

Solicitud en caso de contratar Cobertura de Indemnización de Cáncer Femenino

Esta Solicitud deberá ser llenada en su totalidad por el Contratante y/o Solicitante, y no deberá tener tachaduras o enmendaduras.

1. Datos del Solicitante:

DDT-SOL-COB-CF28082015

En caso de Renovación: Número de Póliza:

2. Cobertura Opcional con Costo para el Asegurado:

Nota: A1 = Asegurada 1, A2 = Asegurada 2 y A3 = Asegurada 3.

Favor de detallar la información de los miembros Solicitantes:

| Solicitante | Nombre completo (nombre(s), apellido paterno y apellido materno) | Fecha de Nacimiento | | | Suma Asegurada que desea contratar* | Firma del Solicitante |
|-------------|--|---------------------|------|--------|-------------------------------------|-----------------------|
| | | (DD) | (MM) | (AAAA) | | |
| A1 | | | | | | |
| A2 | | | | | | |
| A3 | | | | | | |

(*) Las Sumas Aseguradas que se pueden contratar:

\$250,000 para edades de 20 a 55 años

\$300,000 y \$350,000 para edades de 20 a 55 años

\$400,000 para edades de 20 a 55 años

\$450,000 y \$500,000 para edades de 20 a 55 años

En caso de fallecimiento se otorgará la Suma Asegurada Contratada de acuerdo a Condiciones Generales y/o Endosos.

ADVERTENCIA: En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como Representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la Indemnización.

Lo anterior porque las Legislaciones Civiles previenen la forma en que debe designarse Tutores, Albaceas, Representantes de Herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como Representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso solo tendrá una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

Designación de Beneficiarios:

| Solicitante | Nombre completo (nombre(s), apellido paterno y apellido materno) | Fecha de Nacimiento | | | Porcentaje (*) | Parentesco con el Solicitante (**) |
|-------------|--|---------------------|------|--------|----------------|------------------------------------|
| | | (DD) | (MM) | (AAAA) | | |
| A1 | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| A2 | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| A3 | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

(*) La suma de los porcentajes de participación debe ser 100% para cada Solicitante.

(**) Parentesco con el Solicitante: padre, madre u otro (Especificar).

Porque prevenir es Salud
Servicio Seguro **01 800 277 1234**
planseguro.com.mx

servicioseguro@planseguro.com.mx



3. Cuestionario Médico:

Nota: A1 = Asegurada 1, A2 = Asegurada 2 y A3 = Asegurada 3.

| Indique en el espacio correspondiente lo siguiente: | Solicitantes | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | A1 | | A2 | | A3 | |
| | Sí | No | Sí | No | Sí | No |
| 1. ¿Fuma 30 o más cigarrillos al día? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. ¿Ha padecido o le han diagnosticado un tumor o cáncer? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. ¿En los últimos 10 años ha tenido padecimientos de glándula mamaria, útero, ovarios, trompas de Falopio, cérvix, desórdenes menstruales, ginecológicos o complicaciones durante el embarazo? (*) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. ¿Algún familiar en línea directa (padres/hermanos) ha sido diagnosticado con algún tipo de cáncer o tumor maligno antes de los 60 años de edad? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

(*) En caso de que su respuesta sea afirmativa, especifique lo siguiente:

El Solicitante puede ser A1 = Asegurada 1, A2 = Asegurada 2 y A3 = Asegurada 3.

Información a detalle para casos de respuesta afirmativa:

| Solicitante | Nombre del Diagnóstico | Fecha de Diagnóstico | | | Fecha de inicio de síntomas | | | Tratamiento |
|-------------|------------------------|----------------------|------|--------|-----------------------------|------|--------|-------------|
| | | (DD) | (MM) | (AAAA) | (DD) | (MM) | (AAAA) | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

De interés para el Solicitante

- 1.- Se previene al Solicitante para que conforme a los Artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, declaren todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta Solicitud, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmar la misma, en la inteligencia que una declaración o una inexacta o falsa declaración de un hecho, podrá originar la pérdida de los derechos que le confiere la Póliza correspondiente al Asegurado o Beneficiario en su caso.
- 2.- Plan Seguro, con domicilio en Blvd. Adolfo Ruiz Cortines No. 3299, Piso 12, Col. Rincón del Pedregal, Tlalpan, C.P. 14120, Ciudad de México, hace de su conocimiento que sus Datos Personales tanto Sensibles como Patrimoniales, que sean recabados y/o generados derivado de la relación jurídica que se realice, exista o concluya, se tratarán únicamente para fines relacionados con el cumplimiento de dicha relación, el Aviso de Privacidad integral podrá encontrarlo en el sitio web planseguro.com.mx
- 3.- De conformidad con el Artículo 11 de las Disposiciones Generales en materia de sanas prácticas, transparencia y publicidad aplicables a las Instituciones de Seguros, se hace de su conocimiento que la presente Solicitud de Seguro no contienen abreviaturas de uso no común.

De común acuerdo entre el Titular y/o Contratante y la Compañía Aseguradora

Reconozco estar informado de que las omisiones, falsas e inexactas declaraciones sobre los hechos importantes del riesgo, que se detecten en el cuestionario contenido en la presente, darán lugar a la rescisión del Contrato de Seguro que llegue a celebrarse y en consecuencia a la pérdida de los derechos derivados del mismo, no obstante que tales hechos no influyan en la realización del Siniestro, inclusive cuando haya sido llenada por quien actuó como tercero o representante con o sin la designación expresa a favor de éste por el Contratante, Titular Solicitante y/o Asegurado.

Autorizo a los Médicos que nos hayan asistido o examinado a mí y/o a mis dependientes económicos, en los Hospitales, Sanatorios o Clínicas a los que se haya ingresado para Estudio, Diagnóstico o Tratamiento de cualquier enfermedad, lesión o accidente, para que proporcionen a Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros toda la información y copias de nuestros antecedentes e historia clínica, indicaciones médicas y todo aquello que requieran que pueda ser útil para la evaluación correcta en la propuesta de Seguro y en su caso para todo lo relacionado en el cumplimiento del Contrato que se celebre, por lo que relevo de cualquier responsabilidad y de la obligación del secreto médico a los profesionales Médicos y a las Instituciones de Salud por revelar la información relacionada con nuestros antecedentes de salud.

Otorgo mi consentimiento expreso a la Institución para que en cumplimiento de las obligaciones inherentes a la Póliza que en su caso se emita, haga uso de mis datos personales aquí proporcionados, por lo que en caso de que ocurra alguna modificación a los datos mencionados en el apartado número 1 de esta Solicitud, me comprometo a notificarlo dentro de los 30 días siguientes a que ocurra dicho supuesto. Asimismo autorizo a las Compañías de Seguros con las que previamente haya realizado propuestas de Seguro o haya tenido contratada una Póliza de Seguro, para que proporcionen a Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros, la información que sea de su conocimiento.

En caso de que mi Solicitud de Seguro sea aceptada, autorizo a Plan Seguro para que las Condiciones Generales que contienen los términos, Exclusiones y limitaciones de mi Contrato de Seguro me sean entregadas en formato digital o electrónico; o bien a través del sitio web planseguro.com.mx, sin perjuicio de obtener a mi solicitud un ejemplar impreso en cualquiera de las oficinas de Plan Seguro.

Asimismo, estoy (estamos) enterado (s) que dichas condiciones están disponibles en planseguro.com.mx

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

Porque prevenir es Salud
Servicio Seguro **01 800 277 1234**
planseguro.com.mx

servicioseguro@planseguro.com.mx



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

Este documento solo constituye parte de la Solicitud de Seguro y por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Empresa de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la Solicitud.

Se firma la presente Solicitud ratificando que lo declarado en ésta, constituye los antecedentes completos y verídicos y se consideran que sirven para identificar el riesgo que se asegura como objeto sobre el que podrá celebrarse el Contrato de Seguro propuesto, reconociendo válidas las notificaciones de cualquier documento relacionado con la Solicitud y Cuestionario del Contrato propuesto, así como cualquier trámite que se realice en el Contrato de Seguro contratado, que se efectúen con la participación del Agente o Promotor elegido por el Contratante y/o Titular Solicitante, sin que ello invalide las que se realicen en el domicilio particular señalado en el presente formulario.

Así mismo otorgo el consentimiento a la Institución para que en cumplimiento a las obligaciones inherentes a la Póliza que en su caso se emita, haga uso de los Datos Personales aquí proporcionados.

Lugar y fecha

Nombre y Firma del Solicitante Titular

Datos del Agente

Clave: **Nombre:** Nombre (s) Apellido Paterno Apellido Materno

Firma _____

El Agente de Seguros, manifiesta bajo protesta de decir verdad que todo lo vertido en la presente solicitud, es expresado por el Contratante y que el Solicitante así como las personas por asegurar llenaron y firmaron esta solicitud en su presencia, durante la entrevista correspondiente. Adicionalmente se incluyen copias simples que sustentan la información proporcionada en este formato, mismas que fueron cotejadas contra su original por el Agente.

Observaciones de la Compañía

Reclamaciones y Consultas Unidad Especializada de Atención a Clientes -UNE- Servicio Seguro.

Teléfonos: 01 (55) 41 70 96 68 y 01 (55) 41 70 96 67.

Dirección: Blvd. Adolfo Ruiz Cortines No. 3299, Piso 12, Col. Rincón del Pedregal, Tlalpan, C.P. 141320, Ciudad de México.

En el horario de atención de lunes a jueves de 8:30 a 18:00 horas y viernes de 8:30 a 15:00 horas.

Correo electrónico: servicioseguro@planseguro.com.mx. Para consultar otras oficinas de atención en el país ver: planseguro.com.mx

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 28 de agosto de 2015, con el número BADI-H0701-0004-2015.

Porque prevenir es Salud
Servicio Seguro **01 800 277 1234**
planseguro.com.mx

servicioseguro@planseguro.com.mx

