

Formato para Médicos sin Convenio con Plan Seguro

DMD-FORMSC-210521-V05

Alta y/o Modificación de Datos.

Alta Actualización de Datos

Fecha: día mes año

Datos del Médico:

Nombre:	Nombre (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno
Correo electrónico:	Teléfono:		
RFC:	Especialidad:		
Cédula de Especialidad o Certificación:			

Relación de Documentos*:

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Recibo (s) de Honorarios | <input type="radio"/> Forma de Pago |
| <input type="radio"/> Factura (s) | <input type="radio"/> Cheque |
| <input type="radio"/> Identificación Oficial Vigente | <input type="radio"/> Transferencia** |
| <input type="radio"/> Estado de cuenta bancario en el que indique la cuenta CLABE (18 dígitos). | |

Nombre y Firma de autorización del Médico

¿Qué datos desea actualizar?

- Nombre:
- Correo electrónico:
- Teléfono:
- Domicilio fiscal:
- RFC:
- Cédula:
- Cuenta CLABE**:

Observaciones:

Nombre y Firma de autorización del Médico

* La documentación proporcionada debe ser legible.

** Indispensable presentar estado de cuenta a nombre del médico. Puede omitir movimientos bancarios.

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; Participar en el proceso de selección y contratación de proveedores; Conducir estudios de debida diligencia; conformación de expedientes de proveedores; Crear y administrar su perfil de usuario en nuestros servicios en línea; para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la relación jurídica que nos une; realizar estudios de calidad en los productos y servicios que ofrecen; cotización de productos y servicios; elaboración, verificación, seguimiento del cumplimiento del objeto del contrato; llevar a cabo el proceso de facturación, cobro o pago derivado de la relación contractual; inclusión en nuestra red de profesionales de la salud y/o proveedores de servicios; verificar certificaciones exigidas por la normatividad aplicable. 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

Servicio Seguro **800 277 1234**
www.planseguro.com.mx



Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros. Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso 4, Jardines del Pedregal, Álvaro Obregón, C.P. 01900, Ciudad de México. | www.planseguro.com.mx
Copia Médico

Formato para Médicos sin Convenio con Plan Seguro

DMD-FORMSC-210521-V05

Alta y/o Modificación de Datos.

Alta Actualización de Datos

Fecha: día mes año

Datos del Médico:

Nombre:	Nombre (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno
Correo electrónico:	Teléfono:		
RFC:	Especialidad:		
Cédula de Especialidad o Certificación:			

Relación de Documentos*:

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Recibo (s) de Honorarios | <input type="radio"/> Forma de Pago |
| <input type="radio"/> Factura (s) | <input type="radio"/> Cheque |
| <input type="radio"/> Identificación Oficial Vigente | <input type="radio"/> Transferencia** |
| <input type="radio"/> Estado de cuenta bancario en el que indique la cuenta CLABE (18 dígitos). | |

Nombre y Firma de autorización del Médico

¿Qué datos desea actualizar?

- Nombre:
- Correo electrónico:
- Teléfono:
- Domicilio fiscal:
- RFC:
- Cédula:
- Cuenta CLABE**:

Observaciones:

Nombre y Firma de autorización del Médico

* La documentación proporcionada debe ser legible.

** Indispensable presentar estado de cuenta a nombre del médico. Puede omitir movimientos bancarios.

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; Participar en el proceso de selección y contratación de proveedores; Conducir estudios de debida diligencia; conformación de expedientes de proveedores; Crear y administrar su perfil de usuario en nuestros servicios en línea; para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la relación jurídica que nos une; realizar estudios de calidad en los productos y servicios que ofrecen; cotización de productos y servicios; elaboración, verificación, seguimiento del cumplimiento del objeto del contrato; llevar a cabo el proceso de facturación, cobro o pago derivado de la relación contractual; inclusión en nuestra red de profesionales de la salud y/o proveedores de servicios; verificar certificaciones exigidas por la normatividad aplicable. 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

Servicio Seguro **800 277 1234**
www.planseguro.com.mx



Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros. Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso 4, Jardines del Pedregal, Álvaro Obregón, C.P. 01900, Ciudad de México. | www.planseguro.com.mx
Copia Plan Seguro