

Solicitud de Salud Individual

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

I. Datos del Contratante

I.1 Datos Generales

Persona Física Persona Moral

Nombre o Razón Social: NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Registro Federal de Contribuyentes (RFC):

Correo electrónico: Código postal:

Calle o avenida:

Número exterior: Número interior: Colonia:

Alcaldía o municipio: Ciudad o población:

Entidad federativa: Teléfono de contacto: 10 DÍGITOS Particular Oficina Celular

Cláusula de domicilio: Cada uno de los Solicitantes reconocerá como domicilio para oír y recibir notificaciones, el señalado por el Contratante, bastando que los comunicados se emitan a su nombre para que surtan los efectos legales pertinentes.

Seleccionar los documentos proporcionados por el Contratante (exclusivo del agente que realiza la entrevista):

Identificación oficial vigente con fotografía*:

Número de identificación:

Mexicanos: Credencial para votar expedida por el INE Pasaporte expedido por la SRE Cédula profesional expedida por la SEP

Extranjeros: Forma migratoria (F.M.2 o F.M.3) o tarjeta de residente expedida por el INM

Comprobante de domicilio¹: Recibo de luz Recibo de agua Recibo de predial Recibo de teléfono (local o móvil)
 Recibo de gas natural Otro. Especifique:

*Las siglas refieren a:

INE: Instituto Nacional Electoral, **SRE:** Secretaría de Relaciones Exteriores, **SEP:** Secretaría de Educación Pública e **INM:** Instituto Nacional de Migración.

¹ Debe tener antigüedad no mayor a 3 meses.

I.2 Exclusivo para Persona Física

País de nacimiento: Nacionalidad(es):

Fecha de nacimiento: Sexo: Mujer Hombre

Clave Única de Registro de Población (CURP):

Profesión¹: Ocupación²:

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

Entidad federativa de residencia: Ciudad de residencia:

¹ Profesión refiere a las actividades que realiza una persona y para las que requiere un título avalado por alguna Institución de Educación.

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

I.3 Exclusivo 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: Mujer Hombre

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

En caso de responder afirmativamente, no llenar la columna correspondiente al Titular.

	Solicitantes				
	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4
Nombre(s):					
Apellido paterno:					
Apellido materno:					
Parentesco con el titular:	Titular				
Nacionalidad(es):					
Estado civil ³ :	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> C	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> C	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> C	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> C	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> C
Fecha de nacimiento:	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA

³ S= Soltero (soltero, divorciado, unión libre y/o viudo) o C= Casado

	Solicitantes				
	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4
Sexo:	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> H	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> H	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> H	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> H	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> H
Edad:					
CURP:	18 DÍGITOS	18 DÍGITOS	18 DÍGITOS	18 DÍGITOS	18 DÍGITOS
RFC:	13 DÍGITOS	13 DÍGITOS	13 DÍGITOS	13 DÍGITOS	13 DÍGITOS
Profesión ¹ :					
Ocupación ² :					
¿Practicas profesionalmente algún deporte?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Cuál?					
¿Con qué frecuencia?					

¹ Profesión refiere a las actividades que realiza una persona y para las que requiere un título avalado por alguna Institución de Educación.

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

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

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

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

	Solicitantes			
Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4

II.2 Datos Médicos (Generales)

	Solicitantes				
	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4
Peso (kg)					
Estatura (m)					
Índice de Masa Corporal ⁴ (IMC)					
¿Cuenta con esquema de vacunación completo?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

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

II.3 Datos Médicos (Hábitos)						
		Solicitantes				
		Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4
Tabaco	¿Fumas o has fumado?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	¿Desde qué año?	AAAA	AAAA	AAAA	AAAA	AAAA
	Frecuencia	Diaria	Diaria	Diaria	Diaria	Diaria
	Cantidad					
Alcohol	¿Ingieres o has ingerido bebidas alcohólicas?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	¿Desde qué año?	AAAA	AAAA	AAAA	AAAA	AAAA
	Frecuencia	Diaria	Diaria	Diaria	Diaria	Diaria
	Cantidad					

II.4 Datos Médicos (Cuestionario)										
Marcar con una X si se padece o ha padecido alguna de las afecciones que se enuncian a continuación.	Solicitantes									
	Titular		Solicitante 1		Solicitante 2		Solicitante 3		Solicitante 4	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
1. ¿Padece o ha padecido de hipertensión arterial o de alguna afección del corazón como angina de pecho, infartos, arritmias, stents, embolias, trombosis o várices?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Padece o ha padecido de afecciones del sistema respiratorio como asma, bronquitis, enfisema, tuberculosis, padecimientos de la nariz, cometas nasales o sinusitis?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Padece o ha padecido alguna afección del estómago, de vesícula biliar, hígado, páncreas, intestinos, del colon o rectal, o de hernia hiatal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Padece o ha padecido alguna afección de los riñones, uréteres, vejiga, o próstata?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Padece o ha padecido de alguna afección metabólica o endocrinológica como diabetes mellitus, de tiroides, obesidad, o alteración del colesterol o triglicéridos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Padece o ha padecido de alguna afección del sistema nervioso, como Parkinson, demencia, Alzheimer, depresión, ansiedad, esquizofrenia, parálisis, convulsiones, neurocisticercosis, o alguna afección auditiva o de la vista?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Padece o ha padecido de alguna afección ósea, articular, de la columna vertebral, caderas, rodillas, muñecas, osteoporosis, fracturas o dislocaciones?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿Padece o ha sido diagnosticado con cáncer o algún tumor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ¿Padece de alguna afección de la sangre, de la coagulación, o inmunológica, como púrpura, lupus, artritis reumatoide, enfermedad antifosfolípidos, esclerosis múltiple u otra similar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ¿Padece o ha sido diagnosticado con hepatitis B, hepatitis C, o alguna enfermedad de transmisión sexual como sífilis, SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida), VPH (Virus del Papiloma Humano), u otra similar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Solicitantes									
	Titular		Solicitante 1		Solicitante 2		Solicitante 3		Solicitante 4	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
11. ¿Tiene programado algún procedimiento médico, o se ha practicado alguna cirugía?	<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"/>
12. ¿Ha tenido algún accidente, hospitalización, enfermedad, condición, o cirugía (incluyendo las estéticas), no señalado anteriormente?	<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"/>
13. ¿Se ha practicado o está bajo algún tratamiento de reasignación de sexo? ¹	<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.

La siguiente sección es exclusivamente para Solicitantes mujeres:

14. ¿Ha recibido atención médica o quirúrgica por alguna afección de los ovarios, útero (matriz), en las mamas o por alteración de la menstruación?	<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"/>
15. En caso de haber tenido embarazo(s), ¿presentó alguna complicación?	<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"/>
16. ¿Actualmente está embarazada? En caso afirmativo, indicar meses de gestación:	<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"/>

¹ Reasignación de sexo refiere a los procedimientos y/o tratamientos, sean médicos o no, que modifican las características sexuales de una persona.

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
			AAAA
			AAAA
			AAAA
			AAAA
			AAAA
			AAAA
			AAAA
			AAAA
			AAAA
			AAAA
			AAAA
			AAAA
			AAAA
			AAAA
			AAAA
			AAAA
			AAAA
			AAAA

Plan Seguro se reserva el derecho de solicitar información adicional del padecimiento declarado.

Se exhorta al Contratante declarar en el siguiente espacio, todos los hechos importantes que pudieran influir en la apreciación del riesgo, tales como los conozca o deba conocer en el momento de firmar la misma, en la inteligencia de que, de conformidad con la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la omisión, inexacta o falsa declaración, podría originar la pérdida de los derechos de los Asegurados.

III. Características del Producto a Contratar

III.1 Parámetros de Cobertura

Producto a contratar: Golden Salud Plan Seguro Avanzado Plan Seguro Óptimo Plan Seguro Óptimo Plus
 Plan Seguro Integral Otro. Especifique: _____

Suma Asegurada: Deducible: Coaseguro: %

Tope Máximo de Coaseguro¹:

Nivel Hospitalario: Tabulador de Honorarios Médicos Quirúrgicos:

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

¹ La contratación de esta Cobertura está sujeta a la elección de 10% de Coaseguro para algunos productos.

III.2 Coberturas Opcionales con Costo

En caso de desear contratar alguna Cobertura Opcional con Costo, favor de señalar cuáles y la Suma Asegurada de las coberturas que correspondan. Las Coberturas Opcionales con Costo deben coincidir con el producto señalado en la sección III.1 de lo contrario no se otorgarán dichas coberturas. Para cada cobertura, únicamente se puede seleccionar una opción, en otro caso no se otorgará dicha cobertura.

Cobertura	Golden Salud	Plan Seguro Avanzado	Plan Seguro Óptimo	Plan Seguro Óptimo Plus	Plan Seguro Integral
Emergencia en el Extranjero	<input type="radio"/> 50 mil dólares <input type="radio"/> 100 mil dólares	<input type="radio"/> 50 mil dólares <input type="radio"/> 100 mil dólares	<input type="radio"/> 50 mil dólares <input type="radio"/> 100 mil dólares	<input type="radio"/> 50 mil dólares <input type="radio"/> 100 mil dólares	<input type="radio"/> 50 mil dólares <input type="radio"/> 100 mil dólares
Atención Médica en el Extranjero ²	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí
Reducción de Coaseguro en Padecimientos de Nariz o Senos Paranasales derivados de un Accidente	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí
Eliminación de Deducible por Accidente ³	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí
Eliminación de Coaseguro por Accidente	NO DISPONIBLE	<input type="radio"/> Sí	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE
Cobertura Dental	<input type="radio"/> Dental + <input type="radio"/> Dental Total	<input type="radio"/> Dental + <input type="radio"/> Dental Total	<input type="radio"/> Dental + <input type="radio"/> Dental Total	<input type="radio"/> Dental + <input type="radio"/> Dental Total	<input type="radio"/> Dental + <input type="radio"/> Dental Total
Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente (IDHA) ⁴	<input type="radio"/> \$500 <input type="radio"/> \$1,000 <input type="radio"/> \$1,500 <input type="radio"/> \$2,000	<input type="radio"/> \$500 <input type="radio"/> \$1,000 <input type="radio"/> \$1,500 <input type="radio"/> \$2,000	<input type="radio"/> \$500 <input type="radio"/> \$1,000 <input type="radio"/> \$1,500 <input type="radio"/> \$2,000	<input type="radio"/> \$500 <input type="radio"/> \$1,000 <input type="radio"/> \$1,500 <input type="radio"/> \$2,000	<input type="radio"/> \$500 <input type="radio"/> \$1,000 <input type="radio"/> \$1,500 <input type="radio"/> \$2,000
Incremento de Suma Asegurada para Parto y Cesárea ⁵	<input type="radio"/> 20 UMAM <input type="radio"/> 25 UMAM	<input type="radio"/> 20 UMAM <input type="radio"/> 25 UMAM	<input type="radio"/> 20 UMAM <input type="radio"/> 25 UMAM	<input type="radio"/> 20 UMAM <input type="radio"/> 25 UMAM	<input type="radio"/> 25 UMAM <input type="radio"/> 30 UMAM
Hazlo Plus	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE	CUBIERTO	NO DISPONIBLE

Otra: _____

² El costo de esta Cobertura es con base en la zona de residencia del Contratante. A: Baja California, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas, B: Baja California Sur, Campeche, Yucatán y Quintana Roo y C: El resto del país.

³ Esta Cobertura únicamente se puede contratar si el Deducible de la sección anterior es de 4 UMAM hasta 20 UMAM.

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

⁵ Únicamente Solicitantes mujeres entre los 20 y 37 años cumplidos.

Indemnización por Cáncer Femenino (ICF)¹ (Sólo Solicitantes mujeres)

Suma Asegurada a contratar	Solicitante				
	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4
\$250,000	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
\$300,000	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
\$350,000	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
\$400,000	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
\$450,000	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
\$500,000	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¹ La Suma Asegurada para esta Cobertura está en pesos y únicamente se puede contratar de: 250 a 350 mil pesos para mujeres entre 20 y 55 años, 400 mil pesos para mujeres entre 20 y 50 años y 450 a 500 mil pesos para mujeres entre 20 y 45 años.

IV. Reconocimiento de Antigüedad

Si tiene una Póliza de Gastos Médicos Mayores o Salud en esta u otra Compañía con vigencia ininterrumpida mínimo de un año y con periodo(s) al descubierto menor(es) a 30 días naturales a la fecha de firma de la Solicitud; favor de anexar copia de la última Póliza vigente y/o Certificado Individual, así como el recibo con el sello de pagado, comprobante de pagos o Constancia de Antigüedad de la Compañía anterior para que Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros pueda otorgar dicho beneficio.

	Solicitante				
	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4
Antigüedad	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA
Compañía					
Número de Póliza					

V. Otros Seguros

Indique si alguno de los Solicitantes cuenta actualmente con alguna Póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores, Salud, Accidentes Personales o Automóviles. En caso afirmativo, indicar Compañía.

	Solicitante				
	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4
Gastos Médicos Mayores					
Salud					
Accidentes Personales					
Automóviles					

VI. Identificación de Personas Políticamente Expuestas

¿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 Expuesta²? Sí No

¿Tiene algún parentesco con alguna de las figuras mencionadas en la pregunta anterior? Sí No

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

² Persona Políticamente Expuesta, es aquel individuo que desempeña o ha desempeñado funciones públicas, destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, considerando entre otros, a los jefes de estado o de gobierno, líderes políticos, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales o funcionarios o miembros importantes de partidos políticos.

VII. Datos del Agente

Clave:

Correo electrónico:

Nombre del Agente

Firma del Agente

El Agente de seguros manifiesta bajo protesta de decir verdad, haber informado al solicitante, de manera amplia y detallada, sobre el alcance real de la cobertura del seguro y la forma de conservarla o darla por terminada. Así mismo, que todo lo vertido en la presente solicitud es expresado por el proponente que llenó y firmó en su presencia durante la entrevista correspondiente, siendo la información que obra en el presente documento, toda la que le fue proporcionada. Adicionalmente, se incluyen copias simples de los documentos con los cuáles se identificó al Solicitante, mismos que fueron cotejados con su original por el agente.

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:

Anual

Semestral

Trimestral

Mensual

A través de:

Tarjeta de Crédito

Tarjeta de Débito HSBC, BBVA, Banamex o Santander

Cuenta referenciada

En caso de seleccionar Tarjeta de Crédito o Tarjeta de Débito, requisitar el Anexo 4.

De conformidad con la Ley Sobre el Contrato de Seguro, si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día del plazo de pago. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

Notas Legales

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

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

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

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

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

Reclamaciones y Consultas Unidad Especializada de Atención a Clientes - UNE

Teléfonos: 55 4170 9668 y 55 4170 9667

Dirección: Blvd. Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso 4, Jardines del Pedregal, Álvaro Obregón, C.P. 01900, Ciudad de México.

En el horario de atención de lunes a jueves de 9:00 a 16:00 horas y viernes de 9:00 a 13:30 horas.

Correo electrónico: servicioseguro@planseguro.com.mx

Consulta otras oficinas de atención en www.planseguro.com.mx

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 19 de enero de 2024, con el número CGEN-H0701-0001-2024 / CONDUSEF-G-00100-012.

Anexo 1. Cuestionario Ocupacional

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

Marque si utiliza alguno de los siguientes objetos o materiales:			
Objeto o Material	Sí	No	Frecuencia*
Arma de fuego	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DIARIO - OCASIONALMENTE - FRECUENTEMENTE
Maquinaria Especifique: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DIARIO - OCASIONALMENTE - FRECUENTEMENTE
Herramientas eléctricas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DIARIO - OCASIONALMENTE - FRECUENTEMENTE
Gasolina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DIARIO - OCASIONALMENTE - FRECUENTEMENTE
Ácidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DIARIO - OCASIONALMENTE - FRECUENTEMENTE
Acero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DIARIO - OCASIONALMENTE - FRECUENTEMENTE
Alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DIARIO - OCASIONALMENTE - FRECUENTEMENTE
Asbesto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DIARIO - OCASIONALMENTE - FRECUENTEMENTE
Otro: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	DIARIO - OCASIONALMENTE - FRECUENTEMENTE

* Frecuencia indica el número de veces que se está en contacto con alguno de los objetos o materiales mencionados. Ocasionalmente refiere hasta una vez a la semana y Frecuentemente hasta 3 veces por semana.

¿Realiza alguna de las actividades siguientes?			
Actividad	Sí	No	Especifique
Trabaja desde una altura considerable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Altura máxima: _____ mts
Levanta objetos pesados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Peso máximo: _____ kg
Conduce	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	AUTOMÓVIL - MOTOCICLETA
Otra: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

¿En qué lugar desempeña su ocupación regularmente?

Oficina
 Oficina con visitas de supervisión/inspección
 Obras
 Lugares públicos

Otro. Especifique: _____

Detalle las actividades que realiza:

Plan Seguro se reserva el derecho de requerir cualquier información adicional.

Declaración

Declaro que todas las respuestas que he proporcionado son verdaderas y de mi total conocimiento, por lo que no he omitido ninguna información que pudiera influenciar la evaluación o aceptación de esta solicitud.

Estoy de acuerdo que este formato constituirá parte de mi solicitud de seguro(s) y que la omisión de proporcionar cualquier hecho material conocido por mi podría invalidar mi póliza de seguro(s).

NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Nombre del Contratante

DD/MM/AAAA

Firma del Contratante

Fecha de firma

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

Anexo 1. Cuestionario Ocupacional “Aviación”

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

Datos del Solicitante y/o Asegurado

Nombre(s):	NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
Fecha de nacimiento:	DD/MM/AAAA	Número de Póliza:	EN CASO DE CONTAR CON EL
Tipo de vuelo		No. licencia	Fecha de obtención
<input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/> Privado			DD/MM/AAAA
Indique los siguientes datos de los últimos doce meses:			
Número de vuelos _____ Número de horas _____ Rutas frecuentes _____			
¿Participa o tiene pensado participar en algún vuelo acrobático, competencia, exhibición o vuelo de prueba? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
En caso afirmativo, favor de especificar cuándo y/o frecuencia: _____			
¿Ha estado involucrado en algún accidente aéreo o su licencia ha sido restringida o suspendida por alguna razón? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No			
En caso afirmativo, favor de especificar cuándo: _____			
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

Declaro que todas las respuestas que he proporcionado son verdaderas y de mi total conocimiento, por lo que no he omitido ninguna información que pudiera influenciar la evaluación o aceptación de esta solicitud.
Estoy de acuerdo que este formato constituirá parte de mi solicitud de seguro(s) y que la omisión de proporcionar cualquier hecho conocido por mí podría invalidar mi póliza de seguro(s).

NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Nombre del Contratante

DD/MM/AAAA

Firma del Contratante

Fecha de firma

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

Anexo 1. Cuestionario ocupacional “Motociclismo”

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

Datos del Solicitante y/o Asegurado

Nombre(s):	NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
Fecha de nacimiento:	DD/MM/AAAA	Número de Póliza:	EN CASO DE CONTAR CON EL
Marca	Modelo	Año de fabricación	Tamaño de motor
No. licencia			Fecha de obtención
			DD/MM/AAAA

¿En qué categoría de motociclismo participa?

Ej. enduro, histórico, motocross, pruebas, carreras de autos en carretera, carreras de velocidad, supercross, supermoto, carreras de pistas, moto trail, etc.

Favor de indicar la naturaleza de su participación: Profesional Amateur Uso como medio de transporte

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

Declaro que todas las respuestas que he proporcionado son verdaderas y de mi total conocimiento, por lo que no he omitido ninguna información que pudiera influenciar la evaluación o aceptación de esta solicitud.
Estoy de acuerdo que este formato constituirá parte de mi solicitud de seguro(s) y que la omisión de proporcionar cualquier hecho material conocido por mi podría invalidar mi póliza de seguro(s).

NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Nombre del Contratante

DD/MM/AAAA

Firma del Contratante

Fecha de firma

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

Anexo 2. Cuestionario de Reasignación de Género

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

1. **Indicar Solicitante:** Titular Solicitante 1 Solicitante 2 Solicitante 3 Solicitante 4

2. **Sexo de nacimiento:** Hombre Mujer

3. **¿Ha realizado trámites legales para cambiar su nombre en el acta de nacimiento?** Sí No

En caso de respuesta afirmativa, favor de proporcionar copia de su acta de nacimiento actualizada.

4. **¿Ha iniciado con algún tratamiento para la reasignación¹ de género?** Sí No

Indique cuál:

Fecha de inicio del tratamiento: DD/MM/AAAA

5. **¿Actualmente se encuentra bajo algún tratamiento para reasignación de género?** Sí No

Indique cuál:

Fecha de inicio del tratamiento: DD/MM/AAAA

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

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

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

Procedimiento y/o Tratamiento:

Fecha de inicio del procedimiento y/o tratamiento: DD/MM/AAAA

¹ La reasignación de género refiere a los procedimientos y/o tratamientos, sean médicos o no, que modifican las características sexuales de una persona.

NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Nombre del Contratante

DD/MM/AAAA

Firma del Contratante

DD/MM/AAAA

Fecha de firma

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

Anexo 1. Cuestionario para la identificación de Personas Políticamente Expuestas

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

I. Contratante es Persona Políticamente Expuesta

Institución para la que labora: _____

Cargo desempeñado: _____

II. Contratante tiene parentesco con Persona Políticamente Expuesta

Parentesco: Padre/Madre Hermano/a Cónyugue/concubina(rio) Hijo/a Otro: _____

Información referente a la Persona Políticamente Expuesta con la que se tiene parentesco:

Institución para la que labora: _____

Cargo desempeñado: _____

Nombre(s): NOMBRE(S) PELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO Fecha de nacimiento: DD/MM/AAAA

País de nacimiento: Nacionalidad(es):

Correo electrónico: Código postal:

Calle o avenida:

Número exterior: Número interior: Colonia:

Alcaldía o municipio: Ciudad o población:

Entidad federativa: Teléfono de contacto: 10 DÍGITOS Particular Oficina Celular

Registro Federal de Contribuyentes (RFC):

Clave Única de Registro de Población (CURP):

III. Revisión y Aprobación

Por este medio manifiesto por mi propio derecho, bajo protesta de decir verdad, que he verificado los datos y la información proporcionada, la cual es correcta, verdadera y actualizada a esta fecha.

NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Nombre del Contratante

Firma del Contratante

DD/MM/AAAA

Fecha de firma

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

Anexo 2. Solicitud de Cargo Automático a Tarjeta

En caso de que desee que el cobro de la Prima de su Seguro sea con cargo a su Tarjeta de cualquier Institución Bancaria, favor de requisitar los espacios en blanco y entregar este formato firmado, acompañado de una copia de identificación oficial vigente del Contratante que acepta el cargo.

Lugar y fecha:		
Datos del Contratante		
Nombre:	NOMBRE(S)	PELLIDO PATERNO
		APELLIDO MATERNO
Correo electrónico:		
Teléfono de contacto:	10 DÍGITOS	<input type="radio"/> Particular <input type="radio"/> Oficina <input type="radio"/> Celular
Datos del Agente		
Nombre:	NOMBRE(S)	PELLIDO PATERNO
		APELLIDO MATERNO
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 subsecuentes(s), mediante cargo <input type="radio"/> Automático a mi tarjeta de: <input type="radio"/> Crédito <input type="radio"/> Débito de la Institución Bancaria:		
<input type="radio"/> HSBC <input type="radio"/> BBVA <input type="radio"/> Banamex <input type="radio"/> Santander <input type="radio"/> Otra:		
con número de tarjeta:		Vencimiento: AÑO MES Código de seguridad:
En caso de Cargo Único, indicar: Cantidad: \$ IMPORTE CON LETRA		
Nota		
<p>El Contratante manifiesta que los datos antes descritos son fidedignos, por lo que se compromete a que, en caso de cambio de tarjeta por vencimiento, robo y/o extravío o cambio de número de cuenta, dará aviso de inmediato a la Aseguradora y, desde este momento autoriza que el cobro de la Prima se realice de acuerdo con los nuevos datos que proporciona, en el entendido de que al no proporcionar dicha información antes de la fecha del recibo que se encuentre próximo a vencer, la Aseguradora carecerá de facultades para realizar el cobro, por lo que los efectos del contrato cesarán automáticamente, liberando a Plan Seguro de responsabilidad alguna.</p> <p>El cargo se realizará en moneda nacional en la fecha de cobro, por lo cual el Contratante se compromete a mantener saldo suficiente en la cuenta, dándose por enterado que dichos cargos se efectúan con base en el inicio de vigencia de la Póliza, de acuerdo con el calendario y forma de pago que haya seleccionado, en caso de no registrarse el (los) cargo(s) en el estado de cuenta bancario, el Contratante deberá notificar a la Aseguradora. Cuando el día de cargo sea inhábil, éste se efectuará el día hábil siguiente.</p> <p>El Agente se obliga a verificar los datos de la tarjeta, responsabilizándose de su autenticidad de acuerdo al Artículo 10 de la Ley de Títulos y Operaciones de Crédito.</p>		

El Contratante está de acuerdo con los términos y condiciones que se establecen en este canal de cobro de Prima, firmando de conformidad.

En tanto la compañía entregue el comprobante de cargo; de manera enunciativa mas no limitativa: el estado de cuenta, recibo, folio o número de transacción, harán prueba plena del cargo, transferencia y/o depósito.

De conformidad con la Ley Sobre el Contrato de Seguro, si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día del plazo de pago. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

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

NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Nombre del Contratante

Firma del Contratante

Aviso de Privacidad Clientes

Plan Seguro S.A de C.V, Compañía de Seguros, mejor conocido como Plan Seguro, con domicilio en Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso 4, Colonia Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01900, en la Ciudad de México, México y portal de internet www.planseguro.com.mx es el responsable del uso y protección de sus datos personales, y al respecto le informamos lo siguiente:

¿Para qué fines utilizaremos sus datos personales?

Los datos personales que recabamos de usted, los utilizaremos para las siguientes finalidades:

- 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;
- Para el 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;
- 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 sean tratados para estos fines adicionales, deberá enviar su solicitud al correo electrónico datospersonales@planseguro.com.mx la solicitud deberá contener: (i) nombre, (ii) CURP, (iii) correo electrónico y (iv) documentos que acrediten la identidad del titular o, en su caso, su representación legal.

La negativa para el uso de sus datos personales para estas finalidades no podrá ser un motivo para que le neguemos los productos y servicios que solicita o contrata con nosotros.

En caso de que este aviso de privacidad no se le dé a conocer de forma directa o personal, usted cuenta con un plazo de 5 días para manifestar su negativa para el tratamiento de sus datos personales, de lo contrario, entenderemos que nos otorga su consentimiento tácito.

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 (representante legal, tutor o de quien ejerza la patria potestad), que comparte esta información, asegurarse de estar proporcionando Datos Personales completos, correctos y actualizados, por lo que Plan Seguro podrá en cualquier momento solicitar la documentación que acredite contar con facultades suficientes para 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 biométricos
- 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 podrán ser compartidos dentro del país con las siguientes personas, empresas, organizaciones o autoridades distintas a nosotros, para los siguientes fines:

Destinatario de los datos personales	Finalidad	Requiere del consentimiento
Autoridades del sistema financiero mexicano, judiciales y administrativas	Dar cumplimiento a nuestras obligaciones derivadas de leyes o tratados internacionales como Institución de Seguros, obligaciones tributarias, así como para el cumplimiento de notificaciones o requerimientos oficiales.	NO
Proveedores de servicios de salud; proveedores de servicios de asistencia; proveedores médicos y de telemedicina; prestadores de servicios financieros; agentes de seguros; promotoras de agentes de seguros; organizaciones; asociaciones; instituciones o entidades del sector asegurador.	Para dar cumplimiento a las obligaciones contraídas con usted; Gestionar todo lo relacionado con las coberturas contenidas en su contrato de seguro; trámites, siniestros, pagos, reembolsos, renovación; servicios de intermediación; selección de riesgos y prevención de fraudes.	NO

En caso de que sus datos personales sean objeto de una transferencia y se requiera de su consentimiento expreso, Plan Seguro recabará el mismo previamente y por escrito.

¿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 en el apartado de Ejercicio de derechos ARCO.

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:

Nombre del responsable del departamento de datos personales: Víctor Hugo García Cid.

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.

Correo electrónico: datospersonales@planseguro.com.mx

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 que tiene contratado con nosotros.

Por lo anterior, usted puede presentar su solicitud de forma presencial en nuestra oficina o al correo electrónico datospersonales@planseguro.com.mx 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 el apartado 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, con su registro en el listado de exclusión "NO PUBLICIDAD", a fin de que sus datos personales no sean tratados para fines mercadotécnicos, publicitarios o de prospección comercial por nuestra parte. Para su inscripción en el listado, deberá enviar su solicitud al correo electrónico datospersonales@planseguro.com.mx la solicitud deberá contener: (i) nombre, (ii) CURP, (iii) correo electrónico y (iv) documentos que acrediten la identidad del titular o, en su caso, su representación legal.

¿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.

Para conocer mayor información sobre los términos y condiciones en que serán tratados sus datos personales y la forma en que podrá ejercer sus derechos ARCO, puede consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral en www.planseguro.com.mx en el apartado Aviso de Privacidad.

Última actualización: 06/07/2023

Estoy de acuerdo y otorgo mi consentimiento expreso para el tratamiento de mis datos personales, incluyendo los financieros, patrimoniales y/o sensibles.

NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Nombre del Contratante

DD/MM/AAAA

Firma del Contratante

Fecha de firma