

Solicitud de Seguro de Gastos Médicos Mayores Colectivo

DDA-SOLGMC-200601-V02

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

Solicitud de Seguro:

Producto a Contratar:

1. Datos del Contratante:

Nombre o Razón Social: Nombre (s) Apellido Paterno Apellido Materno

RFC: Homoclave: Correo electrónico:

Nacionalidad: País de nacimiento: CURP:

Correo electrónico: Folio Mercantil:

Giro Mercantil u Objeto Social:

Administrador, Director General o Apoderado Legal:

Número de Escritura: Número de Poder Notarial:

Fecha de Constitución: DÍA MES AÑO

Domicilio:

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

Delegación o Municipio: Ciudad o Población: Entidad Federativa:

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

Si su lugar de residencia es diferente a la dirección del Contratante, favor de indicar:

Estado de Residencia: Ciudad de Residencia:

2. Características de la Colectividad Asegurable:

Número de personas que forman la Empresa: Número de personas por asegurar:

Inicio de vigencia solicitado:

Asegurados Titulares:

Dependientes Económicos:

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

 **Plan Seguro**
Mi salud es hoy

Página 1 de 6

3. Naturaleza del Riesgo:

¿La Compañía practica valoración médica al empleado antes de su ingreso en esa Compañía? Sí No

Declaraciones sobre la existencia de circunstancias que se consideren determinantes para apreciar la posibilidad de cúmulos de pérdidas derivados de la ocurrencia simultánea de Siniestros a varios integrantes de la Colectividad, ocasionado en forma directa por la actividad que realicen éstos.

¿Cuenta con Servicio Médico dentro de las instalaciones?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
¿Tiene Empleados que trabajan con o en lugares donde se maneja fuego, alta tensión, productos químicos, radioactivos, inflamables, explosivos, tóxicos u otros peligros similares?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Cuántos?
¿Tiene Empleados que manejan, trabajan o dan mantenimiento a algún tipo de maquinaria (Excluir equipo de Oficina)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Cuántos? Tipo de maquinaria
¿Tiene Empleados que realizan trabajos submarinos, marinos, subterráneos, aéreos o en techos, azoteas o en alturas peligrosas o en plataformas marítimas?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿De qué tipo?
¿Tiene Empleados que trabajan en aviones que no pertenezcan a Líneas Aéreas comerciales?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Normalmente, ¿cuál es el número máximo de Funcionarios y/o Empleados que viajan juntos? Durante un año, ¿cuántos viajes realizan estos Funcionarios y/o Empleados?
¿La Empresa promueve algún deporte para sus Empleados?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Cuál?
¿Tienen Empleados que por su actividad porten armas de fuego o punzo cortantes?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Cuántos?

4. Características de la Colectividad Solicitada:

Rango de Edades	Hombres	Mujeres
00-03		
04-19		
20-24		
25-29		
30-34		
35-39		
40-44		
45-49		
50-54		

Rango de Edades	Hombres	Mujeres
55-59		
60-64		
65-69		
70-74		
75-79		
80-84		
85-89		
90-94		
95 y más		

Suma Asegurada

UMAM

Forma de Pago:

Anual

Semestral

Trimestral

Mensual

Nota: Para realizar la emisión es necesario que se presente el listado de la población en medio magnético bajo las siguientes características: nombre, apellido paterno, apellido materno, fecha de nacimiento (dd/mm/aa), sexo (f o m), fecha de Antigüedad (dd/mm/aa).

Anexar la Cotización correspondiente a fin de que se indiquen los parámetros de Cobertura que serán contratados para la Colectividad y cada Subcolectivo, en caso de que éstos existan.

5. Datos de la Póliza:

Estuvo Asegurado con Póliza en el Ramo de Salud o Gastos Médicos Mayores en otra Compañía Aseguradora, previo a su contratación en ésta: Sí No

En caso afirmativo, favor de contestar lo siguiente:

Nombre del Plan: Nivel Hospitalario:

Compañía Aseguradora:

Indique la última vigencia continua en esa Compañía

Desde			Hasta		
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

6. Reconocimiento de Antigüedad

Si tiene una Póliza en esta u otra Compañía con vigencia ininterrumpida 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 con relación de Asegurados y/o certificados individuales, Endoso o Reconocimiento de Antigüedad, así como el recibo con el sello de pagado o constancia de Antigüedad de la Compañía anterior para que Plan Seguro, S.A. de C.V., Compañía de Seguros pueda otorgar dicho Beneficio.

No. de Póliza	Compañía	Fecha de Antigüedad		
		Día	Mes	Año

De interés para el Solicitante

- 1.- Se previene al Solicitante para que conforme a los Artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, declaren todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta Solicitud, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmar la misma, en la inteligencia que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho, podrá originar la pérdida de los derechos que le confiere la Póliza correspondiente al Asegurado o Beneficiario en su caso.
- 2.- El llenado de Cuestionario solamente aplicará para aquellos supuestos en los que a los Asegurados se den de alta después de los 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte de la colectividad, lo anterior de conformidad con lo establecido en el Art. 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro de Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.
- 3.- Plan Seguro, con domicilio en Blvd. Adolfo Ruiz Cortines No. 3299, Piso 12, Col. Rincón del Pedregal, Tlalpan, C.P. 14120, Ciudad de México, hace de su conocimiento que sus Datos Personales tanto Sensibles como Patrimoniales, que sean recabados y/o generados derivados de la relación jurídica que se realice, exista o concluya, se tratarán únicamente para fines relacionados con el cumplimiento de dicha relación.
- 4.- De conformidad con el Artículo 11 de las Disposiciones Generales en materia de sanas prácticas, transparencia y publicidad aplicables a las instituciones de Seguros, se hace de su conocimiento que le presente solicitud de seguro no contienen abreviaturas de uso no común.

De común acuerdo entre Contratante y/o Representante Legal y la Compañía Aseguradora

Reconozco estar informado de que las omisiones, falsas e inexactas declaraciones sobre los hechos importantes del riesgo, que se detecten en el cuestionario contenido en la presente, darán lugar a la rescisión del Contrato de Seguro que llegue a celebrarse y en consecuencia a la pérdida de los derechos derivados del mismo, no obstante que tales hechos no influyan en la realización del Siniestro, inclusive cuando haya sido llenada por quien actuó como tercero o representante con o sin la designación expresa a favor de éste por el Contratante, Titular Solicitante y/o Asegurado.

Autorizo a los Médicos que nos hayan asistido o examinado a mí y/o a mis dependientes económicos, 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 en 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 la Institución 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 para que las Condiciones Generales que contienen los términos, Exclusiones y limitaciones de mi Contrato de Seguro me sean entregadas en formato digital o electrónico; o bien a través del sitio web planseguro.com.mx, sin perjuicio de obtener a mi solicitud un ejemplar impreso en cualquiera de las oficinas de Plan Seguro.

Así mismo, estoy (estamos) enterado (s) que dichas condiciones están disponibles en planseguro.com.mx

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 Titular.

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.

Este documento solo constituye parte de la Solicitud de Seguro y por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Empresa 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 consideran que sirven para identificar el riesgo que se asegura como objeto sobre el 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 y/o Titular Solicitante, sin que ello invalide las que se realicen en el domicilio particular señalado en el presente formulario.

Así mismo otorgo el consentimiento a la Institución para que en cumplimiento a las obligaciones inherentes a la Póliza que en su caso se emita, haga uso de los Datos Personales aquí proporcionados.

Lugar y fecha

Nombre y Firma del Contratante o Representante Legal

Datos del Agente

Clave: Nombre: Nombre (s) Apellido Paterno Apellido Materno

Firma _____

El Agente de Seguros, manifiesta bajo protesta de decir verdad que todo lo vertido en la presente Solicitud, es expresado por el Contratante y que el Solicitante así como las personas por asegurar llenaron y firmaron esta solicitud en su presencia, durante la entrevista correspondiente. Adicionalmente se incluyen copias simples que sustentan la información proporcionada en este formato, mismas que fueron cotejadas contra su original por el Agente.

Observaciones de la Compañía

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

Teléfonos: 01 (55) 4170 96 68 y 01 (55) 4170 96 67.

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

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 18 de Diciembre de 2013, con el número CGEN-H0701-0026-2013/ CONDUSEF-G-00290-002.