÖÒÁÔU!	>VŒÜÁÔUÞÁÒŠ	
Tipo de vue	elo	No. Liciencia Fecha de obten			e obtención	
○ Ô[{ ^¦&ã¢/‱∭○ Ú¦	ãçæå[ÖÖÐ	T HORREE	
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 [Áæði{æði[ÉÁæc]	¦Áå^Á∿•1^&ãã&æ	Á&ĭı}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} IA \dot{O}] Af æÆ[| \dot{A} IA \dot{O} I] Af æÆ[| \dot{A} IA \dot{O} III] Af æÆ[| \dot{A} IA \dot{O}

Datos del Solicitante y/o Asegurado								
Nombre(s):	Udiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiiii	T ÓÜÒÇÙDÁ	ÁXXXX DEJÒŠŠO	ŒÜUÁÚŒ/ÒÜÞUÁ		ŒÚÒŠŠŒŰÁTŒVÒÜÞU		
Fecha de nac	cimiento:	ÖÖÐ T	EDEDEDE	Número de Póliza:	ÁÒI	ÞÁÔŒÙUÁÖÒÁÔUÞVŒÜÁÔUÞÁÒŠ		
Marca	ā	Mod	elo	Año de Fabricac	ión	Tamaño de Motor		
No. Licencia						Fecha de obtención		
						ÖÖET T EDEDEDE		
¿En qué cate	goría de	motociclismo par	ticipa?					
ÒĐÁ) à ¡[ĐÁ 5¦ã	R A [¢ &[•	• 🛱 l * ^ àæ 🛱 æth ^ læ Án	^Áĕ¢•Á } Ææ¦ ^ ⊘ ¦a	######################################	^ &[•• Æ `]^ { [(
Favor de indi	icar la na	uraleza de su par	ticipación: C)ÁÚ¦[^• ã } æþÁÁÁÁÓÓ ÁOE	æe^`¦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^& æ Á`^Át åæ Áæ Áæ Á Í*^• Cæ Á`^Á@ Á;] [&ā } æå [Á [] Áç^ åæå^ æ Á Áå^Á; æð [æð Áð Át]] [&ā æð] ç ÉŊ [Á Á`^Á; [Á@ Á; { ææ [Á] } ¾ *] æð Á Áå Á; Á; æð [æð Á Át] &æ æð } Á; Á† æð [æð Át] &æ æð] Át Åæ Æ jā *`}æð - { { ææ Áæ} / Å`^Á; åæ æð Áæ Á; åð ææ Áæ Áæ Á; æð] ææ æð } Át Át • ææ Á [&æ æð] Át ^Á; Åt • æð / Åt ^Á; æð &æ Át / Æð] æð Át Åt * Åt • æð &æ Át / Æð] æð Át * Át								
	Þ[{ 8	a¦^Áa^ ÁÔ[}dææa)c^		Øãi{æÁs^ Á	(أي) d)c^ Ø^&@anÁså^Áå{a		



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: ÓÁãč æ/Á‱) ÁÙ[&ãæ; &ÁA;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;;	
2. Sexo de nacimiento: OÁP[{ à\^Á	ĎÁT ˇ છ\	
Ò}Á&æ•[Áå^Á^•] ˇ^•æÁæã{æãçæÃæç[¦Áå/	cambiar su nombre en el Acta de Nacimiento?ÁÜÓÁĴŎ ^Áၟ႞[][¦&á[}æÁ&[]ãæÁ&^Ár ୦୦୫୦æÁ&^ÁÞæ&ã(ଶି} (fÁæ&c് æþãæå para la reasignación¹ de sexo? ଠିନିĴඊ∰∭ଠିନେ[
Ø^&@a\$a^Aaja&ajAa^ Asaaae(a^}} dj K	ÖÖET T EDEDEDE	
5. ¿Actualmente se encuentra bajo alg Qåã ^^Æ ı K	jún tratamiento para reasignación de sexo? ○ÁĴð∰∭	DÁP[
Ø^&@ada^/aja&aja/aja^ asaja/aja	ÖÖET T EDIEDEDE	
6. ¿Ha sufrido o sufre de depresión o a	ansiedad?Á ○ Ùð∰ÓÆÞ[
7. ¿Ha recibido asesoría psicológica p	ara llevar a cabo la reasignación de sexo?Á ○ ùð∰€) Á Þ[
F ^A ŠæÁn^æ•ā*}æ&ā5}Á&n^Án^¢[Án~ān¦n æÁ[•Á]¦ •^¢`æþn•ÆanÁ;}æÁ]n¦•[}æÈ	[&^åã[ā^}q[•Á-Đ[Ád:æææ{ā^}q[•ÉA^æ)-Á;.åä&[•Á;Á;[ÉA`^Á;	
ÞUT ÓÜÖÇIMÆÍÖŠŠÖU ÁOÐÖÜÞU MEÍÖŠ		ÖÖET T EDEDEDE
Þ[{à¦^Áå^ ÁÔ[}dææ)c^	Øã{ æÁå^ ÁÔ[}dææ;)d^	Ø^&@æÁå^ÁØã{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}^/	Ájæ^} c^∙&[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 d	el Tarjeta	habiente	9						
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	ãã8ædıÁ^}Án `Á&[5}a&[Áå^∙&	ãu (Án) Án Ásaa) æ	ecæå[Áæ)e^¦á[¦	È
Nota									
å^ÁsæblokæáÁ ^•coÁ([{ ^ å^Á``^ÁsæbÁ &æb^&o\!ıÁåd	.[¦Áş^}&ã[ā^} ^}d[Ásĕd[¦ãæa .[Á,¦[][¦&ã[}	ợ ĐÁĮ à[ÁĐ Á ^ Á ÁS[à¦ æ Á å æ Æ ÁJ æ æÁ ^æ Á ÍJ æ æÁ ^æ Á	• Ásaæ[• Ásg c^• Ás A ¢dæçō[Á, Ásæ([Ás^ ÁæÁU¦ā[æÁ -{¦{æ&ā5} 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/	Ánsi}å[•^Á, aja[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>

 $\hat{\Delta}_{\hat{A}} = \hat{A}_{\hat{A}} + \hat{A}_{\hat{A}} +$

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

ÞUT ÓÜÒÇÌDÁÁTEÚÒŠŠÖÖUÁÚOE/ÒÜÞUÁÁTEÚÒŠŠÖÖUÁT CE/ÒÜÞU	
Þ[{ à¦^Ás^ Á/æb 6\cæ@æàan}c^	Øä{ æÁå^ Á/ædd\œ@æà∂\} d^



Anexo 5. Aviso de Privacidad

Ú|æ)ÁÙ^*`¦[ÁÙÈDEÁå^ÁÔÈXÈÉÁÔ[{]æfiðæÁå^ÁŮ^*`¦[•ÉÁ&[}Áå[{ && āḍā[Á^}Á&æ|^ÁÓ[ˇ|^çæbåÁŒā[|-[ÁܡãÁÔ[¦æā^•ÁHĪGŒÉÀ V[¦¦^ @QÊÚãa[Á!ÉÁRæbåã]^•Áå^|ÁÚ^å¦^*æþÉÝ|çæb[ÁUà¦^*5}ÉÉÔÈÚÉÁEFJ€€ÉÁ^}Á|æÁ^}œñaæbáÁå^ÁÔãåææbÁå^ÁT..¢æ&[ÉÁÜ^]gà|æ&æÁ T^¢æ&æa)æÆÁ^Áj[¦œæÁå^Áājæ¹}^oÁy}^oÁwww.planseguro.com.mxÉÁ^•Á^|Á¦^•][}•ææb|^Áå^|Áˇ•[Á^Á]¦[৫^&&æa5}Áå^Á•ੱ•Áåe∮*Á]^¦•[}æk/•ÉÁ^ÁæbÁ^•]^&qÍAþÁaj-f¦{æ{[•Á[Á*ã*ã*}&K

- · 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 v 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:

O 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
CE d[¦aña anà ^•Ánà ^ Án aï d^{anà da}an) & a^\[{^¢a8aa) [Ên à a a8ana d^•Án Ánana { aj aïda ana aga	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.	ÞU
Ú¦^∙æå[¦^∙Áå^Áservicios 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	ÞU
Agentes de seguros, organizaciones, instituciones o entidades del sector asegurador	Para fines de selección de riesgos y prevención de fraude.	ÞU

¿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.

en www.planseguro.com.mx y/o mediante avisos colocados en lugares visibles en las oficinas de Plan Seguro.

Última actualización: 16/03/2021

PUT ÓÜÒÇÌDÄŒÜÒŠŠÖÜUÁĴOŒÖÜÞUÄŒÜÒŠŠÖÜUÁTŒÖÖÜÞU

P[{ àl^Ás^|ÁÔ[}dææ} c^ Ø^&@æs^AØā{ æ