Plan Seguro®

DAF-SOLCAP-210519-V04

Solicitud de Cargo Automático Permanente

INSTRUCCIONES:

En caso de que desee que el cobro de la Prima de su Seguro sea con cargo a su Tarjeta de Crédito de cualquier Intitución Bancaria, favor de requisitar los espacios en blanco y entregar este formato debidamente firmado, en nuestras oficinas o a través de su Agente acompañado de una copia de identificación oficial vigente del Tarjetahabiente que acepta el cargo.

Este formato solo será válido durante las vigencias de las Pólizas

Lugar y fecha: **Póliza:**

Datos del Tarjetahabiente En caso de ser diferente al Contratante / Asegurado

Nombre: Nombre (s) Apellido Paterno Apellido Materno

Relación con el Contratante / Asegurado:

Correo electrónico obligatorio: **Teléfono particular:**

Teléfono de oficina: **Extensión:** **Teléfono celular:**

Datos del Agente

Nombre: Nombre (s) Apellido Paterno Apellido Materno

Clave del Agente: **Correo electrónico obligatorio:**

Solicito y Autorizo a Plan Seguro, S.A de C .V. Compañía de Seguros, que realice el cobro:

Mediante cargo automático a mi tarjeta de: **Crédito:** ○ **Débito:** ○

Correspondiente al/los pago(s) inicial y/o subsecuentes(s) de la Institución Bancaria:

HSBC ○ **Bancomer** ○ **Banamex** ○ **Santander** ○ **Otra:**

Número de Tarjeta: **Vencimiento:** **Código de Seguridad:**

(No. adicional impreso en la tarjeta, si es American Express deben ser 4 dígitos)

En caso de cualquier aclaración o rechazo, se notificará en su correo electrónico -obligatorio-

Nota:
En caso de cancelación, cambio de tarjeta o vencimiento de la misma, me comprometo a actualizar oportunamente los datos a **Plan Seguro,** para lo cual se llenará nuevamente el formato de solicitud de Cargo Automático permanente, donde se debe hacer el nuevo cargado del (los) importe(s) de la Prima de la(s) Póliza(s).

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; 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 de seguro, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad vigente y aplicable; crear y administrar su perfil de usuario en nuestros servicios en línea; compartir y recabar información, así como gestionar con terceros proveedores de servicios de salud todo lo relacionado con las coberturas contenidas en su contrato de seguro; Integración y actualización del expediente de identificación del cliente, así como presentación de reportes a las autoridades competentes en términos de las disposiciones para prevenir el lavado de dinero y financiamiento al terrorismo; para dar cumplimiento a las obligaciones contraídas con usted; con fines estadísticos grupales, individuales, y para la creación de campañas preventivas de Salud; mercadotecnia, publicidad y prospección comercial. 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

Nombre del Tarjetahabiente

Firma de autorización del Tarjetahabiente

Nombre del Agente

Firma de autorización del Agente