Solicitud de Seguro de Gastos Médicos Mayores

DDA-SOLGMI-191209-V01

Esta solicitud deberá ser llenada en su totalidad por el Contratante y no deberá tener tachaduras o enmendaduras.

Producto a contratar: _____

1. Datos del Contratante

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

CURP: -Exclusivo para Contratante Persona Física- **RFC:** **Homoclave:**

Fecha de nacimiento: DD/MM/AAAA **Nacionalidad:** **País de nacimiento:**

Correo electrónico: **Ocupación:** **Profesión:**

Domicilio Particular y/o Fiscal del Contratante

Calle: **No. Exterior:** **No. Interior:** **Colonia:** **C.P.:**

Alcaldía o municipio: **Ciudad o población:** **Entidad federativa:**

Teléfono particular: **Teléfono de oficina:** **Ext.** **Teléfono celular:**

Si su lugar de residencia es distinto a su domicilio fiscal, favor de indicar lo siguiente: **Estado de residencia:** **Ciudad de residencia:**

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.

En caso de que el Contratante sea Persona Moral, agregar la siguiente información:

Giro mercantil u objeto social:

Administrador, Director General o Apoderado Legal:

Folio mercantil: **Número de escritura:**

Número de poder notarial: **Fecha de constitución:** DD/MM/AAAA

2. Forma de Pago

○ **Anual** ○ **Semestral** ○ **Trimestral** ○ **Mensual**

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

servicioseguro@planseguro.com.mx

PLAN SEGURO

La primera Aseguradora especializada en salud

Plan Seguro, S.A. de C.V. Compañía de Seguros. Blvd. Adolfo Ruiz Cortines No. 3299, Piso 12, Col. Rincón del Pedregal, Tlalpan, C.P. 14120, Ciudad de México.

3. Características del Producto a Contratar

3.1 Gastos Médicos Mayores Individual Tradicional

Si su producto a contratar es Gastos Médicos Mayores Individual Tradicional llenar este apartado, de lo contrario pasar al siguiente producto

Parámetros de Cobertura

UMAM = Unidad de Medida y Actualización Mensual -Vigente- Dlls. = Dólares

Suma Asegurada: UMAM **Deducible:** UMAM **Coaseguro:** % **Base hospitalaria:**

Tabla de Honorarios Médico Quirúrgicos: UMAM

Coberturas Opcionales con Costo:

Cobertura de Emergencia en el Extranjero: ◯ Sí ◯ No **¿Cúal Suma Asegurada?** ◯ SA 50,000 Dlls. ◯ SA 100,000 Dlls.

Cobertura de Atención Médica en el Extranjero: ◯ Sí ◯ No

Indique la Zona: ◯ A ◯ B ◯ C

Si su respuesta es afirmativa, indicar la zona dependiendo de la residencia del Contratante:
A: Toda el Área Nacional comprendida dentro de la franja fronteriza norte de 20 km. **B:** Baja California Norte y Sur, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas (exceptuando la franja fronteriza Norte) así como Campeche, Yucatán y Quintana Roo. **C:** El resto del país.

Cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente (IDHA): ◯ Sí ◯ No

Si su respuesta es afirmativa llenar el formato "Solicitud de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente". Esta Cobertura aplica para aquellos solicitantes que se encuentren en el rango de 20 a 65 años de edad.

Cobertura de Indemnización por Cáncer Femenino (ICF): ◯ Sí ◯ No

Si su respuesta es afirmativa llenar el formato "Solicitud de Indemnización de Cáncer Femenino". Esta Cobertura aplica solamente para los rangos de edad que se indican en la solicitud referida. -La contratación de esta Cobertura es de acuerdo a Condiciones Generales-

Incremento en la Suma Asegurada para Parto y Cesárea: ◯ Sí ◯ No **¿Cúal Suma Asegurada?** ◯ 17 UMAM ◯ 21 UMAM

Reducción de Coaseguro en padecimientos de Nariz o Senos paranasales derivados de un Accidente: ◯ Sí ◯ No

Cobertura de Eliminación de Deducible por Accidente: ◯ Sí ◯ No

Esta cobertura solo se puede contratar para aquellas Pólizas que contraten Deducible de 4 UMAM y hasta 10 UMAM en el apartado anterior "Parámetros de Cobertura".

Cobertura de Eliminación de Coaseguro por Accidente: ◯ Sí ◯ No

Esta cobertura aplica para todas las opciones de Coaseguro que se ofrecen.

3.2 Gastos Médicos Mayores Individual Esencial

Si su producto a contratar es Gastos Médicos Mayores Individual Esencial llenar este apartado, de lo contrario pasar al siguiente producto

Suma Asegurada: UMAM **Deducible:** UMAM **Coaseguro:** % **Base hospitalaria:**

Tabla de Honorarios Médico Quirúrgicos: UMAM

Coberturas Opcionales con Costo:

Cobertura de Emergencia en el Extranjero: ◯ Sí ◯ No **¿Cúal Suma Asegurada?** ◯ SA 50,000 Dlls. ◯ SA 100,000 Dlls.

Cobertura de Atención Médica en el Extranjero: ◯ Sí ◯ No

Indique la Zona: ◯ A ◯ B ◯ C

Si su respuesta es afirmativa, indicar la zona dependiendo de la residencia del Contratante:
A: Toda el Área Nacional comprendida dentro de la franja fronteriza norte de 20 km. **B:** Baja California Norte y Sur, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas (exceptuando la franja fronteriza Norte) así como Campeche, Yucatán y Quintana Roo. **C:** El resto del país.

Cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente (IDHA): ◯ Sí ◯ No

Si su respuesta es afirmativa llenar el formato "Solicitud de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente". Esta Cobertura aplica para aquellos solicitantes que se encuentren en el rango de 20 a 65 años de edad.

Cobertura de Indemnización por Cáncer Femenino (ICF): ○ Sí ○ No

Si su respuesta es afirmativa llenar el formato "Solicitud de Indemnización de Cáncer Femenino". Esta Cobertura aplica solamente para los rangos de edad que se indican en la solicitud referida. -La contratación de esta Cobertura es de acuerdo a Condiciones Generales-

Incremento en la Suma Asegurada para Parto y Cesárea: ○ Sí ○ No **¿Cúal Suma Asegurada?** ○ 17 UMAM ○ 21 UMAM

Reducción de Coaseguro en padecimientos de Nariz o Senos paranasales derivados de un Accidente: ○ Sí ○ No

Cobertura de Eliminación de Deducible por Accidente: ○ Sí ● No

Esta cobertura solo se puede contratar para aquellas Pólizas que contraten Deducible de 4 UMAM y hasta 10 UMAM en el apartado anterior "Parámetros de Cobertura".

Parámetros de Cobertura

Si su producto a contratar es Línea Especial o Promobroker -Productos de venta única en Ciudad de México y Zona Metropolitana- **llenar este apartado, de lo contrario pasar al siguiente producto**

UMAM = Unidad de Medida y Actualización Mensual -Vigente- Dlls. = Dólares

Suma Asegurada: UMAM **Deducible:** UMAM **Coaseguro:** % **Base hospitalaria:**

Tabla de Honorarios Médico Quirúrgicos: UMAM

3.3 Línea Especial

Cobertura de Emergencia en el Extranjero ○ **Cobertura de Atención Médica en el Extranjero** ○

Cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente (IDHA): ○ Sí ○ No

Si su respuesta es afirmativa llenar el formato "Solicitud de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente". Esta Cobertura aplica para aquellos solicitantes que se encuentren en el rango de 20 a 65 años de edad.

Cobertura de Indemnización por Cáncer Femenino (ICF): ○ Sí ○ No

Si su respuesta es afirmativa llenar el formato "Solicitud de Indemnización de Cáncer Femenino". Esta Cobertura aplica para aquellos solicitantes que se encuentren en el rango de 20 a 55 años de edad.

Eliminación por Pago Directo ○ **2 UMAM y 5% Coaseguro** ○ **3 UMAM y 10% Coaseguro**

Tope Máximo de Coaseguro -Se otorga si usted eligió un Coaseguro del 10%- ○ Sí ○ No

3.4 Promobroker

Cobertura de Emergencia en el Extranjero: ○ Sí ○ No

Cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente (IDHA): ○ Sí ○ No

Si su respuesta es afirmativa llenar el formato "Solicitud de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente". Esta Cobertura aplica para aquellos solicitantes que se encuentren en el rango de 20 a 65 años de edad.

Cobertura de Indemnización por Cáncer Femenino (ICF) ○ Sí ○ No

Si su respuesta es afirmativa llenar el formato "Solicitud de Indemnización de Cáncer Femenino". Esta cobertura aplica para aquellos solicitantes que se encuentren en el rango de 20 a 55 años de edad.

3.5 Línea Básica

Si su producto a contratar es Línea Básica, llenar este apartado.

Parámetros de Cobertura

UMAM = Unidad de Medida y Actualización Mensual -Vigente- Dlls = Dólares

Suma Asegurada: UMAM **Deducible:** UMAM **Coaseguro:** % **Base hospitalaria:**

Tabla de Honorarios Médico Quirúrgicos: UMAM

Cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente (IDHA): ○ Sí ○ No

Si su respuesta es afirmativa llenar el formato "Solicitud de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente". Esta Cobertura aplica para aquellos solicitantes que se encuentren en el rango de 20 a 65 años de edad.

Cobertura de Indemnización por Cáncer Femenino (ICF): ○ Sí ○ No

Si su respuesta es afirmativa llenar el formato "Solicitud de Indemnización de Cáncer Femenino". Esta Cobertura aplica para aquellos solicitantes que se encuentren en el rango de 20 a 55 años de edad.

Cobertura de Emergencia en el Extranjero: ○ Sí ○ No

Cobertura de Emergencia en el Extranjero con Suma Asegurada de 50,000 dlls. y 50 dlls de Deducible.

Tope Máximo de Coaseguro ○ Sí ○ No

Se otorga únicamente en la Ciudad de México siempre y cuando haya elegido un Coaseguro del 10%.

Coberturas Opcionales con Costo -Línea Básica-

Cobertura de Atención Médica en el Extranjero: ○ Sí ○ No

Indique la Zona: ○ A ○ B ○ C

Si su respuesta es afirmativa, indicar la zona dependiendo de la residencia del Contratante:
A: Toda el Área Nacional comprendida dentro de la franja fronteriza norte de 20 km. **B:** Baja California Norte y Sur, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas (exceptuando la franja fronteriza Norte) así como Campeche, Yucatán y Quintana Roo. **C:** El resto del país.

Eliminación por Pago Directo: ○ Si ○ No

Incremento en la Suma Asegurada para Parto y Cesárea: ○ Si ○ No **¿Cúal Suma Asegurada?** ○ 15 UMAM ○ 17 UMAM

La contratación de esta Cobertura es de acuerdo a Condiciones Generales

Reducción de Coaseguro en padecimientos de Nariz o Senos paranasales derivados de un Accidente: ○ Sí ○ No

Cobertura Especial Cáncer: ○ Sí ○ No

La contratación de esta Cobertura es de acuerdo a Condiciones Generales

Cobertura de Eliminación de Deducible: ○ Sí ○ No

Esta Cobertura solo se puede contratar para aquellas Pólizas que contraten Deducible mayor a 3 UMAM y hasta 5 UMAM en el apartado anterior " Parámetros de Cobertura"

4. Reconocimiento de Antigüedad

Si tiene Póliza en esta u otra Compañía con vigencia ininterrumpida mínimo 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, 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.

Asegurados	Antigüedad Plan Seguro				Antigüedad otra Compañía				
	Día	Mes	Año	Número de Póliza	Día	Mes	Año	No. de Póliza	Compañía
Titular									
Cónyuge o Concubino									
Asegurado 1									
Asegurado 2									
Asegurado 3									
Asegurado 4									

5. Solicitantes

Favor de detallar la información de los miembros solicitantes y considere los siguientes criterios para el llenado:

Asegurados	Nombre (s), apellido paterno y apellido materno	Sexo		Fecha de Nacimiento			Parentesco con el titular
		F	M	DD	MM	AAAA	
Titular							
Cónyuge o Concubino							
Asegurado 1							

Asegurados	Nombre (s), apellido paterno y apellido materno	Sexo		Fecha de Nacimiento			Parentesco con el titular
		F	M	DD	MM	AAAA	
Asegurado 2							
Asegurado 3							
Asegurado 4							

Notas: 1. Asegurados menores de 3 años se deberá anexar Informe Médico con nombre y cédula profesional del pediatra, indicando nombre, talla, peso, esquema de vacunación y estado de saud actual del menor.
2. Asegurados de 65 años o más, deberán someterse a un examen médico de valoración.

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

Asegurados	CURP	RFC	Estado Civil	Nacionalidad	Peso (kg)	Estatura (mt)	Ocupación/ Actividad	¿Cuenta con esquema de vacunación?
Titular								○ Sí ○ No
Cónyuge o Concubino								○ Sí ○ No
Asegurado 1								○ Sí ○ No
Asegurado 2								○ Sí ○ No
Asegurado 3								○ Sí ○ No
Asegurado 4								○ Sí ○ No

Nota: En el campo "Ocupación/Actividad" debe especificarse la actividad a la que se dedica, NO indicar la palabra "EMPLEADO".

Asegurados	¿Practica profesionalmente algún deporte?	En caso de respuesta afirmativa, especifíque el deporte que practica
Titular	○ Sí ○ No	
Cónyuge o Concubino	○ Sí ○ No	
Asegurado 1	○ Sí ○ No	
Asegurado 2	○ Sí ○ No	
Asegurado 3	○ Sí ○ No	
Asegurado 4	○ Sí ○ No	

*Se entenderá como deporte profesional, todo aquel por el que se obtenga algún tipo de remuneración económica al realizar dicho deporte.

6. Hábitos

Asegurados	¿Fuma o ha fumado?	Desde - Hasta (año - año)	Cantidad de cigarrillos al día	¿Ingiere o ingirió bebidas alcoholicas?	Desde - Hasta (año - año)	Cantidad de copas a la semana	¿Consume o consumió drogas y/o estimulantes?	Desde - Hasta (año - año)	Frecuencia y cantidad
Titular	○ Sí ○ No	/		○ Sí ○ No	/		○ Sí ○ No	/	
Cónyuge o Concubino	○ Sí ○ No	/		○ Sí ○ No	/		○ Sí ○ No	/	
Asegurado 1	○ Sí ○ No	/		○ Sí ○ No	/		○ Sí ○ No	/	
Asegurado 2	○ Sí ○ No	/		○ Sí ○ No	/		○ Sí ○ No	/	
Asegurado 3	○ Sí ○ No	/		○ Sí ○ No	/		○ Sí ○ No	/	
Asegurado 4	○ Sí ○ No	/		○ Sí ○ No	/		○ Sí ○ No	/	

7. Otros Seguros

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

Asegurados	GMM / Compañía Aseguradora		AP / Compañía Aseguradora		Autos / Compañía Aseguradora	
Titular	○ Sí ○ No		○ Sí ○ No		○ Sí ○ No	
Cónyuge o Concubino	○ Sí ○ No		○ Sí ○ No		○ Sí ○ No	
Asegurado 1	○ Sí ○ No		○ Sí ○ No		○ Sí ○ No	
Asegurado 2	○ Sí ○ No		○ Sí ○ No		○ Sí ○ No	
Asegurado 3	○ Sí ○ No		○ Sí ○ No		○ Sí ○ No	
Asegurado 4	○ Sí ○ No		○ Sí ○ No		○ Sí ○ No	

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

8. Otras Actividades

Marque si 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

Asegurados		Especifique
Titular	○ Sí ○ No	
Cónyuge o Concubino	○ Sí ○ No	
Asegurado 1	○ Sí ○ No	
Asegurado 2	○ Sí ○ No	
Asegurado 3	○ Sí ○ No	
Asegurado 4	○ Sí ○ No	

9. Cuestionario Médico

Nota: A1 = Asegurado 1, A2 = Asegurado 2, A3 = Asegurado 3, A4 = Asegurado 4

En caso de que su respuesta sea afirmativa a cualquiera de las preguntas 1 a 17 especifique la información requerida en el apartado 10 "Información a detalle para casos de respuesta afirmativa".

Indique en el espacio correspondiente si alguno (s) de los Solicitante (s) por asegurar padece o ha padecido:	Asegurados											
	Titular		Cónyuge		A1		A2		A3		A4	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
1. Enfermedades del corazón o presión alta (infarto, aneurisma, angina de pecho, arteriosclerosis, entre otras).	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
2. Enfermedades del aparato respiratorio (tuberculosis, bronquitis, enfisema, asma o sinusitis, entre otras).	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
3. Enfermedades endócrinas o metabólicas: diabetes mellitus, tiroides, hipófisis u obesidad.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
4. Enfermedades sanguíneas (anemia, hemorragias o leucemia).	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
5. Afecciones del aparato circulatorio (várices, hemorroides, entre otras).	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
6. Cáncer o tumores.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
7. Alguna enfermedad cerebral o del sistema nervioso (parálisis, convulsiones, pérdida del conocimiento, entre otras).	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
8. Enfermedades del aparato digestivo (esófago, estómago, intestinos, híga do (hepatitis), vesícula biliar, páncreas, bazo, colon, recto, entre otras).	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
9. Enfermedades del aparato urinario (cálculos renales, crecimiento de próstata, infecciones recurrentes de vías urinarias, entre otras).	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
10. Alteraciones en el sistema auditivo, en la piel o de tipo oftalmológico.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
11. Enfermedades de los huesos, articulaciones, de la columna vertebral, deformidades, pérdida de algún miembro.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
12. Enfermedades de transmisión sexual, VIH, SIDA, Sífilis o Virus del Papiloma Humano.	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
13. Alguna enfermedad o accidente no especificado en este Cuestionario Médico. (*)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Preguntas Específicas	Asegurados											
	Titular		Cónyuge		A1		A2		A3		A4	
	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 o estéticas a consecuencia de cualquier enfermedad, accidente u otros?	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
15. ¿Ha tenido alguna molestia, dolor o síntoma médico en los últimos 90 días?	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

	Titular Sí	Titular No	Cónyuge Sí	Cónyuge No	A1 Sí	A1 No	A2 Sí	A2 No	A3 Sí	A3 No	A4 Sí	A4 No
16. En los últimos 90 días, ¿Ha visitado algún Médico, está o estuvo bajo tratamiento médico, rehabilitación o tiene programada atención médica o quirúrgica?	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
17. En los últimos 90 días, ¿Le han practicado exámenes de laboratorio y/o gabinete (electrocardiogramas, ultrasonidos, resonancias, tomografías, radiografías o cateterismos, entre otros)?	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

(*) Llenar el apartado 10

Exclusivo para mujeres mayores de 11 años

En caso de que su respuesta sea afirmativa a cualquiera de las preguntas 18 y 20 especifique la información requerida en el apartado 10 "información a detalle para casos de respuesta afirmativa".

			Titular Sí	Titular No	Cónyuge Sí	Cónyuge No	A1 Sí	A1 No	A2 Sí	A2 No	A3 Sí	A3 No	A4 Sí	A4 No
18. ¿Ha recibido atención médica o quirúrgica por padecimientos de los ovarios, útero, trompas uterinas, glándulas mamarias, o alteraciones de la menstruación?			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
19. ¿Ha tenido embarazos? (*)			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
En caso de respuesta(s) afirmativa(s), indique la cantidad, el mes y el año de la más reciente, en la opción que corresponda:	**Partos**	**¿Cuántos?**												
		Mes / Año												
	Cesáreas	**¿Cuántos?**												
		Mes / Año												
	Abortos	**¿Cuántos?**												
		Mes / Año												
20. ¿Ha tenido problemas o complicaciones por embarazos previos?			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
21. ¿Actualmente está embarazada?			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Especifique el tiempo de gestación (meses)														

10. Información a detalle para casos de respuesta afirmativa

El Asegurado puede ser: T = Titular; C = Cónyuge o concubina (o); A1 = Asegurado 1; A2 = Asegurado 2; A3 = Asegurado 3 o A4 = Asegurado 4.

Información a detalle para casos de respuesta afirmativa

Asegurado	Pregunta No.	Nombre de: enfermedades, accidentes lesiones, síntomas, estudios, tratamientos e intervenciones quirúrgicas, cada uno de éstos derivados o no de un accidente	Fecha de inicio u ocurrencia DD	MM	AAAA	Tratamiento y estado actual de salud

Asegurado	Pregunta No.	¿Ha tenido recaídas en los 2 últimos años?	Fecha de última revisión DD	MM	AAAA	Tipo de control o tratamiento de la Enfermedad o Accidente (*) -En caso de requerir más espacio, anexar otra solicitud-
		○ Sí ○ No				
		○ Sí ○ No				
		○ Sí ○ No				
		○ Sí ○ No				

(*) En caso de tratamiento o intervención quirúrgica, favor de anexar el informe del Médico tratante, estudios que respalden el diagnóstico y estudio histopatológico.
En caso de que Plan Seguro acepte cubrir alguna enfermedad o accidente manifestado como preexistencia declarada, se emitirá el endoso correspondiente para cada solicitante. Lo anterior se encuentra sujeto a términos y condiciones.

11. De interés para el contratante

1. De conformidad con la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se exhorta al contratante para que declare todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de firmar la misma, en la inteligencia de que la omisión, declaración inexacta o falsa de los hechos importantes que se le pregunten podría originar la pérdida de los derechos de los Asegurados.

En caso de fallecimiento del Contratante (en caso de ser persona física), la indemnización por prima no devengada que resulte procedente deberá cubrirse a:

NOMBRE (S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Firma del Contratante

Plan Seguro S.A de C.V, Compañía de Seguros , con domicilio en calle Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3299 Piso 12, colonia Rincón del Pedregal, Ciudad de México, delegación Tlalpan, C.P 14120, en la entidad de Ciudad de México, país México, utilizará sus datos personales recabados 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, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable así como para prospección comercial. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de: **planseguro.com.mx** y mediante avisos colocados en Oficina Matriz, Sucursales, Módulos de Atención y Oficinas de Desarrollo Comercial.

12. Cuestionario para la identificación de personas políticamente expuestas

Lea con atención las siguientes preguntas y seleccione la respuesta adecuada.

1. ¿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 Expuesta?	○ Sí	○ No
2. ¿ Es o 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 formato anexo.

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.

13. De común acuerdo entre el Contratante y la Compañía Aseguradora

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 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 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 siguiente correo electrónico:

_____
Mail

_____ _____
Nombre del Contratante **Firma del Contratante**

Asimismo, estoy (estamos) enterado (s) que dichas condiciones 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).
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 Soliciud, ni noticia alguna en relación con la misma, dicha Solicitud se considerará como rechazada por la compañía referida.

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.

Se firma la presente Solicitud ratificando que lo declarado en ésta, constituye los antecedentes completos y verídicos y se considera que sirven para identificar el riesgo que se asegura como objeto sobre la 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, sin que ello invalide las que se realicen en el domicilio particular señalado en el presente formulario.

_____ _____
Nombre del Contratante **Firma del Contratante**

Así mismo otorgo el consentimiento a Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros para que en un cumplimiento a las obligaciones inherentes a la Póiliza que en su caso se emita, haga uso de los Datos Personales aquí proporcionados.

_____ _____
Nombre del Contratante **Firma del Contratante**

Lugar: _____ **Fecha:** DD MM AAAA

14. Datos del Agente

Clave: _____ **Correo electrónico:** _____

_____ _____
Nombre del Agente **Firma del Agente**

El Agente de Seguros, manifiesta bajo protesta de decir verdad, que todo lo vertido en la presente solicitud es expresado por el contratante que llenó y firmó en su presencia, durante la entrevista correspondiente. Adicionalmente se incluyen copias simples de los documentos con los cuales se identificó, mismos que fueron cotejados con su original por el Agente.

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 29 de marzo de 2019, con el número CGEN-H0701-0002-2019/G-00101-004.

15. Cargo Automático a Tarjeta (CAT)

Solicito y autorizo a Plan Seguro, S.A. de C.V, Compañía de Seguros, para que con base en la siguiente información realice:

El cobro de la Póliza No. _____ (Uso exclusivo de Plan Seguro) **con Cargo Automático a mi:** ◯ **Tarjeta de Crédito** ◯ **Tarjeta de Débito HSBC, Bancomer, Banamex o Santander**

De la Institución Bancaria: _____ **con vencimiento:** MES AÑO

No. de Tarjeta: _____ **Código de Seguridad:** _____ (No. Adicional impreso en tarjeta)

Asi mismo, el tarjetahabiente manifiesta que los datos antes descritos son fidedignos, por lo que se compromete que, en caso de cambio de tarjeta por vencimiento, robo y/o extravío o cambio de número de cuenta, antes descrito, 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 que de 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 automaticamente liberando a Plan Seguro de responsabilidad alguna.

El cargo se realizará en moneda nacional en la fecha de cobro, por lo cual el tarjetahabiente 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 tarjetahabiente deberá notificar a la Aseguradora, cuando el día de cargo sea inhábil, este efectuará el día hábil siguiente.

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.

El tarjetahabiente 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.

_____ **Nombre del Tarjetahabiente**

_____ **Firma del Tarjetahabiente**

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

Teléfonos: 01 (55) 4170 9668 y 01 (55) 4170 9667
Dirección: Blvd. Adolfo Ruiz Cortines No.3299, Piso 12, Col. Rincón del Pedregal, Tlalpan, C.P. 14120, 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

Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros, con domicilio en calle Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3299, Piso 12, Colonia Rincón del Pedregal, Ciudad de México, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14120, en la entidad de Ciudad de México, país México, utilizará sus datos personales recabados 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, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable así como para prospección comercial.

Así mismo manifiesto que tuve acceso al aviso de privacidad integral de Plan Seguro S.A. de C.V., Compañia de Seguros y me fue informado que para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puedo hacer valer y para consultas posteriores del aviso de privacidad integral lo puedo hacer a través de la página www.planseguro.com.mx y mediante avisos colocados en Oficina Matriz, Sucursales, Módulos de Atención y Oficinas de Desarrollo Comercial.

_____ **Firma del Contratante**

ANEXO 1

Cuestionario para la identificación de personas políticamente expuestas

Formato Anexo Persona Políticamente Expuesta Lea con atención las siguientes preguntas y responda adecuadamente.

1.- Si el contratante es la Persona Políticamente Expuesta

a) Indicar el nombre de la Institución para la que labora : b) Indicar el cargo desempeñado:

2.- En caso de que el contratante tenga algún parentesco con la Persona Políticamente Expuesta.

a) Tipo de parentesco Padre/Madre ○ Hermano/a ○ Abuelo/a ○ Suegro/a ○ Nuera ○

Cónyuge ○ Concubino/a ○ Hijo/a ○ Cuñado/a ○ Nieto/a ○ Yerno ○

Información referente a la persona con la que se tiene parentesco.

b) Indicar el nombre de la dependencia en la cual se desempeña: _____

c) Indicar el cargo desempeñado en dicha dependencia: _____

3.- Datos de la Persona Políticamente Expuesta con la que se mantenga parentesco (En caso de conocerlo)

a) Nombre completo: _____ b) Fecha de nacimiento: _____

c) País de nacimiento: _____ d) Nacionalidad: _____

e) Domicilio particular en su lugar de residencia: _____

f) Teléfono en que se puede localizar: _____ g) Correo electrónico, en su caso

h) CURP y RFC (con homoclave) _____

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 completo	**Firma**	**Fecha**

ANEXO 2

Aviso de privacidad

Plan Seguro S.A de C.V, Compañía de Seguros, mejor conocido como Plan Seguro, con domicilio en calle Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3299 Piso 12, Colonia Rincón del Pedregal, Ciudad de México, Alcaldía de Tlalpan, CP.14120, en la Ciudad de México, República Mexicana, 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 que son necesarias para el servicio que solicita:

A) 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, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable.

B) Prospección comercial
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 o publicitaria
En caso de que no desee que sus datos personales se utilicen para estos fines secundarios, indíquelo a continuación:
Es mi deseo No otorgar mi consentimiento que mis datos personales se utilicen para los siguientes fines.
[ ] Mercadotecnia o publicitaria.

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

¿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 sobre características físicas
• Datos laborales
• Datos académicos
• 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 vida sexual
• Datos de origen étnico o racial

¿Con quién compartimos su información personal y para qué fines?

Le informamos que sus datos personales son compartidos dentro y fuera 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
Prestadores de salud.	Para tramitación de siniestros.	No
A organizaciones, instituciones o entidades del sector asegurador.	Para fines de selección de riesgos y prevención de fraudes.	No

¿Cómo puede acceder, rectificar o cancelar sus datos personales, u oponerse a su uso?

Usted tiene derecho a conocer qué datos personales tenemos de usted, para qué los utilizamos y las condiciones del uso que les damos (Acceso). Asimismo, es su derecho solicitar la corrección de su información personal en caso de que esté desactualizada, sea inexacta o incompleta (Rectificación); que la eliminemos de nuestros registros o bases de datos cuando considere que la misma no está siendo utilizada adecuadamente (Cancelación); así como oponerse al uso de sus datos personales para fines específicos (Oposición). Estos derechos se conocen como derechos ARCO.
Para el ejercicio de cualquiera de los derechos ARCO, usted deberá presentar la solicitud respectiva a través del siguiente medio:
Usted podrá ejercer sus derechos de Acceso, Rectificación o Cancelación de sus datos personales, así como oponerse al tratamiento de los mismos o revocar el consentimiento que para tal fin nos haya otorgado, a través del procedimiento establecido para tal efecto.
Para conocer el procedimiento y requisitos para el ejercicio de los derechos ARCO, ponemos a su disposición el siguiente medio:
Nuestro portal de internet: www.planseguro.com.mx, oficinas y módulos de Plan Seguro
Los datos de contacto de la persona o departamento de datos personales, que está a cargo de dar trámite a las solicitudes de derechos ARCO, son los siguientes:
a) Indicar el nombre del responsable del departamento de datos personales: Ana Laura Padilla Herrera
b) Domicilio: Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3299, Piso 12, Colonia Rincón del Pedregal, Ciudad de México, Alcaldía de Tlalpan, CP. 14120, en la entidad de Ciudad de México, país México
c) Correo electrónico: datospersonales@planseguro.com.mx
d) Número telefónico: 55-51473100

Usted puede revocar su consentimiento para el uso de sus datos personales

Usted puede revocar el consentimiento que, en su caso, nos haya otorgado para el tratamiento de sus datos personales. Sin embargo, es importante que tenga en cuenta que no en todos los casos podremos atender su solicitud o concluir el uso de forma inmediata, ya que es posible que, para dar cumplimiento a alguna obligación legal, requiramos seguir tratando sus datos personales. Asimismo, usted deberá considerar que para ciertos fines, la revocación de su consentimiento implicará que no le podamos seguir prestando el servicio inherente a la utilización de su póliza, o la conclusión de su relación con nosotros.
Para revocar su consentimiento deberá presentar su solicitud a través del siguiente medio:
Vía presencial en nuestras oficinas y módulos o bien, mediante el procedimiento descrito en el portal www.planseguro.com.mx en la liga de Datos Personales y Derechos ARCO.
Para conocer el procedimiento y requisitos para la revocación del consentimiento, ponemos a su disposición el siguiente medio:
en el portal www.planseguro.com.mx en la liga de Datos Personales y Derechos ARCO.

¿Cómo puede limitar el uso o divulgación de su información personal?

Con objeto de que usted pueda limitar el uso y divulgación de su información personal, le ofrecemos los siguientes medios:
Vía presencial en nuestras oficinas o módulos y en el portal www.planseguro.com.mx en la liga de Datos Personales y Derechos ARCO.
De manera adicional, le informamos que contamos con los siguientes listados de exclusión, en los cuales podrá registrarse para que sus datos personales no sean tratados para ciertos fines:

Nombre del listado	Finalidad para las que aplica	Medio para obtener mayor información
Mercadotecnia y publicidad	Evitar ser molestados para estos fines	En el portal www.planseguro.com.mx en la liga de datos personales y derechos ARCO

Asimismo, usted se podrá inscribir a los siguientes registros, en caso de que no desee obtener publicidad de nuestra parte:
Registro Público de Usuarios, para mayor información consulte el portal de internet de la CONDUSEF.
El uso de tecnologías de rastreo en nuestro portal de internet.

Le informamos que en nuestra página de internet utilizamos cookies, web beacons u otras tecnologías, a través de las cuales es posible monitorear su comportamiento como usuario de internet, así como brindarle un mejor servicio y experiencia al navegar en nuestra página. Los datos personales que recabamos a través de estas tecnologías, los utilizaremos para los siguientes fines:
Mejorar la experiencia del usuario en el portal y fines estadísticos.

Los datos personales que obtenemos de estas tecnologías de rastreo son los siguientes:

Identificadores.
Nombre de usuario y contraseñas de una sesión.
Idioma preferido por el usuario.
Región en la que se encuentra el usuario.
Tipo de navegador del usuario.
Tipo de sistema operativo del usuario.
Fecha y hora del inicio y final de una sesión de un usuario.
Páginas web visitadas por un usuario.
Publicidad revisada por un usuario.

¿Cómo puede conocer los cambios en este aviso de privacidad?

El presente aviso de privacidad puede sufrir modificaciones, cambios o actualizaciones derivadas de nuevos requerimientos legales; de nuestras propias necesidades por los productos o servicios que ofrecemos; de nuestras prácticas de privacidad; de cambios en nuestro modelo de negocio, o por otras causas.

Nos comprometemos a mantenerlo informado sobre los cambios que pueda sufrir el presente aviso de privacidad, a través de: El presente Aviso, así como sus modificaciones, estarán a su disposición en www.planseguro.com.mx y mediante avisos colocados en Oficina Matriz, Sucursales, Módulos de Atención y Oficinas de Desarrollo Comercial.

El procedimiento a través del cual se llevarán a cabo las notificaciones sobre cambios o actualizaciones al presente aviso de privacidad es el siguiente:
El cambio del presente Aviso de Privacidad podrá efectuarse por Plan Seguro en cualquier momento que se considere necesario.
Su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales.
Consiento que mis datos personales sean tratados de conformidad con los términos y condiciones informados en el presente aviso de privacidad.[ ]

Nombre del titular	**Firma del titular**

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

servicioseguro@planseguro.com.mx

PLAN SEGURO

La primera Aseguradora especializada en salud