

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE)

Fecha:

Datos del Contratante, Asegurado y/o Solicitante:

Nombre:

No. de póliza:

Medios de contacto para notificar la respuesta a tu petición:

Teléfono(s) celular: Casa:

Correo electrónico:

En mi carácter de Contratante, Asegurado y/o Solicitante declaro mi inconformidad causada en:

Servicio y/o atención

Por la razón de los siguientes hechos:

Por lo antes mencionado, solicito:

Adjunto a esta solicitud, copia de mi identificación oficial así como los siguientes documentos mencionados que sustentan mi solicitud:

Plan Seguro S.A de C.V, Compañía de Seguros , con domicilio en calle Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso 4, Jardines del Pedregal, Álvaro Obregón, C.P. 01900, Ciudad de México, 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.

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

Nombre y firma del Contratante, Asegurado y/o Solicitante

 **Plan Seguro**
 Mi salud es hoy