

Solicitud de Seguro de Gastos Médicos Mayores Colectivo

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 del agente que realiza la entrevista):

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.

¹Debe tener antigüedad no mayor a 3 meses.

I.2 Exclusivo para Persona Moral

Giro Mercantil u Objeto Social:

Nombre del Administrador, Director General o Apoderado Legal: NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Sexo: Mujer Hombre

Registro Federal de Contribuyentes (RFC):

Clave Única de Registro de Población (CURP):

Folio Mercantil: Número de Escritura:

Número de Poder Notarial: Fecha de Constitución: DD/MM/AAAA

I.3 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".

II. Identificación de Personas Políticamente Expuestas

¿Durante el último año, alguno de los miembros de la colectividad 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 Expuesta² ? Sí No

¿Cuántos? _____

¿Alguno de los miembros de la colectividad tiene algún parentesco con alguna de las figuras mencionadas en la pregunta anterior ? Sí No

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.

III. Características de la Colectividad Asegurable

Colectividad	Sector al que pertenece: <input type="radio"/> Público <input type="radio"/> Privado
	Actividad Productiva: <input type="radio"/> Industrial <input type="radio"/> Financiera <input type="radio"/> Mercantil <input type="radio"/> Manufacturera <input type="radio"/> Agropecuaria, Silvícola y Pesquera <input type="radio"/> Otra: _____
	Tipo de colectividad ¹ : <input type="radio"/> Prestación (100% Patrón) <input type="radio"/> Contributorio: Patrón _____ % Empleado _____ % <input type="radio"/> Voluntario (100% Empleado)
	Número de personas que forman la Empresa: <input type="text"/> Número de personas por asegurar: <input type="text"/> Asegurados Titulares: <input type="text"/> Dependientes Económicos: <input type="text"/>
La Regla de Aseguramiento que regirá a la colectividad asegurada es la siguiente:	
<input type="radio"/> Todos los Empleados al servicio del Contratante <input type="radio"/> Directores al servicio del Contratante <input type="radio"/> Gerentes al servicio del Contratante <input type="radio"/> Otra: _____	

¿Se contempla Asegurar a los Dependientes Económicos? Sí No

En caso afirmativo indicar:

Como Dependientes Económicos se incluye a:

- Cónyuge/ Concubina(rio)
 Hijos menores de 25 años de edad
 Ascendientes del Titular con límite de edad de 75 años
 Otra: _____

En caso de que la contribución sea distinta para la inclusión de Dependientes Económicos, favor de indicarla:

- Prestación (100% Patrón) Contributorio: Patrón _____% Empleado _____% Voluntario (100% Empleado)

¹ Refiere a quién proporciona los recursos económicos para el pago de la prima del seguro.

² Refiere a la regla que determina las características a cumplir por una persona para que pueda ser incluida en la póliza.

IV. Cuestionario

¿La Compañía practica valoración médica al empleado antes de su ingreso a ésta? Sí No

Declaración 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.

En caso de que la respuesta sea afirmativa en alguna de las preguntas 5-9 llenar el Anexo 1 correspondiente.	Sí	No	¿Cuántos?
1. ¿Alguno de los miembros de la colectividad padece de alguna lesión, afección o deformidad física?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2. En los últimos 90 días, ¿alguno de los miembros de la colectividad ha consultado a un médico por alguna enfermedad o accidente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3. En los últimos 90 días, ¿a alguno de los miembros de la colectividad le han practicado alguna cirugía o están programando alguna?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4. ¿Alguno de los miembros de la colectividad se encuentra actualmente bajo tratamiento médico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5. ¿Viajan o hacen uso de vehículos motorizados como: motocicleta, avión particular (vuelos no comerciales), mototaxis, camiones?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
6. ¿Trabajan con o en lugares en donde se maneja fuego, alta tensión, productos químicos, radioactivos, inflamables, explosivos o tóxicos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
7. ¿Manejan, trabajan o dan mantenimiento a algún tipo de maquinaria (excluir equipo de oficina)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8. ¿Realizan trabajos submarinos, marinos, subterráneos, aéreos o en techos, azoteas o en alturas peligrosas o en plataformas marítimas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
9. ¿Portan armas de fuego o punzo cortantes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Se exhorta al Contratante a 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.

V.Producto a Contratar

Línea Golden Colectivo

Línea Golden Esencial

Rango de Edades	Hombres	Mujeres
00-03		
04-19		
20-24		
25-29		
30-34		
35-39		
40-44		
45-49		
50-54		
55-59		
60-64		
65-69		
70-74		
75-79		
80-84		
85-89		
90-94		
95 y más		
Total		

Parámetros de Cobertura

Parámetros	Número de Subgrupos			
	1	2	3	4
Suma Asegurada	UMAM	UMAM	UMAM	UMAM
Deducible	UMAM	UMAM	UMAM	UMAM
Coaseguro (%)				
Tope Máximo de Coaseguro ¹	PESOS	PESOS	PESOS	PESOS
Nivel Hospitalario				
Tabulador de Honorarios Quirúrgicos	UMAM	UMAM	UMAM	UMAM

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. Para cada cobertura, únicamente se puede seleccionar una opción, en otro caso no se otorgará dicha cobertura.

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
-----------------------------	---	---	---	---

Cobertura en el Extranjero ²	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí
Cobertura Dental	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 0% <input type="radio"/> 30% <input type="radio"/> 40% <input type="radio"/> 50%	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 0% <input type="radio"/> 30% <input type="radio"/> 40% <input type="radio"/> 50%	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 0% <input type="radio"/> 30% <input type="radio"/> 40% <input type="radio"/> 50%	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 0% <input type="radio"/> 30% <input type="radio"/> 40% <input type="radio"/> 50%
Eliminación de Deducible por Accidente ³	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí
Eliminación de Coaseguro por Accidente	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> Sí
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
Indemnización por Cáncer Femenino (ICF) (Sólo Mujeres) ⁵	<input type="radio"/> \$250,000 <input type="radio"/> \$300,000 <input type="radio"/> \$350,000 <input type="radio"/> \$400,000 <input type="radio"/> \$450,000 <input type="radio"/> \$500,000	<input type="radio"/> \$250,000 <input type="radio"/> \$300,000 <input type="radio"/> \$350,000 <input type="radio"/> \$400,000 <input type="radio"/> \$450,000 <input type="radio"/> \$500,000	<input type="radio"/> \$250,000 <input type="radio"/> \$300,000 <input type="radio"/> \$350,000 <input type="radio"/> \$400,000 <input type="radio"/> \$450,000 <input type="radio"/> \$500,000	<input type="radio"/> \$250,000 <input type="radio"/> \$300,000 <input type="radio"/> \$350,000 <input type="radio"/> \$400,000 <input type="radio"/> \$450,000 <input type="radio"/> \$500,000

*UMAM. Unidad de Medida y Actualización Mensual.

¹ La contratación de esta Cobertura está sujeta a la elección del 10% de Coaseguro para algunos productos.

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 a 10 UMAM.

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

⁵ 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.

NOTA: Si existen más subgrupos, adicionar otra hoja. En caso de que se dejen espacios en blanco, se considerará que ya no hay más subgrupos.

VI. 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.

La colectividad tuvo una Póliza en el Ramo de Salud o Gastos Médicos Mayores en otra Compañía Aseguradora, previo a su contratación de ésta: Sí No

En caso afirmativo, favor de contestar lo siguiente:

Nombre del Plan: Nivel Hospitalario:

Número de Póliza:

Compañía Aseguradora:

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 2.

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 naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

IX. 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 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 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.

Asimismo 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.

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

Asimismo 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 3, 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 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 3720, Torre II, Piso 4, Jardines del Pedregal, Álvaro Obregón, C.P. 01900, 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 03 de diciembre de 2021, con el número CGEN-H0701-0027-2021/CONDUSEF-G-01354-002.

Anexo 1. Cuestionario Ocupacional

Esta solicitud deberá ser llenada en su totalidad por el Contratante, con una sola tinta, y no deberá tener tachaduras o enmendaduras.

1. Marque si alguno de los miembros utiliza alguno de los siguientes objetos o materiales:

Objeto o Material	Sí	No	Frecuencia*
Arma de fuego	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diario - Ocasionalmente - Frecuentemente
Maquinaria Especifique: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diario - Ocasionalmente - Frecuentemente
Herramientas eléctricas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diario - Ocasionalmente - Frecuentemente
Gasolina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diario - Ocasionalmente - Frecuentemente
Ácidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diario - Ocasionalmente - Frecuentemente
Acero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diario - Ocasionalmente - Frecuentemente
Alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diario - Ocasionalmente - Frecuentemente
Asbesto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diario - Ocasionalmente - Frecuentemente
Otro: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diario - Ocasionalmente - Frecuentemente

* Frecuencia indica el número de veces que se está en contacto con alguno de los objetos o materiales mencionados. Ocasionalmente refiere hasta una vez a la semana y Frecuentemente hasta 3 veces por semana.

2. ¿Alguno de los miembros realiza alguna de las siguientes actividades?

Actividad	Sí	No	Especifique
Altura desde la que trabaja			Altura máxima: _____ mts
Levanta objetos pesados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Peso máximo: _____ kg
Conduce	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Automóvil - Motocicleta
Otra: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

3. ¿En qué lugar desempeñan su ocupación regularmente?

- Oficina
 Oficina con visitas de supervisión/inspección
 Obras
 Lugares públicos
 Otro. Especifique: _____

Se exhorta al Contratante a 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.

Plan Seguro se reserva el derecho de requerir cualquier información adicional.

Declaración

Declaro que todas las respuestas que he proporcionado son verdaderas y de mi total conocimiento, por lo que no he omitido ninguna información que pudiera influenciar la evaluación o aceptación de esta solicitud.

Estoy de acuerdo que este formato constituirá parte de mi solicitud de seguro(s) y que la omisión de proporcionar cualquier hecho material conocido por mi podría invalidar mi póliza de seguro(s).

NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Nombre del Contratante

DD/MM/AAAA

Firma del Contratante

Fecha de firma

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"

Esta solicitud deberá ser llenada en su totalidad por el Contratante, con una sola tinta, y no deberá tener tachaduras o enmendaduras.

Datos del Solicitante y/o Asegurado.

1. ¿Alguno de los miembros de la colectividad participa en algún vuelo acrobático, competencia, exhibición o vuelo de prueba?

Sí No

En caso afirmativo, favor de especificar lo siguiente:

Nombre(s): NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MA

Fecha de nacimiento: DD/MM/AAAA **Número de Póliza:** EN CASO DE CONTAR CON EL

Cuándo: DD/MM/AAAA **Frecuencia:** EN CASO DE CONTAR CON EL

Nombre(s): NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MA

Fecha de nacimiento: DD/MM/AAAA **Número de Póliza:** EN CASO DE CONTAR CON EL

Cuándo: DD/MM/AAAA **Frecuencia:** EN CASO DE CONTAR CON EL

Nombre(s): NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MA

Fecha de nacimiento: DD/MM/AAAA **Número de Póliza:** EN CASO DE CONTAR CON EL

Cuándo: DD/MM/AAAA **Frecuencia:** EN CASO DE CONTAR CON EL

2. ¿Alguno de los miembros de la colectividad está involucrado en algún accidente aéreo?

Sí No

3. ¿Alguno de los miembros de la colectividad tiene su licencia restringida o suspendida?

Sí No

En caso afirmativo, favor de especificar lo siguiente:

Nombre(s): NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MA

Fecha de nacimiento: DD/MM/AAAA **Número de Póliza:** EN CASO DE CONTAR CON EL

Razón:

Nombre(s): NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MA

Fecha de nacimiento: DD/MM/AAAA **Número de Póliza:** EN CASO DE CONTAR CON EL

Razón:

Nombre(s): NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MA

Fecha de nacimiento: DD/MM/AAAA **Número de Póliza:** EN CASO DE CONTAR CON EL

Razón:

Se exhorta al Contratante a 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.

Plan Seguro se reserva el derecho de requerir cualquier información adicional.

Declaración

Declaro que todas las respuestas que he proporcionado son verdaderas y de mi total conocimiento, por lo que no he omitido ninguna información que pudiera influenciar la evaluación o aceptación de esta solicitud.

Estoy de acuerdo que este formato constituirá parte de mi solicitud de seguro(s) y que la omisión de proporcionar cualquier hecho conocido por mi podría invalidar mi póliza de seguro(s).

NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Nombre del Contratante

DD/MM/AAAA

Firma del Contratante

Fecha de firma

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 “Motociclismo”

Esta solicitud deberá ser llenada en su totalidad por el Contratante, con una sola tinta, y no deberá tener tachaduras o enmendaduras.

Datos del Solicitante y/o Asegurado. En caso de que existan más personas, favor de llenar otro Anexo 1.			
Nombre(s):	NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
Fecha de nacimiento:	DD/MM/AAAA	Número de Póliza:	EN CASO DE CONTAR CON EL
Marca	Modelo	Año de Fabricación	Tamaño de Motor
No. Licencia			Fecha de obtención
			DD/MM/AAAA
1. ¿En qué categoría de motociclismo participa?			
Ej. enduro, histórico, motocross, pruebas, carreras de velocidad, supercross, supermoto, carreras de pistas, moto trail, freestyle, rally raid y supermotard.			
2. Favor de indicar la naturaleza de su participación: <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Amateur <input type="radio"/> Uso como medio de transporte			
Nombre(s):	NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
Fecha de nacimiento:	DD/MM/AAAA	Número de Póliza:	EN CASO DE CONTAR CON EL
Marca	Modelo	Año de Fabricación	Tamaño de Motor
No. Licencia			Fecha de obtención
			DD/MM/AAAA
1. ¿En qué categoría de motociclismo participa?			
Ej. enduro, histórico, motocross, pruebas, carreras de velocidad, supercross, supermoto, carreras de pistas, moto trail, freestyle, rally raid y supermotard.			
2. Favor de indicar la naturaleza de su participación: <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Amateur <input type="radio"/> Uso como medio de transporte			
Nombre(s):	NOMBRE(S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
Fecha de nacimiento:	DD/MM/AAAA	Número de Póliza:	EN CASO DE CONTAR CON EL
Marca	Modelo	Año de Fabricación	Tamaño de Motor
No. Licencia			Fecha de obtención
			DD/MM/AAAA
1. ¿En qué categoría de motociclismo participa?			
Ej. enduro, histórico, motocross, pruebas, carreras de velocidad, supercross, supermoto, carreras de pistas, moto trail, freestyle, rally raid y supermotard.			
2. Favor de indicar la naturaleza de su participación: <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Amateur <input type="radio"/> Uso como medio de transporte			

Se exhorta al Contratante a 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.

Plan Seguro se reserva el derecho de requerir cualquier información adicional.

Declaración

Declaro que todas las respuestas que he proporcionado son verdaderas y de mi total conocimiento, por lo que no he omitido ninguna información que pudiera influenciar la evaluación o aceptación de esta solicitud. Estoy de acuerdo que este formato constituirá parte de mi solicitud de seguro(s) y que la omisión de proporcionar cualquier hecho material conocido por mí podría invalidar mi póliza de seguro(s).

NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Nombre del Contratante

DD/MM/AAAA

Firma del Contratante

Fecha de firma

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. Solicitud de Cargo Automático a Tarjeta

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

Lugar y fecha: _____		
Datos del Tarjetahabiente		
Nombre:	NOMBRE(S) _____	APELLIDO PATERNO _____
		APELLIDO MATERNO _____
Correo Electrónico:	_____	
Teléfono de Contacto:	10 DÍGITOS _____	<input type="radio"/> Particular <input type="radio"/> Oficina <input type="radio"/> Celular
Datos del Agente		
Nombre:	NOMBRE(S) _____	APELLIDO PATERNO _____
		APELLIDO MATERNO _____
Clave del Agente:	_____	Correo Electrónico: _____
Solicito y autorizo a Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros, para que realice el cobro correspondiente al/los pago(s) inicial y/o subsecuentes(s), mediante cargo <input type="radio"/> Único <input type="radio"/> Automático a mi tarjeta de: <input type="radio"/> Crédito <input type="radio"/> Débito de la Institución Bancaria:		
<input type="radio"/> HSBC <input type="radio"/> BBVA <input type="radio"/> Banamex <input type="radio"/> Santander <input type="radio"/> Otra: _____		
con número de Tarjeta:	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Vencimiento: AÑO _____ MES _____ Código de Seguridad: _ _ _
En caso de Cargo Único, indicar: Cantidad: \$ _____ IMPORTE CON LETRA _____		
En caso de cualquier aclaración o rechazo, se notificará en su correo electrónico descrito en el apartado anterior.		
Nota		
<p>El tarjetahabiente manifiesta que los datos antes descritos son fidedignos, por lo que se compromete a que, en caso de cambio de tarjeta por vencimiento, robo y/o extravío o cambio de número de cuenta, dará aviso de inmediato a la Aseguradora y, desde este momento autoriza que el cobro de la Prima se realice de acuerdo con los nuevos datos que proporciona, en el entendido de que al no proporcionar dicha información antes de la fecha del recibo que se encuentre próximo a vencer, la Aseguradora carecerá de facultades para realizar el cobro, por lo que los efectos del contrato cesarán automáticamente, liberando a Plan Seguro de responsabilidad alguna.</p> <p>El cargo se realizará en moneda nacional en la fecha de cobro, por lo cual el tarjetahabiente se compromete a mantener saldo suficiente en la cuenta, dándose por enterado que dichos cargos se efectúan con base en el inicio de vigencia de la Póliza, de acuerdo con el calendario y forma de pago que haya seleccionado, en caso de no registrarse el (los) cargo(s) en el estado de cuenta bancario, el tarjetahabiente deberá notificar a la Aseguradora. Cuando el día de cargo sea inhábil, éste se efectuará el día hábil siguiente.</p> <p>El Agente se obliga a verificar los datos de la tarjeta, responsabilizándose de su autenticidad de acuerdo al Artículo 10 de la Ley de Títulos y Operaciones de Crédito.</p>		

El tarjetahabiente está de acuerdo con los términos y condiciones que se establecen en este canal de cobro de Prima, firmando de conformidad.

En tanto la compañía entregue el comprobante de cargo; de manera enunciativa mas no limitativa: el estado de cuenta, recibo, folio o número de transacción, harán prueba plena del cargo, transferencia y/o depósito.

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 naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

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

Plan Seguro, con domicilio en Blvd. Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso 4, Jardines del Pedregal, Álvaro Obregón, C.P. 01900, Ciudad de México, hace de su conocimiento que sus Datos Personales tanto Sensibles como Patrimoniales, que sean recabados y/o generados derivado de la relación jurídica que se realice, exista o concluya, se tratarán únicamente para fines relacionados con el cumplimiento de dicha relación, el aviso integral podrá encontrarlo en el sitio web www.planseguro.com.mx

NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Nombre del Tarjetahabiente

Firma del Tarjetahabiente

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

¿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