

## Solicitud de Salud Individual

Quiero solicitar el Seguro de Salud Individual de Plan Seguro para mí o para una persona que conozco. Mi información personal es la siguiente:

### I. Datos del Contratante

#### I.1 Datos Generales

☐ Persona Física ☐ Persona Moral

Nombre o Razón Social:

Registro Federal de Contribuyentes (RFC):

Correo Electrónico:  Código Postal:

Calle o Avenida:

Número Exterior:  Número Interior:  Colonia:

Alcaldía o Municipio:  Ciudad o Población:

Entidad Federativa:  Teléfono de Contacto:

**Cláusula de Domicilio:** Yo,  con identificación oficial vigente con fotografía número  y domicilio en  manifiesto que la información proporcionada es verdadera y correcta, y que soy el titular del seguro de salud individual que solicito.

Yo,  con identificación oficial vigente con fotografía número  y domicilio en  manifiesto que la información proporcionada es verdadera y correcta, y que soy el titular del seguro de salud individual que solicito.

#### Identificación Oficial Vigente con Fotografía\*:

Número de Identificación:

**Mexicanos:**  con identificación oficial vigente con fotografía número  y domicilio en  manifiesto que la información proporcionada es verdadera y correcta, y que soy el titular del seguro de salud individual que solicito.

**Extranjeros:**  con identificación oficial vigente con fotografía número  y domicilio en  manifiesto que la información proporcionada es verdadera y correcta, y que soy el titular del seguro de salud individual que solicito.

**Comprobante de Domicilio:**  con identificación oficial vigente con fotografía número  y domicilio en  manifiesto que la información proporcionada es verdadera y correcta, y que soy el titular del seguro de salud individual que solicito.

Espero que esta información sea suficiente para solicitar el seguro de salud individual.

**INE.-**  con identificación oficial vigente con fotografía número  y domicilio en  manifiesto que la información proporcionada es verdadera y correcta, y que soy el titular del seguro de salud individual que solicito.

**INM.-**  con identificación oficial vigente con fotografía número  y domicilio en  manifiesto que la información proporcionada es verdadera y correcta, y que soy el titular del seguro de salud individual que solicito.

## I.2 Exclusivo para Persona Física

<b>País de Nacimiento:</b>	<input type="text"/>	<b>Nacionalidad(es):</b>	<input type="text"/>
<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<input type="text"/>	<b>Sexo:</b>	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino
<b>Clave Única de Registro de Población (CURP):</b>	<input type="text"/>		
<b>Profesión<sup>1</sup>:</b>	<input type="text"/>	<b>Ocupación<sup>2</sup>:</b>	<input type="text"/>

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

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

[illegible]

HÀ UMÙ | ɕ | Á | ɕ | Êã | ɾã | Ê | ɔ | Áã | ^Á | Áã | D | Áã | D | Á | Ô | Ô | æ | ɔ |

	Solicitantes				
	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4
Ù`¢[ K	○Á ÁÁÁÁ○Á	○Á ÁÁÁÁ○Á	○Á ÁÁÁÁ○Á	○Á ÁÁÁÁ○Á	○Á ÁÁÁÁ○Á
ÒãääK					
ÔWÛÜK	FÌ ÄÖ ÖQQUÙ	FÌ ÄÖ ÖQQUÙ	FÌ ÄÖ ÖQQUÙ	FÌ ÄÖ ÖQQUÙ	FÌ ÄÖ ÖQQUÙ
ÜØÔK	FHÄÖ ÖQQUÙ	FHÄÖ ÖQQUÙ	FHÄÖ ÖQQUÙ	FHÄÖ ÖQQUÙ	FHÄÖ ÖQQUÙ
Ú!{ ¤•¤} FK					
U&~ ] æææ} °K					
┘!æ&ææÁ ]!  ¤•¤ } æ{ ^} ¢Á æ* g) Å^][ !¢Ñ¹	○À ÁÁÁÁ○Á[	○À ÁÁÁÁ○Á[	○À ÁÁÁÁ○Á[	○À ÁÁÁÁ○Á[	○À ÁÁÁÁ○Á[
	┘ Ô~   Ñ				
	┘ Ô[ } Á~ ..Á ┘^&~ ^} &æÑ				

[illegible][illegible]

H<sub>0</sub>:  $\bigcup_{\alpha \in A} c_\alpha \models \lambda_1; \&\{ [\langle \dot{\lambda}_1, \&c_{\alpha\beta} \rangle] \vdash \dot{\lambda}_1 \} \text{ as } \dot{\lambda}_1 \wedge \dot{\lambda}_2^* g) \dot{\lambda}_1 \wedge [ :c \dot{\lambda}_1 \dot{\lambda}_2 \dot{\alpha}\dot{\alpha}\dot{\sim} \wedge || \dot{\alpha}\dot{\lambda}_1 | \&c_{\alpha\beta} ] [ : \dot{\lambda}_1 \dot{\alpha}\dot{\sim} \wedge \dot{\lambda}_1 \dot{\lambda}_1 \dot{\alpha}\dot{\sim} \}^* \dot{\alpha}\dot{\lambda}_1^* \dot{\sim} \} \dot{\alpha}\dot{\lambda}_1 \{ \dot{\sim} \} \wedge | \dot{\alpha}\dot{\alpha} ) \dot{\lambda}_1$   
 $[ \dot{\alpha}\dot{\lambda}_1 \wedge \dot{\alpha}\dot{\lambda}_1 \cdot \dot{\lambda}_1 \dot{\alpha}\dot{\sim} | \dot{\alpha}\dot{\lambda}_1 \cdot \dot{\lambda}_1 \dot{\alpha}\dot{\sim} \dot{\alpha}\dot{\lambda}_1 \dot{\lambda}_1 \dot{\lambda}_1 \dot{\alpha}\dot{\sim} \dot{\alpha}\dot{\lambda}_1 \dot{\alpha}\dot{\sim}$

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

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

	Solicitantes			
Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4

## II.2 Datos Médicos (Generales)

	Solicitantes				
	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4
Ú^•[ ÁÇ D					
Ò•æ  æÁ Ç D					
} äâ^Å^Ä æ æ Ô [ ! ] [ : ð Á Ç Ô Ð					
{ Ö ^ } œ & [ } Ä ^ • ~ ^ { æ Å Ä ç æ ~ } æ å ) Ä & { }   ^ ¢ Ñ	○ÀÜÖ×××××ÖÄP[	○ÀÜÖ×××××ÖÄP[	○ÀÜÖ×××××ÖÄP[	○ÀÜÖ×××××ÖÄP[	○ÀÜÖ×××××ÖÄP[

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 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
Vende	0 { æ Á Áæ Á { æ[ Ñ	0À0000À	0À0000À	0À0000À	0À0000À	0À0000À
	Ö•â^Á~.Á[ Ñ	000000	000000	000000	000000	000000
	0^&^} &æ	Öææææ	Öææææ	Öææææ	Öææææ	Öææææ
	Ôæ æææ					
000 0	0*0^•Á Áæ Á*^Á[ Á^àææ Á0 0æ Ñ	0À0000À	0À0000À	0À0000À	0À0000À	0À0000À
	Ö•â^Á~.Á[ Ñ	000000	000000	000000	000000	000000
	0^&^} &æ	Öææææ	Öææææ	Öææææ	Öææææ	Öææææ
	Ôæ æææ					

## II.4 Datos Médicos (Cuestionario)

[illegible]

	Solicitantes									
	Titular		Solicitante 1		Solicitante 2		Solicitante 3		Solicitante 4	
	Ùð	Þ[	Ùð	Þ[	Ùð	Þ[	Ùð	Þ[	Ùð	Þ[
FFÈ Vá } ^Á   [ *   æ æ [ Á * g } Á   [ & ^ á á } á } q Á . . á á [ É • ^ Á á á   á á á á [ Á * ~ } á á á ~ * á á	<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"/>
FGÈ Pá á } á [ Á * g } Á á á á } é É Q • [ á á á á } É ^ } á { ^ á á á [ } á á á } É Á á ~ * á á á & ~ ^ } á [ Á á • c. á á á [ Á ^ á á á [ Á á á á { ^ } é Ñ	<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"/>
FHÈ Ù ^ Á á á   á á á á [ Á Á • á á á Á * g } Á á á á } á } q Á ^ ! á á á } á á } Á ^ Á ^ é Ñ	<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"/>

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

Š á á ~ á } é Á ^ á á } Á • Á á ~ • á á ^ } é Á á á [   á á á é Á ~ á ! • K										
FI È P á á á á [ Á á } á } Á . . á á á Á ~ á g i * á á [ ! á * ~ } á á á á } Á ^ Á • Á á á á • É é ! [ Á á á á [ Á á { á á á Á [ ! Á á á á } Á ^ Á á ^ } • d ~ á á } Ñ	<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"/>
FÍ È Ö } Á á [ Á ^ Á á á ! Á } á [ Á { á á á [ Q É ] ! ^ • ^ } é á * ~ } á { }   á á á } Ñ	<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"/>
FÍ È Ö é á ^ } é Á • á Á { á á á á á á Ö } Á á [ Á á { á á [ É á á á Á ^ • ^ • Á ^ Á ^ • á á }	<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"/>
F Á ^ á á } á á } Á ^ Á ^ é Á ^ á ! á á [ Á   [ & ^ á á } á } q • Á á á á á á } á } q • É ^ á Á . . á á • Á Á [ É ~ Á [ á á á } á á á á • á á á • Á Á } á á ! • [ } á										

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
			0000
			0000
			0000
			0000
			0000
			0000
			0000
			0000
			0000
			0000
			0000
			0000
			0000
			0000
			0000

Ú | á Á ^ ~ | [ Á ^ Á • ^ | á á | Á ^ Á [ á á á { ! { á á } á á á } á á | Á á á á } á } q Á ^ á á [ É

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 Salud Más
 ☐ Plan Avanzado
 ☐ Plan Óptimo
 ☐ Plan Integral
 ☐ Otro Especifique: \_\_\_\_\_

**Suma Asegurada:** \_\_\_\_\_
 **Deducible:** 
**Coaseguro:**  %

**Tope Máximo de Coaseguro<sup>1</sup>:**

**Nivel Hospitalario:** \_\_\_\_\_
 **Tabulador de Honorarios Médico Quirúrgicos:**

**\*UMAM.-** Unidad de Medida y Actualización Mensual.

<sup>1</sup> 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 Salud Más	Plan Avanzado	Plan Óptimo	Plan 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	AMPARADA
Cobertura en el Extranjero <sup>2</sup>	<input type="radio"/> Sí	<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 Parasales derivados de un Accidente	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí
Eliminación de Deducible por Accidente <sup>3</sup>	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	NO DISPONIBLE
Eliminación de Coaseguro por Accidente	NO DISPONIBLE	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE
Asistencia Dental	<input type="radio"/> Dental + <input type="radio"/> Dental Total	NO DISPONIBLE	<input type="radio"/> Dental + <input type="radio"/> Dental Total	<input type="radio"/> Dental + <input type="radio"/> Dental Total	Dental Total Incluido
Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente (IDHA) <sup>4</sup>	<input type="radio"/> \$500 <input type="radio"/> \$1,000 <input type="radio"/> \$1,500 <input type="radio"/> \$2,000	<input type="radio"/> \$500 <input type="radio"/> \$1,000 <input type="radio"/> \$1,500 <input type="radio"/> \$2,000	<input type="radio"/> \$500 <input type="radio"/> \$1,000 <input type="radio"/> \$1,500 <input type="radio"/> \$2,000	<input type="radio"/> \$500 <input type="radio"/> \$1,000 <input type="radio"/> \$1,500 <input type="radio"/> \$2,000	<input type="radio"/> \$500 <input type="radio"/> \$1,000 <input type="radio"/> \$1,500 <input type="radio"/> \$2,000
Control Embarazo <sup>5</sup>	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE	<input type="radio"/> Sí
Incremento de Suma Asegurada para Cobertura de Parto y Cesárea <sup>6</sup>	<input type="radio"/> 20 UMAM <input type="radio"/> 25 UMAM	<input type="radio"/> 20 UMAM <input type="radio"/> 25 UMAM	<input type="radio"/> 20 UMAM <input type="radio"/> 25 UMAM	<input type="radio"/> 20 UMAM <input type="radio"/> 25 UMAM	<input type="radio"/> 25 UMAM <input type="radio"/> 30 UMAM

Otra: \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> 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.

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

<sup>4</sup> La Suma Asegurada para esta cobertura está en pesos por día.

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

<sup>6</sup> Únicamente mujeres

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](http://www.planseguro.com.mx)

6/10



	Solicitante				
Suma Asegurada a contratar	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4
0 € - 100 €	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
100 € - 200 €	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
200 € - 300 €	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
300 € - 400 €	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
400 € - 500 €	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
500 € - 600 €	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### IV. Reconocimiento de Antigüedad

UaA^ ^A^ aeU5jaaeA^Oae d .A^ .aaA .A^ ae [ ^ .A^ UaA^ aA^ .A^ .aaA A^ d aeO [ ] aeaaA } AaA^ } &aaA a e [ ] aeaaA d a [ AaA^ ] /  
ae [ AaA^ ] A^ ^a a [ Q DaA^ .& aaA d A^ ^ [ Q .DaA^ AaA^ A^ ae [a^ .AaA^ & OaA^ AaA^ .aaA AaA^ [ ] aeA^ AaA^ ^ aeA^ / aeA^ AaA^  
g d aeU5jaaeA^ ^ eA^ A^ O^ aeaaA [ QaA^ aeA^ OaA^ { [ A^ A^ &A^ A^ ] A^ A^ || AaA^ ae aa [ AaA^ [ ] | aeA^ eA^ A^ ae [ .A^ A^ ] .ae &aa  
aA^ OaA^ d ^ aaA AaA^ AaA^ { ] aeaaA eA^ A^ A^ aeA^ ^ A^ ae A^ ^\* | A^ OaA^ A^ OaA^ { ] aeaaA A^ ^\* | .A^ ^ aaA d | \* aeA^ OaA^ A^ ^ aeA^

## V. Otros Seguros

Qāã ~ ^Á áã ~ } [ Á^Á | •Á | áã c •Á^ ^ } áã áã áã ( ^ ) c Áã } Áã ~ } áÚ5|ã áã^Á^\* ~ | Á^Á^Áã d •Á .ãã | Á áã | Á áã | Á^Áã ~ áã  
 ÖBã^ ) c •Á^ | • } áã • Á Á d { 5cÁ • ÉÖ } Áã | Áã { áã [ Éã áã ÁÖ { } ] áã áã

## VI. Identificación de Personas Políticamente Expuesta

¿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?<sup>2</sup> ☐ Sí ☒ No ☐ A.P.

¿Tiene algún parentesco con alguna de las figuras mencionadas en la pregunta anterior ☐ Sí ☒ No ☐ A.P.

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

¿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[ ʌæ&æææ ʌ] ʌ•æææ] •æ~ʌA[ ʌæ ʌ&ʌ] ʌ•æ[ { | ʌq •ʌA[ææ ʌAʌA  
 &] •æ|æ~ʌAæçʌ] ʌææææ ʌæææ ʌAæ•[ ʌ~ʌAʌæ~ʌæ[ { [ ʌæbq ʌAʌA] dææ ʌAʌA~ʌ[ ʌ| ] ʌ•q ʌæ&[ ʌæ] æ| ʌ  
 ç|ææAæA[ ʌææææ] ʌ• æAææ æ~ʌA[ & ʌ] q ʌAʌææ] æ[ &[ ʌæA[ ʌæA ʌO~ʌ•q] ææ ʌAʌA] dææ ʌ| ] ʌ•q ʌæææ  
 &[ { ʌæ æ~ʌA[ ʌæA~ʌAʌæææ ʌAʌA] dææ ʌAʌA~ʌ[ ʌ[ dæææ ʌæ~ʌAʌA&æ ʌ[ ʌææ ææææææ ʌAʌA ʌ] ʌA  
 U[ { [ q ʌAʌ~ʌ[ ʌ[ ʌA] dæææ ʌææ ʌA~ʌA[ ʌææææææ ʌA~ʌAʌæææ ʌA] dæææ ʌAææææææ ʌAʌA ʌ] ʌA  
 U[ { [ q ʌAʌ~ʌ[ ʌ[ ʌA] dæææ ʌææ ʌA~ʌA[ ʌææææææ ʌA~ʌAʌæææ ʌA] dæææ ʌAææææææ ʌAʌA ʌ] ʌA

[illegible]

Ö: Áæ [ ÁáÁæ] áðá a) d Áæ/ÁÖ } d ææ c ÁÖ } Áæ [ ÁáÁáÁ á·[ ] æÁ æææææÁç [ 1 ææ] ÁáÁÁ: á æá [ ÁÖç^} \* ææÁ~ ÁÁ· |cÁ  
[ [ æáá] c Áæàá: Á æáá·ÁæK

[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 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](http://www.planseguro.com.mx)

[illegible]

ٲUT 0ÜÖÇDÄEÜÖŠŠÖUÁŦEÖÜٲUÄEÜÖŠŠÖUÁŦEÖÜٲU

⌈ { à!^Á°^|ÁÔ⌋ } d æ æ c^

Øā{ æÁ^|ÁÔ[ } dææ c^

ÖÖET T ÆÆÆÆÆ

O} cãæåÁ^ å^! ææææ

ø^&@æá^Áõ{ æ

**Teléfonos:** 900 10 10 10 / 900 10 10 10

[illegible]

**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 26 de abril de 2021, con el número CGEN-H0701-0007-2021/G-00100-07.

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

Marque si utiliza alguno de los siguientes objetos o materiales:			
Objeto o Material	Üð	Þ[	Frecuencia*
OE{ æá^Á^ ^*[	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Öæðä ÄÄU&æä } æ{ ^} ðÄÖ^&^ } ð{ ^} ð
T æ~ ä æäÄ Ö.] ^&ä~ ^KÄ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Öæðä ÄÄU&æä } æ{ ^} ðÄÖ^&^ } ð{ ^} ð
P^! æ ä } æ Ä . &d äæ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Öæðä ÄÄU&æä } æ{ ^} ðÄÖ^&^ } ð{ ^} ð
Öæ[  ä æ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Öæðä ÄÄU&æä } æ{ ^} ðÄÖ^&^ } ð{ ^} ð
7&ä[ •	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Öæðä ÄÄU&æä } æ{ ^} ðÄÖ^&^ } ð{ ^} ð
OE^	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Öæðä ÄÄU&æä } æ{ ^} ðÄÖ^&^ } ð{ ^} ð
OE& @	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Öæðä ÄÄU&æä } æ{ ^} ðÄÖ^&^ } ð{ ^} ð
OE à^•ð	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Öæðä ÄÄU&æä } æ{ ^} ðÄÖ^&^ } ð{ ^} ð
Ud[ KÄ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Öæðä ÄÄU&æä } æ{ ^} ðÄÖ^&^ } ð{ ^} ð
E Ø^&^ } &æÄ ä äæÄ  Ä g{ ^  Ä^Ä^&^•Ä~ ^Ä^Ä^•ä Ä^ Ä&{ } æ&ð Ä&{ } Äæ~ } [ Ä^Ä  •Ä äðð •Ä Ä æ^!æ^•Ä ^ } &ä } æä[ •É U&æä } æ{ ^} ðÄ^ä ^Äææä } æ^: ÄäæÄ{ æ æÄÖ^&^ } ð{ ^} ðÄææÄ^•Ä[  Ä^ { æ æ			
¿Realiza alguna de las actividades siguientes?			
Actividad	Üð	Þ[	Especifique
Viaææ^•ä^Ä } æ&ç  æ&{ } •ä^!æ^	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	OEç  æÄ   çä æÄ { •
Šçææ äðð •Ä^•æä[ •	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ú^•[ Ä   çä [ KÄ ~~~~~\*
Ô[ ] ä~ &^	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	OE ç{ 5çäÄ [ ç &ä ææ
UdæÄ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
¿En qué lugar desempeña su ocupación regularmente?			
<input type="radio"/> Ä-äæ æææ <input type="radio"/> Ä-äæ æ&{ } Ä äæ Ä^Ä~ ] ^!çä ä ] ä.] ^&ä) ææ <input type="radio"/> Ä!ææ æææ <input type="radio"/> Š~* æ^•Ä gä æ •ÄÄ <input type="radio"/> Äç[ ÖÖ.] ^&ä~ ^			

Detalle las actividades que realiza:

Ú|æ Å^\*~| [ Á^Á^•^!çæÁ|Á^!^&@ Á^Á^~^!ã& æ~ ã!Á| { ææ} Áæã& } æË

Declaración

Ö^&æ[ Á^~^Á| åæ Áæ Á^•] ^•æ Á^~^Á@Á| [ ] [!& } æ[ Á| } Á^!åæ^!æ Á^Á^Á| æ| æÁ| } [ & æ ã} ç È| [!Á| Á^~^Á| Á@Á| { ææ[ Á| } æ\*~} æ| { ææ} Á^~^Á^ åæ!æ| ^~^} &æÁæÁçæ ææ} Á| Áæ^] ææ} Á^Á^•æÁ| ææ åËÁ  
Ö•ç ^Á^Áæ~^!å[ Á^~^Á^•çÁ| { æ| Á| } •æ ã! Á æçÁ^Á^ æ| ææ åÁ^Á^\*~| ÇDÁ Á^~^Áæ| { ææ} Á^Á| [ ] [!& } æ& æ~ ã!Á  
@&@ Á æ!æÁ| } [ ææ[ Á|!Á æ| å!æ çæææÁ æ| 5|ã æÁ^Á^\*~| ÇÈ

PUT ÖÜÇDÆÖÖŠÖUÁÖ/ÖÜPUÆÖÖŠÖUÁ Ö/ÖÜPU	ÖÖET T ÖÖÖÖÖ	
P[ { à!^Á^ Á  } dææ ç	Öæ{ æÁ^ Á  } dææ ç	Ö^&æÁ^Á  a

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](http://www.planseguro.com.mx)



## Anexo 1. Cuestionario ocupacional “Motociclismo”

Este cuestionario tiene como finalidad recopilar información sobre su participación en actividades de motociclismo, para evaluar el riesgo asociado a la contratación de un seguro de vida.

Datos del Solicitante y/o Asegurado			
Nombre(s):			
Fecha de nacimiento:		Número de Póliza:	
Marca	Modelo	Año de Fabricación	Tamaño de Motor
No. Licencia			Fecha de obtención
¿En qué categoría de motociclismo participa?			
Favor de indicar la naturaleza de su participación:			
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.			
Declaración			
<p>Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros, con domicilio en calle Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso 4, Colonia Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01900, en la Ciudad de México, México; utilizará sus datos personales recabados para: Identificación del Titular; para la evaluación de su Solicitud de Seguro y selección de riesgos y, en su caso emisión de la Póliza de Seguro; trámite de sus solicitudes de pago de siniestros; administración; mantenimiento y renovación de la Póliza de Seguro; prevención de fraude y operaciones ilícitas; para información estadística; así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el contrato de seguro, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad vigente y aplicable; crear y administrar su perfil de usuario en nuestros servicios en línea; compartir y recabar información, así como gestionar con terceros proveedores de servicios de salud todo lo relacionado con las coberturas contenidas en su contrato de seguro; Integración y actualización del expediente de identificación del cliente, así como presentación de reportes a las autoridades competentes en términos de las disposiciones para prevenir el lavado de dinero y financiamiento al terrorismo; para dar cumplimiento a las obligaciones contraídas con usted; con fines estadísticos grupales, individuales, y para la creación de campañas preventivas de Salud; mercadotecnia, publicidad y prospección comercial. Para conocer mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, puede consultar el aviso de privacidad integral en <a href="http://www.planseguro.com.mx">www.planseguro.com.mx</a></p>			
Firma del Solicitante		Firma del Asegurado	

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](http://www.planseguro.com.mx)



0. ca[ |æ̃ ã^à^| |Á^|Á^} aaÁ) Á~ Á caāaa[ |Á|Ō| } caa c̃E[ } Á) aa[ |aa caÁÁ[ Á^à^| |Á^|Á^} Áa cã |æ ÁÁ} { ^} aã |æ E

**1. Indicar Solicitante:** ☐ A[ ] ☒ B[ ] ☐ C[ ] ☐ D[ ] ☐ E[ ] ☐ F[ ]

**2. Sexo de nacimiento:** ☐ M[ ] ☒ F[ ]

**3. ¿Ha realizado trámites legales para cambiar su nombre en el Acta de Nacimiento?** ☒ Sí ☐ No

**4. ¿Ha iniciado con algún tratamiento para la reasignación<sup>1</sup> de sexo?** ☐ Sí ☒ No

**5. Actualmente se encuentra bajo algún tratamiento para reasignación de sexo?** ☐ Sí ☒ No

**6. ¿Ha sufrido o sufre de depresión o ansiedad?** ☐ Sí ☒ No

**7. ¿Ha recibido asesoría psicológica para llevar a cabo la reasignación de sexo?** ☐ Sí ☒ No

**8. ¿Se someterá a alguna cirugía de modificación de órganos genitales externos y/o internos en los próximos doce meses?** ☐ Sí ☒ No

1. El presente cuestionario no pretende sustituir la valoración clínica ni el consentimiento informado. La información proporcionada por el paciente será utilizada exclusivamente para fines de investigación.

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](http://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 Á[ æææ Á} Á Á || ^[ Á ^ & d5) æ Á Á • & æ Á} Á Áæ æææ[ Áæ æ! á! È

## Nota

[illegible][illegible][illegible]

Ò/Àèbæèèà} ¸Á•d Á^Áæ^ìà[ & ] Á[ •Á& ] àæà } ^•Á^Á^Á•æ|& } Á } Á•¸ææ æÁ^& à[ Á^Á]á æèì{ æ à[ Á  
à^& ] } { } ææèÈ

Ò) Áæ d Áæ& { } æèèÁ } d^\*^Á^& { } | àæ ¸Á^Áæ\* [ Á^Á æ^ìæ } ~ } 8ææææ æ Á[ Áæ ææææÁ/Á•æè[ Á^& ^ } æèÁæè[ È  
+ |á Á Á g{ ^| Á^Áææææ } Èèèè } Á|^àæè| } æÁ^Áæ\* [ Èææ •^ì^ } 8æèÈ Á^ ] 5•æ È

Ö^& } { } { } ææè& } ÁæèÁ^ Á[ à^Á/Á[ ] dæè Á^Á^\*~ì[ Èææ[ Á@àæ•^Áæ[ Áæ æææææ]á æè ÁæÁæææ } & ||^• ] [ ] àæ } ¸È } Á  
|| •&æ[ •Á^Áæ[ Á } Áæææææ^• Èè^ } d[ Á^Á& ] { } á[ & ] ¸^ } æ[ È[ •Á^& d[ Á^Á& ] dæè Á^•æè } Áæ d { } ææè ^ } ¸Áææ Á[ &^Á  
@ìæ Á^Á]á[ ÁæèÁ^Á]æ[ Á^Áæ[ ÈÖ } Áæ[ Á^Á^Á[ Á^Áæææ ] ¸^ } æ[ Á^Á& ] { } á[ È^Áæ|æèè Á } Á]æ[ Á^Á^á æèèè Á  
} æèæ^•Áæ^æ } ¸•ÁæèÁ&æèÁ^Á^ Á^ } 8æ æ } d È

**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.mx](http://www.planseguro.com.mx)

PUT ÓÜÖÜÁÆJÖŠŠÖUÁÇÖÜPÜÁÆJÖŠŠÖUÁ ÇÖÜPÜ

P[ { àì^Á^Á/Àèbæèèà } ¸

Öè{ æè^Á/Àèbæèèà } ¸

## Anexo 5. Aviso de Privacidad

Únase a Plan Seguro y obtenga todos los beneficios que ofrece. Para ello, deberá proporcionar sus datos personales, los cuales serán utilizados para los fines que se describen en este Aviso de Privacidad. La información que usted proporciona será tratada de acuerdo con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y la Ley sobre el Contrato de Seguro.

### 1. ¿Para qué fines utilizaremos sus datos personales?

Los datos personales que usted proporciona serán utilizados para los siguientes fines:

- 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
CE de la Secretaría de Salud y el IMSS para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de las leyes y tratados internacionales como Institución de Seguros, obligaciones tributarias, así como para el cumplimiento de notificaciones o requerimientos oficiales.	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.	PU
Últimos proveedores 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	PU
Agentes de seguros, organizaciones, instituciones o entidades del sector asegurador	Para fines de selección de riesgos y prevención de fraude.	PU

**¿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](http://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](mailto: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](http://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](http://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:

- ### ¿Cómo puede conocer los cambios en este aviso de privacidad?

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](http://www.planseguro.com.mx) y/o mediante avisos colocados en lugares visibles en las oficinas de Plan Seguro.

ƧUT ÓÜÒÇÜÄŒÉÜÖŠŠÖU ÁŒ/ÖÜƧUÄŒÉÜÖŠŠÖU ÁŒ/ÖÜƧU

$P(\{a^i \wedge \bar{a}^j \mid i \neq j\}) = 1$

$$\partial \bar{\alpha} \{ \alpha \wedge | \hat{A} [ \} \} \in \alpha \alpha \alpha \alpha \alpha \alpha$$

ÖÖET T

ø^&@æá^Áö{ æ