

Solicitud de Salud Individual

 $\grave{O} \circ (aaA) = (aaA) \circ (aA) \circ (aA)$

I. Datos del Contrata	nte						
I.1 Datos Generales							
○ Persona Física ○ Pe	ersona Moral						
Nombre o Razón Social:	ÀQÚQÓÜÒ TU ﴿ÀWWW}	ŒÚÒŠŠŒŰ ÁÚŒVÒÜÞU	Á ŒÚÒŠŠ	ØUÁT ŒVÒÜÞU			
Registro Federal de Contril	ouyentes (RFC):						
Correo Electrónico:			Código Postal	:			
Calle o Avenida:							
Número Exterior:	Número Interior:	Colonia:					
Alcaldía o Municipio:		Ciudad o Població	on:				
Entidad Federativa:	Teléfono de Co	ntacto: F€ÄÖ Õ	QVUÙ QÁÚ æ	3 3° abÁÓÁU-336) æÁÓÁÔ^ ° ab			
Cláusula de Domicilio:ÁÔæåæÁ}[Áå^Á[•ÁÙ[æðææ}৫°•Á^&[}[&^\\ Á&[{ [Áå[{ að þájā Á æð þáð Á^&æðað Á, [æðæðað }^•Ê^ Á*^fiæþæð [Æ][Á* ÁD[}dæææ)¢°Éåææææ)å[Á*^Á[•Á&[{ *}***********************************							
	Á,¦[][¦&a[}æå[•Á,[¦Á^ ÁÔ[}dæææ)						
Identificación Oficial Vigen	te con Fotografía*:						
Número de Identificación:							
Mexicanos:ÁÓÁÔ¦^å^} &ãæþÁ; æÞæÁş[œÞÁr¢]^åããæÁ;[¦ÁrþÁðÞÒÁÁÁÞÀÚæÞæ][¦৫^Ár¢]^åãã[Á;[¦ÁæÁÜÜÒÁÁÁÓåˇ æÁÚ¦[△◆¶}}æÞÁ ^¢]^åããæÁ;[¦ÁæÁÜÒÚ							
Extranjeros:ÁÔÁ2[¦{æÁT ã ¦æ∉[¦ãæÁÇ2È ÈCÁ∖Á2ÒÈ ÈHDÁ∖Á/æbb/cæÁs^ÁÜ^•ãs^}c^Ár¢]^åããæÁ;[¦Á∾ ÁQeT							
Comprobante de Domicilio¹: ÁÁÚ^8aã [Ás^ÁŠ*: ÁÁÁÚ^8aã [Ás^ÁČ* aÁÁÁČ* aÁÁÁÍ ásã [Ás^ÁÚ ^åãa‡ÁÁÁÍ ÁÚ^8ãa [Ás^ÁÁ^ {} } [Ásš[8æ‡ÁÁÁ 5;4D							
ÓÁÜ^&ãā[Ás^ÁÕæ•ÁÞæc覿þÁWÁÓÁJd[ÈÓ•]^&ãã~~K							
EŠæn Án ář æn Á/^-án\/^} Áse INEÁQ,• cáč c[ÁÞæsáð[} æþÁÒ ^^ INMÁQ,• cáč c[ÁÞæsáð[} æþÁs/ÁT	&q¦æþÉÁ SRE ÁÙ^&¦^ædðæÁå^ÁÜ^ ðľ¦æ&ãō}È	æ&a[}^•ÁÒ¢c^¦ā[¦^•ÊÁ	SEPÁÙ^&¦^ædðæ	Áå^ÁÒå~8æ8æ5}ÁÚgà æ64^			
 FÁÖ^à^Ác^} ^¦Ása) cãt >^åæåÁ,[Á;	æî[¦ÁæÁrÁ(^•^•È						

I.2 Exclusivo p	ara Persona Física							
País de Nacimie	nto:		Nacionalidad(es):					
Fecha de Nacin	imiento: ÖÖET TEXEREE ÄÄÄÄSexo: OÁT * bº\ ÄÄÄÖÁP[{ à '^							
Clave Única de F	Registro de Población	(CURP):						
Profesión¹:			Ocupación²:					
Si su lugar de r	esidencia es distinto	a su domicilio fisc	al, indicar					
Entidad Federativa de Residencia: Ciudad de Residencia:								
FÁÚ![-^•ā5}Á^-ā^!^ æÁæ Áæ&æíçãa æå^•Áˇ^Á^æáãæÁ}æÁ,^!•[}æÁÁ;ækæÁæéÁˇ^Á^ˇã^!^Á}Áòòˇ [Áæçæþæå[Á;[¦Áæ‡ˇ}æÁQ•œãč&ã5}/ å^ÁÒåˇ&æ&ã5}È G¹U&ˇ]æ&ā5}Á^-ā^!^ æþÁtæàæbæb[É�{] ^[ÁÁ;-ā&ā; ˘`^Áà^•^{]^fiæÉÖÖ^à^Á•]^&ãã&æó•^ æÁæ&æíçãa æåÁæÁæÁˇ^Á^Ásåa&æÉÆÞUÁsjåā&æb/ æÁ;æÞæà!æÁkòTÚŠÒOÆÖU+È								
I.3 Exclusivo p	ara Persona Moral							
Giro Mercantil u	Objeto Social:							
Nombre del Adn	ninistrador, Director G	General o Apoderado	Legal: ÁPUT ÓÜÒÇÜZ	ÁFÍÒŠŠÖÜUÁJOFÖÜÞUÁS	TEÚÒŠŠÖÜUÁT OTVÒÜÞU			
País de Nacimie	ento:		Nacionalidad(es):					
Fecha de Nacin	Fecha de Nacimiento: ÖÖÐ T ÐÆÐÆÆ ÁMÁSexo: ÁÐÁT ÞÁÁMÓÆ [{àk^							
Folio Mercantil:			Número de Escritur	a:				
Número de Pod	er Notarial:		Fecha de Constitud	ción: ÖÖE	T T FORDEDE			
II. Datos de	los Solicitantes							
II.1 Datos Gene	erales							
T	e será el Titular de la l [}å^¦Áæã{ æãçæ{ ^} ৫^		ona Física) ÓÁÙð∰∰ æÁ&[¦¦^•][}åã^}৫^Áæ‡Vãō					
			Solicitantes					
	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4			
Þ[{ à¦^ @ DK								
OF_^ ãa[Á Úæe^\}][K								
O [^ ãa [Á Tæe^¦}[K								
Úæ4^} ♂.•&[Á &[}Á^ Á/ãč æ∔K	Titular							
Þæ&aj} æjañæå. Ø• D•								
Ò•cæå[ÁÔãçã†K			Oáj <i>á</i>					
Ø^&@æÁs^Á Þæ&ã(ã/){K	ÖÖÐ T ÐÐÐÐÐ	ÖÖÐ T ÐÐÐÐÐ	ÖÖET TEDEDEDE	ÖÖET T EDEDEDE	ÖÖET TEDEDEDE			
H#ÙMÁÙFI¢^¦FÁGFTI¢	?^¦[ÊÉåãō[¦&ãæå;ÊÁ\}ã5}∧	Ánãa¦∧Á:ÐDÁcãa¦DÁNÁÔN	MÔæ æå[

		Soli	citantes		
	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4
Ù^¢[K	OÁT ÁWWÓÁP	OÁT ÁMMÓÁP	ÓÁT Á‱ÓÁP	OÁT ÁMMÁOÁP	OÁT ÁMMÓÁP
ÒåæåK					
ÔWÜÚK	FÌ ÁÖ ÕŒUÙ	FÌ ÆÖ ÕŒUÙ	FÌ ÆÖ ÕŒUÙ	FÌ ÆÖ ÕŒUÙ	FÌ ÁÖ ÕŒUÙ
ÜØÔK	FHÁÖ ŐŒUÙ	FHÍÖ ÕŒUÙ	FHÍÖ ÕŒUÙ	FHÍÖ ÕŒUÙ	FHÁÖ ŐQYUÙ
Ú¦[-^•ā5} FK					
U&~i]aa&a5}°K					
ုပ်¦æ ၖ အေဆော်A]¦[∽•ရုံ}æ∜ု ^}ဇ⁄ æ†*g}Áၖး^][¦ဇဴÑု	Á ÓÁWWÓÁÞ[ÓÁÙÖ∰ÓÁÞ[ÓÁÙÖ∰ÓÁÞ[ÓÁÙĞ‱ÓÁÞ[ÓÁÙð‱ÓÆ[
ر Ô` ı Ñ					
ͺÔ[}ÁˇÁ -¦^&ˇ^}&ãæθÑ					
FÁÍ![△• 35} Á∧ -31!/	^ Án Áæ, Án & Cãi ãi æi ^ • Á ` ^	\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	Á adada Á × AÁ ∧ × a A¦∧	Á } Áddči [Ásecætæ á [Á [¦ Á	ad*`}æÁΩ•αã;&ã5}Áå∧/

ĪĀܦ[-^•ā5}Á^-ā^¦^Áad}æ•Áas&aãçããæå^•Á`^Á^æþãæÁ}æ∯,^¦•[æÁÀjæbæAæ•Á`^Á^``ā^¦^Á}Aòòč|[Áaçæbæå[Aj[¦Áa¢*`}æAQ•oãč&ā5}Aå^Á - Òå`&æSā5}È

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)

åægfÁ [Á ÞÁ à lấtægf lát ÞÁ

			Solicitantes		
	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4
Ú^•[ÁÇ* D					
Ò•cae覿ÁÇ;D					
} å 380^ Ása^ ÁT æ æ Ô[¦] [¦ æ þ Á ÇQT ÔD					
Ĉ^}cæk\${ }Á ^•~~^{æk\$A^Á çæ&*}æ&a5}Á &[{] ^d[Ñ	ÓÁÙð‱ÓÆÞ[ÓÁÙð‱ÓÁÞ[ÓÁÙð‱ÓÁÞ[ÓÁÙð‱ÓÆÞ[ÓÁJð‱ÓÆÞ[

'ÁÒ|Á} å ã&^Áa^ÁT æ•æÁÔ[¦][¦æÁ•Á^Áa`àœã}^Áå^ÁåãçããããÁv|Á¸^•[ÁQ}Áāq[*¦æ{[•DÁr}d^Ár|Á&`æå¦æå[Áå^ÁæÁr•œæč¦æÁQ}Á;^d[•DĚÒ•¢^Á

GÁU&`]æ\$a5}Á^-a^¦^ æþÁtæàæt ÉÁ^{]|^[ÁtÁtæ8at; ``^Átó^•^{]^fiætÉÖ^à^Ár•]^8aatæ÷^ |æÁæ8atjatæÁtöðaæÁtŏ^Átó^Átó^åtóatæÆt |æÁ;ææàkàTÚŠÒOEÖU+È

II.3 Date	os Médicos (Hábitos)										
						Solici	tantes				
		Titu	ılar	Solicit	tante 1	Solicit	ante 2	Solicit	tante 3	Solicit	ante 4
_Ø { æ ÁγÁ@æ Á ૅ { æå[Ñ (OÁÙðÁ	(OÁÞ[OÁÙðÁ	ÁOÁÞ[OÁÙðÁ	ÁOÁÞ[() (Aùðá	ÁOÁÞ[OÁÙðÁ	ÁOÁÞ[
\ (、Ö^•å^Á˘Áædi[Ñ	OEO!	DIOE	Œ	EDEDE .	Œ	ÐÐE	Œ	EDEDE .	Œ	ODE
Væàæ&[Ø1^&`^} &ãe	Öã	d ãæ	Öã	ææ	Öã	ææ	Öã	ætæe	Öã	d ãe
	Ôæ) Œãæã										
	[Q*a^\^•Á;Á@eÁ;*^¦ãa[Ás^àãaæÁseAseÑ	ÓÁÙðÁ	ÁDÁÞ[OÁ)JðÁ	ÁÓÁÞ[OÁÙðÁ		OÁÙðÁ	ÁÓÁÞ[OÁÙðÁ	ÁOÁÞ[
Ottol Wil	ͺÖ^•å^ÁˇÁadi[Ñ	OEO!	DEDE	OEO	EDEDE .	Œ	ÐÐE	Œ	EDEDE	Œ	ODE
O#&(@)	Ø!^&`^} &ãee	Öã	d ãe	Öã	ed ãc e	Öã	ææ	Öã	ætæ	Öã	d ãe
	Ôæ) Œãæå										
II.4 Date	os Médicos (Cuestionario)										
Tæl&ælÁ	84 }Á`}æÁÝÁ•ãÁ•^Á]anaå^&^Á[Á@eáA]anaå^&ã.	ΓÁ				Solic	citante	s			
æ‡**}æÁ	å^Á æ Á æ^&&a[}^•Á ~ ^Á • ^Á ^} } &aæ) Á	- /	tular	Solici	tante 1	Solicit	tante 2	Solicit	tante 3	Solicit	ante 4
&[}cāj~a		Ùð	Þ[Ùð	Þ[Ùð	Þ[Ùð	Þ[Ùð	Þ[
æ‡**}æ	&^ÁpÁ@aÁpæå^&aã^&ãã[Ás^ÁQāp^¦&^}•ā5}Ásdo^¦ãadyÁpÁs^^ Áse^&&ã5}Ás^ Ás[¦æ5}ÁS[{[Ásp*ājæÁs^Áp^&@ê Éásd¦ã{ãæēÉáv}o°}o°Éá{à[ãæeÉás[{à[•ãaÁpÁp;¦ä&^•]	, O	0	0	0	0	0	0	0	0	0
¦^•] ãæ	8^ÁpÁ@eaÁpanà^8aãi[Ás^Áne^88ái}}^•Ás^ Ánãr⊄{æ e‡¦ápÁs[{[Áne{anÉa}¦[}ઁãnãEA}-ãn{anÉačà^¦8či[•ã ápā}ç•Ás^ÁpaÁpaÁpaáāE8[¦}^⊄•Ápæad^•ÁpÁãjč•ãnãñÑ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
^• c5{ :	8^Á;Á@æÁ;æå^8æã[Áæ;**}æáse^88æ5}Áå^ æ*[Éås^Á;^•@8; æásäjæð£Æ@*æå[ÉÁ;1}8;4^æ•Ê [•Éås^Á;4;1,4;Á^8æ¢ÉÁ;Ás^Á@;}æææ¥Ñ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
¦ a ii[}^∙	8^Á;Á@æÁ;æå^8æå^8æå[Áæ;*`}æÁæ^8&8æ5}Áå^Á;(• •ÉÁ;c^¦^•Ék;^bātæÁjÁ;¦5•cææðÑ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
[^} å[&^Áp, Á@edÁp adå^&aãi[Ás^Áad**) adáae^&&&a5}Áp, ^cada5 & a][5*a8adÁ&[{ [Ásãadà^c^•Áp, ^ ač•Éås^Áaãi[ãs/ adá£Áp,Áadc^ a&a5}Ás^ Ás^ Á&[^•c^ ák,Ásā†jā&l.ãã[•Ñ	'• ₿○	0	0	0	0	0	0	0	0	0
•ãr c^{ O‡: @^â]æsl ãr	&^Á, Á@æÁ, æå^&ãå[Æå^Áæ‡**}æÁæ^&&ãā}Æå^ æÁ,^¦çā[•[ÉÁ&[{ [ÁÚæ+\ā]•[}Æå^{ ^}&§ãæ£ [^\ ÉÅå^]¦^•ā5}ÉÁæ)•ā^åæåÉÁ*•**ã[;↓^}ãæ£ ãÆ&[}ç* •ā[}^•ÉÁ,^*¦[&ã:cæ&^¦&[•ã:ÉÁ,Áæ‡**}a 5}ÁsĕåãããçæÁ,Ás^ÁæÁçã:cæÑ	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0
æb@&~ a	&^Á;Á@æÁ;æå^&æã[Áå^Áæ;*`}æÁæ>&&&&5}Á5•^æÊ æbÉÁå^ÁæÁ&[*{};æÁs^!¢^à!æþÉ&æå^!æ•ÉÁ[åā]æ•Ê &æ•ÉÁ;•¢^[][![•ã•ÉHæ&č:læ•Á;Áåā* [&æ&á;}^•Ñ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
č{[¦Ñ		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
&[æ** æd:ãæ*/	&^Ás^Áad*`}æÁse^&&&ã5}Ás^ÁaæÁæ)*¦^ÉÁs^Áæ æ&ã5}ÉÁ,Ág}{`}[5*ã&æÉÆs[{[Á,g¦]`¦æEÃj`]`•Ê Á^`{æq[ãs^ÉÁs}-^¦{^åæsåÁæ);cã[•-[jð]āā[•Ê [•ãrÁ;g cā] ^ÁÁ;dæÁā[āæbÑ		0	0	0	0	0	0	0	0	0
ÔÊÁ# ÙŒŒĀŢ	&^Á;Á@AÁ āā[Ásāē}[•a36aā[Ás[}Á@]æanā ÁÓÉE@]æanā `}æÁ}-^¦{^åæáÁs^Ás}a∳•{ārā5}Á^¢a†\$[{[Áð4jā Ùð)å¦[{^Ás^Ás\${`}}[å^-38ā8}&ano Oā`šāaanDÉKÚPÁ ò√Áiladatt/æÁs^	Á O	0	0	0	0	0	0	0	0	0

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

III. Característic	as del Producto a	Contratar		
III.1 Parámetros de 0	Cobertura			
Producto a Contrata	Golden Salud Otro Especifique	•	Plan Seguro Óptimo	O Plan Seguro Integral
Suma Asegurada:	UMAM	educible: UMA	Coaseguro:	%
Tope Máximo de Co	aseguro¹:	PESOS		
Nivel Hospitalario:		Tabulador de Honora	rios Médicos Quirúrgicos:	UMAM
	Medida y Actualización Me esta Cobertura está sujeta		Coaseguro para algunos pro	ductos.
III.2 Coberturas Op	cionales con Costo			
correspondan. Las Cobe	erturas Opcionales con Costo	deben coincidir con el produc	ñalar cuáles y la Suma Asegu to señalado en la sección III.1 de ción, en otro caso no se otorga	e lo contrario no se otorgarán
Cobertura	Golden Salud	Plan Seguro Avanzado	Plan Seguro Óptimo	Plan Seguro Integral
Emergencia en el Extranjero	○ 50 mil Dólares ○ 100 mil Dólares	○ 50 mil Dólares ○ 100 mil Dólares		AMPARADA
Cobertura en el Extranjero ²	○ Sí	○ Sí	○ Sí	○ Sí
Reducción de Coaseguro en Padecimientos de Nariz o Senos Paranasales derivados de un Accidente	Osí	⊜ Sí	○ Sí	○ Sí
Eliminación de Deducible por Accidente ³	○ Sí	○ Sí	O Sí	NO DISPONIBLE
Eliminación de Coaseguro por Accidente	NO DISPONIBLE	○ Sí	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE
Asistencia Dental	○ Dental +○ Dental Total	O Dental + O Dental Total	O Dental + O Dental Total	O Dental Total incluído
Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente (IDHA) ⁴	<pre>\$500 \$1,000 \$1,500 \$2,000</pre>	\$500 \$1,000 \$1,500 \$2,000	\$500 \$1,000 \$1,500 \$2,000	\$500 \$1,000 \$1,500 \$2,000
Control Embarazo ⁵	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE	O Sí
Incremento de Suma Asegurada para Cobertura de Parto y Cesárea ⁶	○ 20 UMAM○ 25 UMAM	O 20 UMAM O 25 UMAM	O 20 UMAM O 25 UMAM	○ 25 UMAM ○ 30 UMAM
Otra:				

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

⁶ Únicamente mujeres

 ² El costo de esta Cobertura es con base en la zona de residencia del Contratante. A: Toda el Área Nacional comprendida dentro de la franja fronteriza norte de 20 km., B: Baja California Norte y Sur, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas (exceptuando la franja fronteriza Norte) así como Campeche, Yucatán y Quintana Roo, y C: El resto del país.
 ³ Esta Cobertura únicamente se puede contratar si el Deducible de la sección anterior es de 4 UMAM hasta 10 UMAM.

⁵ 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.

Indemnización por C	Cáncer Femenino (IC		•Á, ˇЫ¦^•D			
			Solicitante			
Suma Asegurada a contratar	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4	
ÅG̀ʀ€	0	0	0	0	0	
ÅH€€Î€€€	0	0	0	0	0	
ÅH̀ʀ€€						
ÅI €€Î€€€	0 0 0				0	
ÅÌʀ€	0	0	0	0	0	
ÅÍ €€Î€€€	0	0	0	0	0	
FÁŠæÁÚ`{ æÁO≣^**¦æåæ ^}d^ÁG€ÁÁÁÍÁæái[•ÉÁ	aÁjadaaÁv•ocaÁÔ[à^¦č¦æá €€Á;ãÁ,^•[•Á;adaaÁ;ĭ	Ñ•aÁn}Áj^•[•ÁnÁg}a&æ bó¦^•Án}d^ÁG€ÁÁn€Áæfi[{^}&^ÁnÁ,`^å^Á&[}d [•ÁÐÁ.Í€ÁæÁ,€€Á, ∄Á,^•	anaadás^káci€Ándátés [•Ánadadá(*k)\^•Án}d^	jÁ,^•[•Á,ætæá(ĭb\\^• ÁG€ÁÁIÍÁæti[•ÉÁ	
IV. Reconocimie	ento de Antigüe	edad				
Ùāĥað}^Á\}æÁÚ5 ãæÁå^ÁÕæeţ•ÁT.å&B(•ÁTæÊ[!^•Á;ÁÙæļ*åÁ^}Á^•œÆ\Á;dæÁÔ[{]æfiðæÁS[}Áçā*^}&ãæÁfjā;c^!!*{]ãåæÁ;ðjā;[Áå^Á;}æfi[Á·Á]æfi[Á·Á]}æfi[Á·Á§]}^Á;A;ðj^A;ðjā;[Áå^Áæj^¢æÁS[]ãæÁ;Åðjā;[Áå^Áæj,cæÁ,æfi]ÁæfæÁ¸Áæð æfi[Á·ÁS[}Á;^ÁæðÁ;ðjA;^&jā;ð]@DæÁå;^•&`àð¦ḍÁ;^}Efaðæe Ásæé,æfaðæÁ;AæðæÁ,ÁæðæÁ,ÆðæÁ,Æ						
			Solicitante			
	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4	
C1; cat >^åæå	ÖÖET T EDEDEDE	ÖÖET T EDEDEDE	ÖÖET T EDEDEDE	ÖÖET T EDEDEDE	ÖÖET T EDEDEDE	
Ô[{]æfiðæ						
Þg{ ^¦[Áå^ÁÚ5 ãæ						
V. Otros Seguro	os					
Opåã ~ ^ÁrãÁnd**}[Áå^/ OB&&ãå^}c^•ÁÚ^¦•[}æ†	Á[•ÁÙ[a&ãaæ);c^•Á&`^} \•Á;ÁŒ[d[{5çã ^•ÈÁÒ};Á	cæÁna&cčæk(^}c^Á&[}Áa &æ•[Áæāi{ænāç[ÉÁsjåä&	#*`}æÁÚ5 ãæÁå^ÁÙ^* æÁÔ[{]æfiðæ	`¦[Áå^ÁÕæ•q•ÁTåã	X[•ÁTæî[¦^•ÉÉÚæ `åÉ	
			Solicitante			
	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4	
Õæ•d[•ÁTåã&[•Á Tæî[¦^•						
Ùæ ĭ å						
OB&&ãã^} c^•ÁÚ^¦•[}æ¢^	١.					
Œ d[{ 5çã/^•						
VI. Identificació	n de Personas	Políticamente E	Expuesta			
¿Durante el último añ importante de algún					oro Oálð‱Óá⊳[
¿Tiene algún parent	esco con alguna de	las figuras mencior	nadas en la pregunta	a anterior	OÁÙðÁMÓÁÞ[
En caso de haber co	ontestado de manera	a afirmativa una o aı	mbas preguntas, fav	or de responder el		
[©] TÚ^¦•[}æÁÚ[ðtá8æ(^} ˇ}ÁjæðiÁr¢dæ)bº¦[Á; ~`}&ā]}æáā[•Á*à^¦}a		^ Ásjåãçãã*[Á * ^Áså^•^ xþÉÁS[}•ãã^¦æ)å[Á^}d/ ÁjÁjāãæd-^•Áså^Áso¢ædós¦a		- `fiæå[Á~`}&ã[}^•Ángà `Án•œæå[ÁnÁn°Én;aãn';		

VII. D	atos del Agente		
Clave:	Correo Electrónico		
-	 Þ[{ à¦^Á₃^ ÁŒ^}♂		<u> </u>
	Þ[{ á¦^Æa^ AA≛^} <i>c</i> ^	Øai{ æ#a^ AJE/	/} &/

VIII. Forma y Frecuencia de Pago

El pago de la Póliza que se genere con la celebración del Contrato de Seguro, será realizado con periodicidad:

 \dot{O} } \dot{A} Sæe [\dot{A} \$\hat{A}^\|^8\$Sat[} \atext{\$a\$}\dagger\

Ö^Á&[}-[¦{ ãã æða Á&[}Á;æÁ\$^^Áù[à!^Á^|ÁÔ[}dæq[Áá^Áù/**;|[ÉÁ ãÁ,[Á@ à ã^•^Á ãā[Á,æéæáæáþæá∫;ā;æá¸ÁæÁ;ææÁæá&ãā}Á&[;!^•][}åã^}c^ÉÉ^}á |[•Á&æe[•Áá^Á;æé[Á*}Á;æé&ãæþãã æða^•ÉÁa^}d[Áá^|Ác.!{ ā][Ás[}ç^}ãã[ÉÁ[•Á*-^&d[•Áa^|Ás[}dæefÁ*-æá]}kæéd;á;|æefÁa^á;æé[Æå^Aæé]æék]&ç^}æÁa[&^éæÁæé]á @[¦æéÁa^|Ág|dā[[ÁáðæÁa^|Á]|æe[Áá^Á;æé[ÉÁO}Á&æe[Áá^Á*^Áj[Á*-^Á@æéæÁs[}ç^}ãã[Á*)Ác.!{ ā][ÉÁ*^Áæ}jãææd;Á;}Á;|æe[Áá*^Á;^ā;ææÁáðæeÁ

Notas Legales

O = a | a | [E + • a | ^ A + • a | A + •

Pæt [Á&[}•œdÁ ˇ^Á(^Á@Á^)œ'læå[Áå^œ'}āåæ{^}c^Áa^Á]æÁÔ[}åä&ā[}^•ÁÕ^}^læ†^•ÁÑ^}Åå[}å^A•Á^•œæà|^&^)Á[•Ác.!{ ā[•ÊÁ ^¢&|ˇ•ã[}^•ÁÁā[ãæ&ā[}^•Á ˇ^Æ[]œ'}å!ıÁæÁÚ5|ãæÁÁ ˇ^ÁA}Á Ť Á&æ•[Á¢æð]åæÁÚ|æjÁÚ/**¦[ÁÛÈŒÁÅ^ÁÔÈXÈÉÔ[{]æfiðæÁå^ÁÛ/**¦[•ÊÁ ˇ^Á[c[!*[Áå^Á;æ]^!aæÁ¢]¦^•æÁ;ã&[]-[!{ āåæåÁ&[}Á°•œeÁÔ[}åä&ā]}^•ÁÕ^}^læf^•ÁæÁx3]c[ÁææÁ;à|āææá[}^•Á`^ÁææÁ;āæÁ]•Á°Æ° ā[][}^}Æ[{ [ÁÔ[}cæææ)c^ÁÐAư**!æå[ĢDÈ

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]aa) AU^{**} \\ \text{I [AUÈUEZH\'a}^{\wedge} AOÈXEZ \'O[{] aei ŏeeÂa^AU^{**} \\ \text{I [• Ai] act aeA}^{\times} ^{\wedge} A^{\wedge} } A^{\times} A^{\times$ [à|ã æ&ã]}^•Áā @\'^\&c·ÁæÁæÁU5|ãæÁ`^Án\Ár`Á&æ•[Án-Án\{ ãæÆÉ@æëæÁ•[Ás^Án •ÁÖææ[•ÁÚ^\•]}æ4^•Áæĕ čÁ\;[][¦&ā]}æá[•È Ò}Á&æ [Áå^Áæ|/&ã;ā\} (jÁå^|ÁÔ|} dææ) (vÁQ}Á&æ [Áå^Á^!A|^!•|} æÁð ã&æÞÁæá^c||`&ā5}Áå^ÁÚ!ā;æÁÞ [ÁÖ^ç^} *æåæÁ`^Á^•`|(vÁ] | [&^ å^ } c^ Áå^ à^ | 1 Á&` à | ã • ^ ÁæK 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}}&æ5;Á;Á U~38a æ Áå^ÁÖ^•æ¦[||[ÁÔ[{ ^¦8aadÈ ÞUT ÓÜÖÇÜDÁÁSEÍÒŠŠÖÖUÁJOEYÖÜÞUÁÁSEÍÖŠŠÖÖUÁT OEYÖÜÞU Øã{ æÁå^|ÁÔ[}dæææ}c^ ÖÖET TEDEDEDE Ò) cãa æá ÁØ^ å^¦æ aãcæ Ø^&@a4å^AØã{æ

Reclamaciones y Consultas Unidad Especializada de Atención a Clientes - UNE

Teléfonos:ÁÍÁFÏ€ÁÍÎÌÁÁÍÁFÏ€ÁÍÎÏ

Dirección:ÁÓ|çå ÀÓCå[|-{Áܡã ÁÔ[¦ơ₃ ^•ÁH G€ÊÁV[¦¦^ÁQQÁÚã [Á ÊÁRæåå ¾ ^•Áå^|ÁÚ^å¦^*æþÉX |çæþ[ÁJà¦^*5} ÈÁÔÈÚÈÆFJ€€ÊÔã åæåÁå^Á T..¢æV ÈÁWWWÁ

Ò} Á\|ÁQ| ad ā Áa^Áæ^} &ā5} Áa^Ái`} ^• ÁæÁi` ^ç^• Áa^Ái KHEÁæÁFÌ KEEÁQ| ae Á Áçã\|} ^• Áa^Ái KHEÁæÁFÍ KEEÁQ | ae Á

Correo electrónico: Á^¦çã&ã •^* ` |[O] |çæ) •^* ` |[ÈB[{ È; ¢ÁÊÔ[} • ` |œá\ dæ Á; -ã&ã æ Ás^Áæc^} &ãb} Ár} Á; ¸ È |æ) •^* ` |[ÈB[{ È; ¢

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 01 de junio de 2022, con el número CGEN-H0701-0005-2022/G-01436-001.



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 (^) & ÁÐØ1^&`^) & (^) &			
OB&^:[\circ	0	Öãnd (ĀĀU &æ (ā) æ (^) & ÆÆK ^ & ^ o (^) o			
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[ÉÖ•]^&ãã *^						

Detalle las actividades que realiza:		
Ú æ}ÁÛ^*`¦[Á^Á^•^¦çæÁn Áå^¦^&@,Áa^Á^``^¦āÁ&`æ¦``ān¦Áş,-{¦{	æ\$a5}Ásæåa8a[}a€ŽÁ	
Declaración		
Ö^& æd Á`^Áq[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): ÁWWWPUT ÓÜÒÇÌDÁ		ÁWWSEÚÒŠŠ	ŒUÁÚŒ/ÒÜÞUÁ	ŒÚÒŠŠŒŮ	JÁT ŒVÒÜÞU		
Fecha de nacimiento:	GÖÖ	TEDEDE	Número de Póliza:	ÁÒÞÁÔŒÙUÁÖÒÁÔU!	>VŒÜÁÔUÞÁÒŠ		
Tipo de vue	elo	1	No. Liciencia	Fecha d	Fecha de 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} IÁ \dot{A} I æÁ[| \dot{A} IÁ \dot{A} I æÅ \dot{A} I æÁ \dot{A} I Á \dot{A} I Á \dot{A} I Á \dot{A} I Å \dot{A} I æÅ \dot{A} I Æ \dot{A} I \dot{A} I Æ \dot{A} I \dot{A} I

Datos del Solicitante y/o Asegurado						
Nombre(s):	UdWWWW	T ÓÜÒÇÙDÁ	ÁXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	ĎU <i>Á</i> ÚŒ/ÒÜÞUÁ		ŒÚÒŠŠŒÜUÁTŒVÒÜÞU
Fecha de nac	cimiento:	ÖÖÐ T	EDEDEDE	Número de Póliza:	ÁÒ	ÞÁÔŒÙUÁÖÒÁÔUÞVŒÜÁÔUÞÁÒŠ
Marca	a	Mod	elo	Año de Fabricac	ión	Tamaño de Motor
		No.	Licencia			Fecha de obtención
						ÖÖETTEDEDEDE
¿En qué categoría de motociclismo participa?						
ÒĐÁ) à ¡[ĐÁ 5¦ã	R A [¢ &[•	• 🛱 l * ^ àæ 🛱 æ d ^ læ Á	^Áĕ¢•Á } Ææ¦ ^ ⊘ ¦a	#####################################	^ &[•• Æ `]^{{ [¢ 1864 26 44 26 45 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4
Favor de indicar la naturaleza de su participación: OÁÚ¦[-^•4]} æþ‱\OÁŒ æ^`¦∰\\OÁV•[Á&[{ [Á; ^å4]Áå^Átæ)•][¦e^						
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					
}	æ&æ5) Á `^ ^¦å[Á ` ^ Á æ∮Á&[}[&æå	^Á, `å ā^ ¦æá§, ∤`^} &ā ^• c^Á; ¦{ ææ[Á&[}•c Á,[¦Á, ãÁ,[å lðæá§,ç	æÁæÁ°çæ¦ æ&æ5} ãcãi Ájæe°Áå°Á; æpañæÁ; æÁ,5∫ãæÁs ŠŠÖÜUÁTOVÖÜÞU	Á, Án-&^] cæ&ā} Án^Án•cæÁ[Æn[æ&& åÁn^Án^*`¦[Ģ[ánÁn^*`¦[ĢDÈ	a&ãčåÈÁ DÁÁŤ^Á¦a	æÁ;{ ã: 35}Á å ^Á;¦[][¦&á;}æ á Á & `æ¦`` 3 °¦Á
	Þ[{ å	a¦^Áa^ ÁÔ[}dææa)c^		Øã{ æÁs^ Á	(أي) d	o^ Ø^&@d\$n^Áa}{



Anexo 2. Cuestionario de Reasignación de Sexo

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

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



Anexo 3. Cuestionario para la identificación de Personas Políticamente Expuestas

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

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



Anexo 4. Solicitud de Cargo Automático a Tarjeta

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

Lugar y fe	cha:								
Datos del Tarjetahabiente									
Nombre:	TU¢WWW	ÓÜÒÇÙDÁ	. ////////	ĐÓŠŠŒU ÁÚŒV	ÒÜÞUÁ		ŒÚÒŠ	ŠÕUÁT OEVÒÜ	IÞU
Correo Ele	ectrónico:								
Teléfono d	le Contacto:		F€ÁÖ ŐQVUÙ	○ÁÚ a	ela&~ ælÁ⊙	ÁJ-384)æC)ÁÔ^ ˇ æ		
Datos d	el Agente	;							
Nombre:	TU¢ÌÌÌÌÌÌÌÀ	ÓÜ ÒÇÙ D Á	ÁÓÓÓÁ	ĐƯỜ ŠỐU ÁÚCE/	ÒÜÞUÁ		ŒÚÒŠ	ŠÕUÁTOVÕÜ	IÞU
Clave del	Agente:			Correo Elec	ctrónico:				
	icial y/o sub		S.A. de C.V., (s), mediante d						
OÁPùÓÔÁ	‱óóxa	DEÁMAMANÍO ÁÓS	æ)æ(^¢/ ///////	ÁÙæ) œ) å^¦Á‱	Á Ó Á J dæK				
con número	o de Tarjeta:				Vencimier	nto: ŒU	T ÒÙ Códig	o de Segurida	ad:
			Ôæ) cãa æå kÁÅÁ				ÚUÜVÒÁÔU		
, .	∖Á&迆ĭãN¦Ásæi	\$ æ\æ&&& /\ A\ /	Á^&@e[ÉA^Á,[d	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\!ıÁå	.[¦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 ÁJ 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>

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

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

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

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

Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros, con domicilio en calle Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso 4, Colonia Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01900, en la Ciudad de México, México; utilizará sus datos personales recabados para: Identificación del Titular; para la evaluación de su Solicitud de Seguro y selección de riesgos y, en su caso emisión de la Póliza de Seguro; trámite de sus solicitudes de pago de siniestros; administración; mantenimiento y renovación de la Póliza de Seguro; prevención de fraude y operaciones ilícitas; para información estadística; así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el contrato de seguro, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad vigente y aplicable; crear y administrar su perfil de usuario en nuestros servicios en línea; compartir y recabar información, así como gestionar con terceros proveedores de servicios de salud todo lo relacionado con las coberturas contenidas en su contrato de seguro; Integración y actualización del expediente de identificación del cliente, así como presentación de reportes a las autoridades competentes en términos de las disposiciones para prevenir el lavado de dinero y financiamiento al terrorismo; para dar cumplimiento a las obligaciones contraídas con usted; con fines estadísticos grupales, individuales, y para la creación de campañas preventivas de Salud; mercadotecnia, publicidad y prospección comercial. Para conocer mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, puede consultar el aviso de privacidad integral en www.planseguro.com.mxÁ

 ÞUT ÓÜÖÇÜDÍMÓZEJÖŠŠÖÖU ÁÚOZYÖÜÞU ÁMÓZEJÖŠŠÖÖU ÁT OZYÖÜÞU

 Þ[{ à!^Áå^|Á/ætb*ææ@æia?a} &^

Øä{ æáia^|Á/ætb*ææ@æia?a} &^



Anexo 5. Aviso de Privacidad

1. ¿Para qué fines utilizaremos sus datos personales?

Š[•Áåæq[•Á]^¦•[}æ†^•Á`^ÁA^&æàæ{[•Áå^Á`•œ'åĒ¥[•Á`æjāæ*^{[•ÁjææA†æ•Á*ā`ā\}œ•Áā]æ\$āæå^•Á``^Á*[}Á;^&^•æ*āæ•Á]æbæ*\ •^¦çā&ā[Á`^Á*[]&&āæK

- · 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. Última actualización: 16/03/2021 ÖÖET T EDEDEDE ÞUT ÓÜÒÇIDÁÁDEÍÒŠŠÖÖUÁÚOE/ÖÜÞUÁÁDEÍÒŠŠÖÖUÁT OE/ÖÜÞU b[{ à \^\daga \|\daga Ø^&@e4\$a^ÁØä{æ