

Solicitud de Seguro de Gasto Médico Mayor Individual

Esta solicitud deberá ser llenada en su totalidad por el Contratante, con una sola tinta, y no deberá 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 personal de Plan Seguro):

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 :					
¿Prácticas profesionalmente algún deporte? ³	<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, prácticas 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. En caso de dejar vacío se entenderá que la respuesta es negativa.	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?	<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 afirmativo, indicar meses de gestación:										

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

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:
 GMM Tradicional
 GMM Esencial
 Línea Básica
 Línea Especial CE
 Línea Especial EE
 Promobroker

Suma Asegurada:
Deducible:
Coaseguro: %

Tope Máximo de Coaseguro¹:

Base Hospitalaria:
Tabulador de Honorarios Médico 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	GMM Tradicional	GMM Esencial	Línea Básica	Línea Especial CE	Línea Especial EE	Promobroker
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	NO DISPONIBLE	AMPARADA	<input type="radio"/> Sí
Cobertura en el Extranjero ²	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	AMPARADA	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE
Eliminación de Deducible por Accidente	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE
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	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE
Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente (IDHA) ³	<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	<input type="radio"/> \$500 <input type="radio"/> \$1,000 <input type="radio"/> \$1,500 <input type="radio"/> \$2,000
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	<input type="radio"/> Dental + <input type="radio"/> Dental Total
Eliminación de Deducible y Coaseguro por Pago Directo	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE	<input type="radio"/> 2 UMAM y 5% de Coaseguro	<input type="radio"/> 2 UMAM y 5% de Coaseguro <input type="radio"/> 3 UMAM y 10% de Coaseguro	<input type="radio"/> 2 UMAM y 5% de Coaseguro <input type="radio"/> 3 UMAM y 10% de Coaseguro	NO DISPONIBLE
Eliminación de Coaseguro por Accidente	<input type="radio"/> Sí	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE
Incremento de Suma Asegurada para Cobertura de Parto y Cesárea ⁴	<input type="radio"/> 17 UMAM <input type="radio"/> 21 UMAM	<input type="radio"/> 17 UMAM <input type="radio"/> 21 UMAM	<input type="radio"/> 15 UMAM <input type="radio"/> 17 UMAM	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE

Otra: _____

² El costo de esta Cobertura es con base en la zona de 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, y C: El resto del país.

³ La Suma Asegurada para esta cobertura está en pesos por día.

⁴ Únicamente Solicitantes mujeres.

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 Expuesta?² 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

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, otorgo mi consentimiento 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).

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 referida.

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 del 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 al Contratante y/o Asegurado.

Asímismo 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 Póliza que en su caso se emita, haga uso de los Datos Personales aquí proporcionados.

En caso de fallecimiento del Contratante (en caso de ser persona física), la devolución de Prima No Devengada que resulte procedente deberá cubrirse a:

Nombre del Designado: NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

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., Compañía de Seguros, como parte integrante de la Solicitud en el Anexo 5, 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.

 NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Nombre del Contratante

Firma del Contratante

 DD/MM/AAAA

Entidad Federativa

Fecha de Firma

Reclamaciones y Consultas Unidad Especializada de Atención a Clientes - UNE

Teléfonos: 55 4170 9668 y 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 . 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 22 de abril de 2020, con el número CGEN-H0701-0008-2020/G00101-007.