Formato de Datos para Transferencia Electrónica

Instrucciones:

1. Todos los espacios son obligatorios
2. No será válido con tachaduras o enmendaduras.

Por este medio solicito y autorizo a Plan Seguro, S.A. de C.V., Compañía de Seguros, para que se aplique la tranferencia o depósito a la siguiente cuenta bancaria:

Datos del contratante:

***Nombre:** Nombre (s) | Apellido Paterno | Apellido Materno

***Póliza:** ***Correo Electrónico:**

***Cuenta Clabe:** ***Banco:**

La cuenta CLABE consta de 18 dígitos y se utiliza en transacciones interbancarias, aparece en el estado de cuenta o puede solicitarla en su banco.

Motivo por el que requiere el pago:

Importante:
Es necesario que escriba el número de cuenta completo (no debe quedar ningún espacio en blanco) y deberá proporcionar un solo número de cuenta CLABE, así como anexar un Estado de Cuenta actualizado (No mayor a 3 meses) y una copia de su identificación oficial. **Plan Seguro**, S.A. de C .V. Compañía de Seguros no se hace responsable del depósito si el número de cuenta no es correcto por lo que no incurrirá en ninguna responsabilidad al respecto y emitirá cheque a nombre del Titular de la cuerta bancaria. **Plan Seguro** S.A de C.V, Compañía de Seguros, con domidlio en cal le Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso 4, Jardines del Pedregal, Álvaro Obregón, C.P. 01900, Ciudad de México, en la entidad de Ciudad de México, país México, utilizará sus datos personales recabados para: La evaluación de 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 relaciona-dos con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable así como para prospección comercial. Para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puede hacer valer, usted puede acceder al aviso de privacidad integral a través de: **www.planseguro.com.mx** y mediante avisos colocados en Oficina Matriz, Sucursales, Módulos de Atención y Oficinas de Desarrollo Comercial.

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 y Firma del contratante

Lugar: **Fecha:** DÍA | MES | AÑO