

Seguro de Salud Colectivo Cuestionario

Este cuestionario deberá ser requisitado en su totalidad por el Contratante y/o Solicitante, y no deberá tener tachaduras o enmendaduras.

Nombre con que se designa o designará a la Colectividad a la que pertenece:

1. Características del Producto a contratar:

Plan y Coberturas, de acuerdo a la Solicitud del Contratante y de acuerdo a la regla de seguramiento, determinada por el Contratante.

2. Antigüedad:

Si tiene Póliza en esta u otra Compañía con vigencia mínima ininterrumpida mínima de 1 año y con Periodo al Descubierto menor a 30 días naturales a la fecha de sello de recepción de Plan Seguro, S.A. de C.V., Compañía de Seguros, favor de anexar copia de la última Póliza vigente y/o certificado individual, así como el recibo con el sello de pagado o 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.

No. de Póliza	Compañía	Fecha de Antigüedad
		DD/MM/AAA

3. Solicitantes:

Favor de detallar la información de los miembros Solicitantes:

Solicitante	Nombre completo (nombre(s), apellido paterno y apellido materno)	Sexo		Fecha de Nacimiento			Parentesco con el Titular
		M	F	(DD)	(MM)	(AAAA)	
Titular							
Cóny. o Concub.							
Dependiente 1							
Dependiente 2							
Dependiente 3							
Dependiente 4							

3. Solicitantes:

Solicitante	Estado Civil (1)	Nacionalidad	Peso (Kg)	Estatura (mts)	Actividad Económica	¿Cuenta con esquema de vacunación
Titular						<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Cóny. o Concub.						<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Dependiente 1						<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Dependiente 2						<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Dependiente 3						<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Dependiente 4						<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

Solicitante	¿Practica profesionalmente algún deporte?	En caso de respuesta afirmativa, especifique el Deporte que practica
Titular	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Cóny. o Concub.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Dependiente 1	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Dependiente 2	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Dependiente 3	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Dependiente 4	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	

(1) Estado Civil: = Soltero (Soltero, Divorciado, Unión Libre y/o Viudo) o C = Casado

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.

4. Hábitos:

Solicitante	¿Fuma?	¿Desde cuándo?	Frecuencia y cantidad al día	¿Ingiere o ingirió bebidas alcohólicas?	¿Desde - Hasta?	Frecuencia y cantidad al mes	Consumió o consume drogas y/o estimulantes?	¿Desde - Hasta?	Frecuencia y cantidad al mes
	Sí No	Año			(Año - Año)			(Año - Año)	
Titular				<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	/		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	/	
Cóny. o Concub.				<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	/		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	/	
Dependiente 1				<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	/		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	/	
Dependiente 2				<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	/		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	/	
Dependiente 3				<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	/		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	/	
Dependiente 4				<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	/		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	/	

5. Otros Seguros (Esta información no facultará a la Compañía para rescindir el Contrato en términos del Artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro):

Indique en el espacio correspondiente si alguno de los Solicitantes por Asegurar cuenta actualmente con alguna Póliza de:

	Titular	Cónyuge o Concubina (o)	Dependiente 1	Dependiente 2	Dependiente 3	Dependiente 4
GMM Compañía Aseguradora	<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	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Autos Compañía Aseguradora	<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	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
AP Compañía Aseguradora	<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	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

Nota: GMM se refiere a Gastos Médicos Mayores y AP se refiere a Accidentes Personales

6. Otras Actividades:

Por su ocupación ¿está expuesto a cualquiera de lo siguiente: uso de armas de fuego, explosivos, maquinaria pesada, maquinaria ligera de riesgo, sustancias químicas peligrosas, radiaciones, riesgo por altura, alta tensión, material biológico de riesgo, transporte en motocicleta?

Solicitantes:					
Titular	Cónyuge	Dependiente 1	Dependiente 2	Dependiente 3	Dependiente 4
Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No	Sí No
<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"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Especifique	Especifique	Especifique	Especifique	Especifique	Especifique

7. Cuestionario Médico

Nota: D1 = Dependiente 1, D2 = Dependiente 2, D3 = Dependiente 3 y D4 = Dependiente 4:

Indique en el espacio correspondiente si alguno(s) de los Solicitantes por asegurar padece o ha padecido de:	Solicitantes:											
	Titular		Cónyuge		D1		D2		D3		D4	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
1. Enfermedad del corazón o presión alta (infarto, aneurisma, angina de pecho, arteriosclerosis, entre otras).	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Enfermedades del aparato respiratorio (tuberculosis, bronquitis, enfisema, asma o sinusitis, entre otras).	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Enfermedades endocrinas o metabólicas (diabetes mellitus, tiroides, hipófisis y obesidad).	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Enfermedades sanguíneas (anemia, hemorragias o leucemia).	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Afecciones del aparato circulatorio (várices, hemorroides, entre otras).	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Cáncer o tumores.	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Alguna enfermedad cerebral o del sistema nervioso (parálisis, convulsiones, pérdida del conocimiento, entre otras).	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Cuestionario Médico

Indique en el espacio correspondiente si alguno(s) de los Solicitantes por asegurar padece o ha padecido de:	Solicitantes:											
	Titular		Cónyuge		D1		D2		D3		D4	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
8. Enfermedades del aparato digestivo (esófago, estómago, intestinos, hígado -hepatitis-, vesícula biliar, páncreas, bazo, colon, recto, entre otras).	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Enfermedades del aparato urinario (cálculos renales, crecimiento de próstata, infecciones recurrentes de vías urinarias, entre otras).	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Alteraciones en el sistema auditivo, en la piel o de tipo oftalmológico .	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Enfermedades de los huesos, articulaciones de la columna vertebral, deformidades, pérdida de algún miembro.	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Enfermedades de transmisión sexual, VIH, sífilis o Virus del Papiloma Humano.	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Alguna Enfermedad o Accidente no especificado en este Cuestionario Médico. (*)	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Preguntas Específicas:	Solicitantes:											
	Titular		Cónyuge		D1		D2		D3		D4	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
14. ¿Algún Solicitante ha sido hospitalizado o le han realizado alguna cirugía, incluyendo las ambulatorias, a consecuencia de cualquier enfermedad, accidente u otros?	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. ¿Ha tenido alguna molestia, dolor o síntoma médico en los últimos 90 días?	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. En los últimos 90 días, ¿ha visitado algún Médico, está o estuvo bajo tratamiento médico, rehabilitación o tiene programada Atención Médica Quirúrgica?	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. En los últimos 90 días, ¿le han practicado pruebas de laboratorio (electrocardiogramas, ultrasonidos, resonancias, tomografías, Rx o cateterismos, entre otros)?	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Para solicitantes del sexo femenino (mayores de 11 años de edad):	Solicitantes:											
	Titular		Cónyuge		D1		D2		D3		D4	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
18. ¿Ha recibido atención médica o quirúrgica por padecimientos de los ovarios, útero, trompas uterinas, glándulas mamarias o alteraciones 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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. ¿Ha tenido embarazos?	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nº de partos												
Nº de cesáreas												
Nº de abortos												
20. Ha tenido problemas o complicaciones por embarazos previos?	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. ¿Actualmente está embarazada?	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Especifique el tiempo de gestación (meses)												

Nota: D1 = Dependiente 1, D2 = Dependiente 2, D3 = Dependiente 3 y D4 = Dependiente 4:

(*) En caso de que su respuesta sea afirmativa, especifique la enfermedad o accidente, causa, fecha de ocurrencia, tratamiento y estado actual de salud de la sección número 8, llamada "Información a detalle para casos de respuesta afirmativa".

8. Información a detalle para casos de respuesta afirmativa:

El solicitante puede ser: T = Titular; C = Cónyuge o Concubina (o); D1 = Dependiente 1; D2 = Dependiente 2; D3 = Dependiente 3 ó D4 = Dependiente 4.

Solicitante	Preg. No.	Nombre de enfermedades, accidentes, lesiones, síntomas, estudios, tratamientos e intervenciones quirúrgicas, cada uno de estos derivados o no de un accidente.	Fecha de Inicio (DD/MM/AAAA)	Causa	¿Ha tenido recaídas en los 2 últimos años?	Fecha de la última revisión (DD/MM/AAAA)	Tipo de control o tratamiento de la enfermedad o accidente (1)
					<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		
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
					<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		

(1) En caso de tratamiento o intervención quirúrgica, favor de anexar el Informe del Médico tratante, estudios que respalden el Diagnóstico y/o Estudio Histopatológico.

(2) Solicitantes menores de 3 años, se deberá anexar Informe Médico del Pediatra con: Nombre, Cédula Profesional y estado actual de Salud.

(3) Solicitantes de 65 años o más, deberán someterse a un Examen Médico de valoración.

En caso de que Plan Seguro acepte cubrir alguna Enfermedad o Accidente manifestado como preexistencia declarada, se emitirá el Endoso correspondiente para cada solicitante, Plan Seguro se reserva el derecho de aceptación o rechazo.

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 la no declaración o la 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.- El llenado del Cuestionario solamente aplicará para aquellos supuestos en los que los Asegurados se den de alta después de los 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte de la colectividad, lo anterior de conformidad con lo establecido en el Art. 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la operación de Vida y del Seguro o de Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades.
- 3.- Plan Seguro, con domicilio en Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso 4, Jardines del Pedregal, Álvaro Obregón, C.P. 01900, 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
- 4.- 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 Sinistro, incluso 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. 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 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 www.planseguro.com.mx, sin perjuicio de obtener a mi solicitud un ejemplar impreso en cualquiera de las oficinas de Plan Seguro.

Así mismo, estoy (estamos) enterado (s) que dichas condiciones están disponibles en www.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.

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 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 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 18 de diciembre de 2013, con el número CGEN -H0701-0027-2013/CONDUSEF-G-00289-002.