

I.2 Exclusivo para Persona Física

País de Nacimiento: Nacionalidad(es):

Fecha de Nacimiento: Sexo: Masculino Femenino

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. Descripción de la profesión u ocupación que desempeña el solicitante en el momento de suscribir la póliza, indicando el sector económico y el rubro de actividad. 2. Descripción de la ocupación que desempeña el solicitante en el momento de suscribir la póliza, indicando el sector económico y el rubro de actividad.

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: Masculino Femenino

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

0. Descripción de la actividad económica que desempeña el solicitante en el momento de suscribir la póliza.

	Solicitantes				
	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4
<input type="checkbox"/> Sí					
<input type="checkbox"/> No					
<input type="checkbox"/> No					
<input type="checkbox"/> No					
<input type="checkbox"/> No					
<input type="checkbox"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1. Descripción de la actividad económica que desempeña el solicitante en el momento de suscribir la póliza.

	Solicitantes				
	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4
Ú·[Á·D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ò·[Á·D					
Ó·[Á·D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ô·[Á·D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Û·[Á·D					
Ü·[Á·D					
Ú·[Á·D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Û·[Á·D					
Ü·[Á·D					

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
Ú·[Á·D					
Ò·[Á·D					
Ó·[Á·D					
Ô·[Á·D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Û·[Á·D					
Ü·[Á·D					

II.2 Datos Médicos (Generales)

	Solicitantes				
	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4
Ú·[Á·D					
Ò·[Á·D					
Ó·[Á·D					
Ô·[Á·D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Û·[Á·D					
Ü·[Á·D					

II.3 Datos Médicos (Hábitos)						
		Solicitantes				
		Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4
Vaseas	¿ consume alcohol? <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	¿ consume tabaco? <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	¿ consume drogas? <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	¿ consume medicamentos? <input type="checkbox"/>					
Otras	¿ consume otros medicamentos? <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	¿ consume alcohol? <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	¿ consume tabaco? <input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	¿ consume drogas? <input type="checkbox"/>					

II.4 Datos Médicos (Cuestionario)										
Tiene usted alguna de las siguientes condiciones de salud?	Solicitantes									
	Titular		Solicitante 1		Solicitante 2		Solicitante 3		Solicitante 4	
	Ú	P	Ú	P	Ú	P	Ú	P	Ú	P
¿ Tiene usted alguna de las siguientes condiciones de salud? <input type="checkbox"/>	<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"/>
¿ Tiene usted alguna de las siguientes condiciones de salud? <input type="checkbox"/>	<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"/>
¿ Tiene usted alguna de las siguientes condiciones de salud? <input type="checkbox"/>	<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"/>
¿ Tiene usted alguna de las siguientes condiciones de salud? <input type="checkbox"/>	<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"/>
¿ Tiene usted alguna de las siguientes condiciones de salud? <input type="checkbox"/>	<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"/>
¿ Tiene usted alguna de las siguientes condiciones de salud? <input type="checkbox"/>	<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"/>
¿ Tiene usted alguna de las siguientes condiciones de salud? <input type="checkbox"/>	<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"/>
¿ Tiene usted alguna de las siguientes condiciones de salud? <input type="checkbox"/>	<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"/>
¿ Tiene usted alguna de las siguientes condiciones de salud? <input type="checkbox"/>	<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"/>
¿ Tiene usted alguna de las siguientes condiciones de salud? <input type="checkbox"/>	<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"/>
¿ Tiene usted alguna de las siguientes condiciones de salud? <input type="checkbox"/>	<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"/>
¿ Tiene usted alguna de las siguientes condiciones de salud? <input type="checkbox"/>	<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"/>
¿ Tiene usted alguna de las siguientes condiciones de salud? <input type="checkbox"/>	<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"/>
¿ Tiene usted alguna de las siguientes condiciones de salud? <input type="checkbox"/>	<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	
	Ud	P[Ud	P[Ud	P[Ud	P[Ud	P[
FFÈ VA } ^ Á [* æ æ [Á * g) Á [& ^ á á æ æ] d Á . . á æ [É Á • ^ Á c æ Á æ æ æ æ [Á æ * } æ æ á * æ æ Ñ	<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"/>
FGÈ P æ Á } æ [Á * g) Á æ æ æ æ ^) c É Q •] æ æ á æ æ) É ^) ^ { ^ á æ æ É [} á æ æ) É Á æ * æ æ æ æ & ^ ^) á [Á æ • c . æ æ É Á [Á ^ f i æ æ [Á æ c i á { ^) c Ñ	<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"/>
FHÈ Ù ^ Á c æ Á æ æ æ æ [Á Á • a Á æ æ Á * g) Á æ æ æ æ) d Á Á ^ ! ^ æ æ } æ æ) Á Á ^ c [Ñ	<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.

Š æ Á æ ~ æ) c Á ^ æ æ) Á • Á c æ & ~ • æ æ ^) c Á æ æ Á [| æ æ æ c • Á ~ b ! • K

FI È P æ Á æ æ æ [Á æ) æ) Á . . á æ æ Á ^ á g i * æ æ Á [! æ * } æ æ ^ æ æ) Á Á • Á c æ æ • É c i [Á æ æ á É Á) Á æ { æ æ Á Á [! Á æ c i æ æ) Á Á æ Á ^) • d ~ æ æ) Ñ	<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"/>
FÍ È Ö) Á æ æ [Á Á c æ æ ^ Á) æ [Á { à æ æ æ [Q É Á] ! ^ • ^) c æ * } æ æ { } æ æ æ) Ñ	<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"/>
FÍ È Ö c æ ^) c Á • a Á { à æ æ æ æ æ Ñ Ö) Á æ æ [Á æ á (æ æ [É æ á æ æ Á ^ • • Á Á ^ • æ æ)	<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"/>
FÁ Ù æ æ } æ æ) Á Á Á ^ c [Á Á æ ! ^ æ [• Á [& ^ á á æ æ) d • Á æ Á æ æ æ) d • É ^ æ Á . . á æ [Á Á [É ^ Á [á á æ æ] æ Á æ æ c i • c æ Á • ^ c æ • Á Á } æ ! • [} æ	<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 alguna de las preguntas del cuestionario anterior, favor de especificar

Solicitante	Número de pregunta	Enfermedad y Procedimiento o Tratamiento	Año de diagnóstico
			0000E
			0000E
			0000E
			0000E
			0000E
			0000E
			0000E
			0000E
			0000E
			0000E
			0000E
			0000E
			0000E
			0000E
			0000E
			0000E

Ú | æ Á ^ * ~ | [Á Á Á • ^ | c æ Á | Á ^ ! ^ & Q Á Á [| æ æ æ æ { | { æ æ) Á æ æ æ } æ Á | Á æ æ æ æ) d Á Á & æ æ æ [É

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: Golden Salud Plan Salud Más Plan Avanzado Plan Óptimo Plan Integral
 Otro Especifique: _____

Suma Asegurada: _____ **Deducible:** _____ UMAM **Coaseguro:** _____ %

Tope Máximo de Coaseguro¹: _____ PESOS

Nivel Hospitalario: _____ **Tabulador de Honorarios Médico Quirúrgicos:** _____ UMAM

*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	Golden Salud	Plan Salud Más	Plan Avanzado	Plan Óptimo	Plan Integral
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	<input type="radio"/> 50 mil Dólares <input type="radio"/> 100 mil Dólares	AMPARADA
Cobertura en el Extranjero ²	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí
Reducción de Coaseguro en Padecimientos de Nariz o Senos Parasales derivados de un Accidente	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí
Eliminación de Deducible por Accidente ³	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	NO DISPONIBLE
Eliminación de Coaseguro por Accidente	NO DISPONIBLE	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE
Asistencia Dental	<input type="radio"/> Dental + <input type="radio"/> Dental Total	NO DISPONIBLE	<input type="radio"/> Dental + <input type="radio"/> Dental Total	<input type="radio"/> Dental + <input type="radio"/> Dental Total	Dental Total Incluido
Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente (IDHA) ⁴	<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
Control Embarazo ⁵	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE	NO DISPONIBLE	<input type="radio"/> Sí
Incremento de Suma Asegurada para Cobertura de Parto y Cesárea ⁶	<input type="radio"/> 20 UMAM <input type="radio"/> 25 UMAM	<input type="radio"/> 20 UMAM <input type="radio"/> 25 UMAM	<input type="radio"/> 20 UMAM <input type="radio"/> 25 UMAM	<input type="radio"/> 20 UMAM <input type="radio"/> 25 UMAM	<input type="radio"/> 25 UMAM <input type="radio"/> 30 UMAM

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 Esta Cobertura únicamente se puede contratar si el Deducible de la sección anterior es de 4 UMAM hasta 10 UMAM.

⁴ La Suma Asegurada para esta cobertura está en pesos por día.

⁵ Únicamente Solicitantes mujeres entre los 18 y 39 años cumplidos. Si es renovación, hasta los 40 años cumplidos si se tuvo la cobertura en la vigencia inmediata anterior.

⁶ Únicamente mujeres

Indemnización por Cáncer Femenino (ICF)

Suma Asegurada a contratar	Solicitante				
	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4
AG €€€€	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AHE€€€€	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AH€€€€	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AI €€€€€	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AI I €€€€€	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AI €€€€€	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

El asegurado podrá solicitar la indemnización por cáncer femenino en caso de haber sido diagnosticado con un cáncer de mama, independientemente de si el diagnóstico se realizó antes o después de haber iniciado la vigencia de la póliza.

IV. Reconocimiento de Antigüedad

El asegurado podrá solicitar el reconocimiento de antigüedad en caso de haber estado afiliado a un seguro de vida o de accidentes y enfermedades graves por un periodo superior a los 12 meses anteriores a la fecha de contratación de la presente póliza.

	Solicitante				
	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4
OT >^áaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OT { } aia					
OT >^áaa					

V. Otros Seguros

El asegurado podrá solicitar la indemnización por otros seguros en caso de haber estado afiliado a un seguro de vida o de accidentes y enfermedades graves por un periodo superior a los 12 meses anteriores a la fecha de contratación de la presente póliza.

	Solicitante				
	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4
OT >^áaa					
OT >^áaa					
OT >^áaa					
OT >^áaa					

VI. Identificación de Personas Políticamente Expuesta

¿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

¿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.

El asegurado deberá proporcionar la información solicitada en el Anexo 3, en caso de haber contestado de manera afirmativa a las preguntas anteriores.

Anexo 1. Cuestionario Ocupacional

¿Qué objetos o materiales utiliza en su trabajo?

Marque si utiliza alguno de los siguientes objetos o materiales:

Objeto o Material	Ú	P	Frecuencia*
Objeto o Material	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ó
Tubo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ó
Papel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ó
Ó	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ó
7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ó
Objeto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ó
Objeto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ó
Objeto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ó
Objeto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ó

¿Realiza alguna de las actividades siguientes?

Actividad	Ú	P	Especifique
Actividad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Objeto
Actividad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Objeto
Objeto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Objeto
Objeto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Objeto

¿En qué lugar desempeña su ocupación regularmente?

Objeto
 Objeto

Detalle las actividades que realiza:

[Empty box for detailing activities]

Úlæ ÁÚ^*~|[Á^Á^•^!çæÁ|Á^!^&@ Á^Á^~^!á& æ~ á!Á }|{ ææ) Áæáæ } æÉ

Declaración

Ö^&æ[Á^ ^Á[áæ Áæ Á^•] ^•æ Á^ ^Á@ Á[] [] & } æ[Á[] Á^!áæ^!æ Á^Á^ á[çÁ[] [& á } ç É[] Á[Á^ ^Á[Á@ Á[ææ[Á } á * } æ } |{ ææ) Á^ ^Á^ áá!æ } ^) &æ Áæ çæ ææ) Á Áæ] ææ) Á^Á^• çÁ[|æ á ÉÁ
Ö•ç ^ Á^Áæ^!á[Á^ ^Á^• çÁ[]{ æ Á[]• ç á! Á æ ç Á^Á^ á[|æ á Á^Á^*~|[ÇÁ Á^ ^Áæ[{ á æ) Á^Á^! [] [] & } æ& æ~ á!Á
@&@ Á æ!æÁ[] &[Á[] Á[á! æ çææ Á á] 5|á æ Á^Á^*~|[ÇÉ

PUT ÖÜÇDÁEÖŠŠÖUÁÖ/ÖÜPUÁÖEÖŠŠÖUÁ Ö/ÖÜPU ÖÖET T EEEEE
P[{ á!^Á^|Á[] çææ } ç Öá{ æÁ^|Á[] çææ } ç Ö^&@Á^Á[a

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

Anexo 1. Cuestionario Ocupacional “Aviación”

Este cuestionario es confidencial y solo debe ser utilizado para el propósito de la evaluación de la 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

Datos del Solicitante y/o Asegurado

Nombre(s):	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Fecha de nacimiento:	DDMMYYYY	Número de Póliza:	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Tipo de vuelo		No. Licencia	
<input type="radio"/> Piloto Profesional / <input type="radio"/> Piloto Comercial / <input type="radio"/> Piloto General / <input type="radio"/> Piloto de Línea / <input type="radio"/> Piloto de Carga			DDMMYYYY

Indique los siguientes datos de los últimos doce meses:

Porcentaje de tiempo en vuelo: _____ Horas de vuelo en avión: _____ Horas de vuelo en helicóptero: _____

¿Participa o tiene pensado participar en algún vuelo acrobático, competencia, exhibición o vuelo de prueba? Sí No

Si la respuesta es sí, describa la actividad: _____

¿Ha estado involucrado en algún accidente aéreo o su licencia ha sido restringida o suspendida por alguna razón? Sí No

Si la respuesta es sí, describa el accidente o la restricción: _____

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 este documento, 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.

Declaración

Yo, _____, declaro que la información proporcionada es verdadera, exacta y completa. Asimismo, declaro que no tengo ningún conflicto de intereses que pueda afectar la imparcialidad de la información proporcionada. Firmado en _____ a _____ de _____ de 20____.

_____ P { a l i s a O } d a z z z	_____ O z { z z s O } d a z z z	_____ O & @ z z s z z { a
--	--------------------------------------	--------------------------------

Anexo 1. Cuestionario ocupacional “Motociclismo”

Este cuestionario tiene como finalidad evaluar el riesgo de lesiones derivadas de la participación en actividades de motociclismo, para efectos de la emisión de la Póliza de Seguro y la 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

Datos del Solicitante y/o Asegurado			
Nombre(s):		Número de Póliza:	
Fecha de nacimiento:		Marca	
Modelo	Año de Fabricación	Tamaño de Motor	
No. Licencia		Fecha de obtención	
¿En qué categoría de motociclismo participa?			
Favor de indicar la naturaleza de su participación:			
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 este documento, 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.			
Declaración			
<p>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 este documento, 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.</p>			
<p>PUT ÓÜÏÇÛÄÄÏÖŠŠÛÜÁÜÏË/ÖÜÞÜ</p>		<p>ÖÏË T ÆËËËË</p>	

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

Anexo 2. Cuestionario de Reasignación de Sexo

0. Sí No

1. Indicar Solicitante: A favor En contra No sabe

2. Sexo de nacimiento: Masculino Femenino

3. ¿Ha realizado trámites legales para cambiar su nombre en el Acta de Nacimiento? Sí No

4. ¿Ha iniciado con algún tratamiento para la reasignación de sexo? Sí No

5. Actualmente se encuentra bajo algún tratamiento para reasignación de sexo? Sí No

6. ¿Ha sufrido o sufre de depresión o ansiedad? Sí No

7. ¿Ha recibido asesoría psicológica para llevar a cabo la reasignación de sexo? Sí No

8. ¿Se someterá a alguna cirugía de modificación de órganos genitales externos y/o internos en los próximos doce meses? Sí No

9. ¿Se someterá a alguna cirugía de modificación de órganos genitales internos y/o externos en los próximos doce meses? Sí No

10. ¿Se someterá a alguna cirugía de modificación de órganos genitales externos y/o internos en los próximos doce meses? Sí No

11. ¿Se someterá a alguna cirugía de modificación de órganos genitales internos y/o externos en los próximos doce meses? Sí No

12. ¿Ha sufrido o sufre de depresión o ansiedad? Sí No

13. ¿Ha recibido asesoría psicológica para llevar a cabo la reasignación de sexo? Sí No

14. ¿Se someterá a alguna cirugía de modificación de órganos genitales externos y/o internos en los próximos doce meses? Sí No

15. ¿Se someterá a alguna cirugía de modificación de órganos genitales internos y/o externos en los próximos doce meses? Sí No

16. ¿Se someterá a alguna cirugía de modificación de órganos genitales externos y/o internos en los próximos doce meses? Sí No

17. ¿Se someterá a alguna cirugía de modificación de órganos genitales internos y/o externos en los próximos doce meses? Sí No

18. ¿Se someterá a alguna cirugía de modificación de órganos genitales externos y/o internos en los próximos doce meses? Sí No

19. ¿Se someterá a alguna cirugía de modificación de órganos genitales externos y/o internos en los próximos doce meses? Sí No

20. ¿Se someterá a alguna cirugía de modificación de órganos genitales internos y/o externos en los próximos doce meses? Sí No

21. ¿Se someterá a alguna cirugía de modificación de órganos genitales externos y/o internos en los próximos doce meses? Sí No

22. ¿Se someterá a alguna cirugía de modificación de órganos genitales externos y/o internos en los próximos doce meses? Sí No

23. ¿Se someterá a alguna cirugía de modificación de órganos genitales internos y/o externos en los próximos doce meses? Sí No

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

Anexo 3. Cuestionario para la identificación de Personas Políticamente Expuestas

Ó ò ç Á [| ä ä | ä ä ^ à ^ | | Ä ^ | Ä ^ } ä ä Ä } Ä ^ Ä ç ä ä ä Ä | | Ä | Ö [] d ä ä ç ç È [] Ä } ä Á [| ä ä ç ä Ä | Ä ^ à ^ | | Ä ^ | Ä & Ö ä | ä ä Ä } { ^ } ä ä | ä È

I. Contratante es Persona Políticamente Expuesta

Institución para la que labora:

Cargo desempeñado:

II. Contratante tiene parentesco con Persona Políticamente Expuesta

Parentesco:

Institución para la que labora:

Cargo desempeñado:

Nombre(s): Fecha de Nacimiento:

País de Nacimiento: Nacionalidad(es):

Correo Electrónico: Código Postal:

Calle o Avenida:

Número Exterior: Número Interior: Colonia:

Alcaldía o Municipio: Ciudad o Población:

Entidad Federativa: Teléfono de Contacto:

Registro Federal de Contribuyentes (RFC):

Clave Única de Registro de Población (CURP):

III. Revisión y Aprobación

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

Ò|Áæþææðà} ÷Á•ð Á^Áæ^ Á|á| Á| } Á|•Á.:(á[•ÁÁ| } ááá } ^•Á^ Á^Á•æ|/æ} Á} Á•÷Áæ} æÁ^Á| à|[Á^Á|á æÁ|{ æ á| Á
á^Á| } †|{ ææÉ

Ò) Áæ ÷ ÁæÁ| { } æíðÁ d^*^ Á^Á| Á| } |{ àæ ÷ Á^Áæ* [Á^Á| æ Á|æ} ~ } &ææææ æ Á| Áá æææææ|Á•ææ| Á^Á| ^ } æÁ^æá| É
†|á Á Á g{ ^| Á^Á|æ} æææ) Éæ) } Á| ^ àæ| ^ } æÁ^Áæ* [É|æ} •-^| } &ææ Á| Á^ } 5•æ É

Ö^Á| } †|{ ææÁ| } ÁæÁ^ Á| à| Á^Á| Á| } dæ Á^Á|^* | É| Á| Á@ àá•^Á æ| Á æ ææææ| á æ ÁæÁæææ) Á| !!^•| [] áá} ÷É) Á
|[•Áæ| •Á^Á æ [Á] Á æ&æææ^•É} d[Á|Á.:(á [Á| } ç^} æ[É| •Á^æ| •Á^Á| } dæ Á^Áæ) Áæ ÷ { | ææ ^ } ÷Áæ Á [&^Á
@|æ Á^Á|á| [ÁæÁ^Á| æ [Á^Á æ [ÉÖ) Áæ [Á^Á ^ Á| Á^Áæææ| } ç^} æ[Á|Á.:(á [É^Á|æ) Á} Á|æ [Á^Á|á æææ Á
} æ|æ^Áæ} ÷} ÷ÁæÁæ&æÁ^Á^ Á^ } &á á} ÷ É

Este formato solo será válido durante la vigencia de la Póliza.

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

PUT ÖÜÒÇ|Á| Á| ÖÖŠÖUÁ| Ç| ÖÜÞU Á| Á| ÖÖŠÖUÁ| Ç| ÖÜÞU

Þ| { à| Á^Á| Á| æþææðà } ÷

Ö| { æÁ^Á| Á| æþææðà } ÷

Anexo 5. Aviso de Privacidad

Úna ÁÜ^*~ ! [ÁÜÉÁÁ^ÁÔÈÈÁÔ [{] æíõÁá^ÁÜ^*~ ! [•ÉÁ } Áá [{ æáá Á^ } Á&æ^ÁÔ [~ |çæáÁÔá [|ç ÁÜ~ á ÁÔ [|ç Á^ • Áí ÇÉÁV [|!^ÁÔÉÁ
 Úá [Á ÉÁæáá ^• Á^|Á^á!^* æÉÁ |çæ [ÁÜ!^* 5) ÈÖÉÁÉFJÉÉÁ^ } Á|æ^ } çæáÁá^ÁÔá áæáÁá^ÁÔ .. çæ [ÉÜ^] gá|æÁÔ^ çææ æÁ^ Á
] [|çÁá^Áá ç!] ^áwww.planseguro.com.mxÉÁ^• Á^|Á!^• [] • æ^Áá^|Á^ • [Á^ Á] | [ç&&æ } Áá^Á^ • • Ááæ [• Á] ^! • [} æ^ ÉÁ^ ÁáÁ
 !^•] ^&q Á^Áá |! { æ [• Á [Áá^ á } çK

1. ¿Para qué fines utilizaremos sus datos personales?

Š [• Ááæ [• Á] ^! • [] æ^ Á^ ^Á^&ææ [• Áá^Á^ • çáÉÁ [• Á çá æ^ [• Á æáæ Á^ á^ á } ç^ Áá æáæ^ Á^ ^Á [} Á^ &^ ææ Á ææÁ
 • ^! çæ Á^ ^Á [ææK

- 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 el cumplimiento a las obligaciones contraídas con usted.
- Con fines estadísticos grupales, individuales, y para la creación de campañas preventivas de Salud.

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 y publicidad
- Prospección comercial.

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 para que mis datos personales se utilicen para los siguientes fines:

- Mercadotecnia y publicidad**
- Prospección comercial**

Si este aviso de Privacidad no se le da a conocer de forma personal o directa, usted cuenta con un plazo de 5 días hábiles para manifestar su negativa para el tratamiento de sus datos personales para estas finalidades que no son necesarias ni dieron origen a la relación jurídica que nos une, de lo contrario, entenderemos que nos otorga su consentimiento. 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.

Datos Personales de Menores de Edad.

Plan Seguro podrá tratar Datos Personales de menores de edad y personas incapaces o en estado de interdicción, en estos supuestos es responsabilidad de la persona (contratante, representante legal, tutor o de quien ejerza la patria potestad), que adquieren nuestros productos o servicios, asegurarse de estar proporcionando Datos Personales completos, correctos y actualizados y de otorgar su consentimiento expreso y por escrito para el Tratamiento de los mismos, en términos de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

¿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 familiares
- Datos laborales
- Datos académicos
- Datos de ubicación/geolocalización
- 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 características físicas.
- Datos sobre vida sexual
- Datos de origen étnico o racial

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

Le informamos que en caso de ser requeridos sus datos personales son compartidos dentro 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
CE de la Secretaría de Salud y el Instituto de Seguros y Fianzas de la Secretaría de Economía	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.	PU
Únicos proveedores de servicios de salud, proveedores de servicios asistenciales	Gestionar todo lo relacionado con las coberturas contenidas en su contrato de seguro para dar cumplimiento a las obligaciones contraídas con usted; para tramitación de siniestros	PU
Agentes de seguros, organizaciones, instituciones o entidades del sector asegurador	Para fines de selección de riesgos y prevención de fraude.	PU

¿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. Nombre del responsable del departamento de datos personales: Víctor Hugo García Cid.
- b. Domicilio: Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso 4, Colonia Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01900, en la Ciudad de México, país México.
- c. Correo electrónico: datospersonales@planseguro.com.mx.
- d. Número telefónico: 55 5147 3100.

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 Ejercicio de 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 Ejercicio de derechos ARCO.

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

Además del ejercicio de sus derechos de Revocación o ARCO, podrá limitar el uso o divulgación de sus datos personales, mediante su inscripción en el Registro Público de Usuarios que no desean información publicitaria de productos y servicios financieros (REUS) en la página de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF). Para mayor información sobre este registro, usted puede consultar el portal de internet de la CONDUSEF, o bien, ponerse en contacto directo con ésta.

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.

Estas tecnologías se pueden deshabilitar en las opciones de configuración del navegador que se use, normalmente en el botón de ayuda que se encuentra en la barra de herramientas de la mayoría de los navegadores. Adicionalmente, le sugerimos consultar las instrucciones del navegador que esté usando.

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 del presente aviso, así como sus modificaciones, los cuales estarán a su disposición y podrá consultarlos periódicamente en www.planseguro.com.mx y/o mediante avisos colocados en lugares visibles en las oficinas de Plan Seguro.

Última actualización: 16/03/2021

PUT ÖÜÇ DÄE JÖŠŠÖU ÄÜE ÖÜP UÄE JÖŠŠÖU Ä ÜE ÖÜP U

ÖÖET T EDEECE

P[{ à!^Á^|ÁÖ[} dææ } c^

Öä{ æá^|ÁÖ[} dææ } c^

Ö^&@æá^|ÁÖ{ æ