

Favor de llenar la información solicitada con letra de molde.

Fecha de solicitud:

Datos Generales (favor de completar la información solicitada)			
No. Póliza:	<input type="text"/>	Ramo: <input type="checkbox"/> GMM <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/>	Subramo: <input type="checkbox"/> Ind/Fam <input type="checkbox"/> Gpo/Col <input type="checkbox"/>
Nombre del Contratante:	<input type="text" value="Nombre (s) apellido paterno apellido materno"/>		
Nombre del Agente y/o Promotor:	<input type="text"/>	Clave de Agente:	<input type="text"/>
		Clave de Promotor:	<input type="text"/>
Firma del Agente y/o Promotor		Firma del Contratante	
Plan Seguro reconoce la Solicitud de modificación(es) relacionada(s) con el Contrato de Seguro que exhibe el Agente y/o Supervisor de Seguros, quien actúa en nombre y representación del Contratante y/o Asegurado.			

Alta de Asegurados						Se anexa la siguiente documentación:							
Nombre Completo (nombre(s), apellido paterno, apellido materno)			Sexo M F	Fecha de nacimiento dd / mm / aaaa	Parentesco*	Solicitud y/o Cuestionario			Reconocimiento de Antigüedad				
1.						SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
2.						SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
3.						SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
4.						SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

(*) Parentesco con el Titular: Cónyuge o concubina (o), padre, madre, hijo u otro (especificar).
 Nota: En caso de solicitar más de 4 Altas de Asegurados, deberá anexar archivo magnético con la siguiente información: Nombre(s) completo(s), apellido paterno, apellido materno; parentesco: Titular, cónyuge o concubina (o), padre, madre, hijo u otro (especificar); sexo(F=femenino, M=masculino), fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa), fecha de antigüedad (dd/mm/aaaa) e indicar orden familiar en la que solicita el Alta.

Baja de Asegurados	
Nombre completo (nombre(s), apellido paterno, apellido materno)	Orden familiar
1.	
2.	
3.	
4.	

Nota: En caso de solicitar más de 4 Bajas de Asegurados, deberá anexar archivo magnético con la siguiente información: Nombre(s) completo(s), apellido paterno, apellido materno; parentesco: Titular, cónyuge o concubina (o), padre, madre, hijo u otro (especificar), fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) e indicar orden familiar en la que solicita la Baja.

Cambio de Conducto (favor de completar la información solicitada)			
No. Agente (anterior)	<input type="text"/>	Nombre del Agente (anterior)	<input type="text"/>
No. Agente (nuevo)	<input type="text"/>	Nombre del Agente (nuevo)	<input type="text"/>
Se anexa Carta del Contratante solicitando cambio del Agente e identificación oficial vigente:			SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Descripción de motivos:			
Autorización Área Comercial		Nombre y firma del Contratante	

Cancelación (favor de marcar con una cruz la opción que corresponda)					
Se anexa la siguiente documentación:					
Entrega de Documentación Contractual	Kit completo <input type="checkbox"/>	Kit incompleto <input type="checkbox"/>	No se entrega documentación <input type="checkbox"/>	Carta del Contratante solicitando Cancelación e identificación oficial vigente	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Descripción de motivos:					
Nombre y firma del Contratante					

Datos a modificar del Contratante y/o Asegurado

Nombre o Razón Social: Nombre (s) apellido paterno apellido materno

Nacionalidad: País de nacimiento:

Teléfono de contacto: Correo electrónico: Fecha de nacimiento: dd / mm / a

Ocupación / Actividad: Profesión: aaa

Domicilio: Calle No. exterior No. interior Colonia Código Postal Delegación o Municipio Ciudad y población Entidad federativa

RFC: Homoclave: CURP: Lugar de residencia*:

Folio mercantil: Fecha de constitución*: dd / mm / aaaa Estado de residencia*:

* Aplica en caso de requerir regionalización. En caso de solicitar un mayor número de cambios anexar listado de Asegurados indicando correcciones.



Plan seguro sigue innovando para ti, te recordamos que todos los pagos se realizan vía transferencia electrónica. ¡Es más práctico y seguro!

Modificación en parámetros de Cobertura		Actual	Modificación	Actual	Modificación
Suma Asegurada MN o SMGM				Cambio de Producto	
Deducible MN o SMGM				Cambio de Vigencia	
Coaseguro (%)				Cambio de forma de pago	
Base Hospitalaria				Cambio de Región	
THQ, MN o SMGM					

Únicamente para Salud Integral y Línea M

Plan actual: Modificación:

Modificaciones en Coberturas Adicionales con Costo (el nombre de la Cobertura deberá corresponder al que viene en el Cotizador)

Indicar la Cobertura a contratar o modificar	Indicar los parámetros de Cobertura cuando ésta tenga diferentes opciones	Descripción de la Cobertura a eliminar	Observaciones

Nota: *Zonas para la Cobertura en el Extranjero (de acuerdo a la 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. C: El resto del País. En caso de Contratar IDHA y/o ICF deberá anexarse la Solicitud correspondiente.

Membresía Club Prestigio (deberá anexar Solicitud) SÍ NO

Nombre(s), apellido paterno, apellido materno

1.

2.

3.

Rehabilitación (favor de completar la información solicitada)

Datos generales de la Póliza: No. Póliza a rehabilitar

Datos generales de pagos vencidos: Recibo Inicial Subsecuente(s) Primas en depósito

Reimpresión (favor de marcar con una cruz la opción que corresponda)

En el caso de Credenciales, favor de indicar:

Tipo de reimpresión	Credenciales <input type="checkbox"/>	Carátula de Póliza <input type="checkbox"/>	Póliza completa <input type="checkbox"/>	Nombre completo (Nombre(s), apellido paterno y apellido materno)	Orden familiar
				1. <input type="text"/>	
				2. <input type="text"/>	
				3. <input type="text"/>	
				4. <input type="text"/>	
				5. <input type="text"/>	

Nota: En caso de solicitar más de 5 reimpresiones de Asegurados, deberá anexar archivo magnético con la siguiente información: Nombre(s) completo(s), apellido paterno, apellido materno; parentesco: Titular, cónyuge o concubina (o), padre, madre, hijo u otro (especificar), fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) e indicar orden familiar de la que solicita la reimpresión.

RENOVACIÓN CON/SIN MODIFICACIONES (favor de marcar con una cruz la opción que corresponda, ante cambios de parámetros marcarlos en el campo de MODIFICACIÓN PARÁMETROS DE COBERTURA)

Solicito la Emisión de la Póliza mencionada bajo los términos y condiciones vigentes de la Cotización No. _____ y _____ en su caso de acuerdo a los cambios indicados en ésta.

Nombre: Nombre (s) apellido paterno apellido materno

Cargo:

SIN modificaciones

CON modificaciones

Quinquenal

Edad por Edad

Cambia regla de Asegurabilidad

Cambio de población*

Población vigente

Membresía Club Prestigio

CON modificaciones

SIN modificaciones

Firma del Contratante y/o Representante legal:

CON cambio de Plan / Producto

Actual:

Modificación:

CON Rehabilitación (deberán anexarse los requisitos estipulados para este trámite)

*Se debe anexar el listado correspondiente.

Regla de Aseguramiento (llenar sólo en caso de haber modificación)			
La regla de aseguramiento que registrará a la colectividad asegurada es la siguiente:		De igual manera la regla de aseguramiento también contempla asegurar a los dependientes económicos como se indica a continuación:	
<input type="checkbox"/> Todos los Empleados	<input type="checkbox"/> Gerentes de la Compañía	<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Cónyuge e hijos
<input type="checkbox"/> Directores de la Compañía	<input type="checkbox"/> Otros (especifique):	<input type="checkbox"/> Hijos	<input type="checkbox"/> Además de los anteriores también a sus padres
¿Quién proporciona los recursos para el pago de Primas?			
Empleado:		Dependientes Económicos:	
<input type="checkbox"/> a) Prestación al 100%	<input type="checkbox"/> b) Contributivo:	<input type="checkbox"/> a) Prestación al 100%	<input type="checkbox"/> b) Contributivo:
<input type="checkbox"/> c) Voluntario (Empleado):	Patrón _____% Empleado _____%	<input type="checkbox"/> c) Voluntario (Empleado):	Patrón _____% Empleado _____%
		Existiendo un sólo conducto de pago.	
Regla de Designación			
Las personas designadas a continuación podrán solicitar a Plan Seguro, S. A. de C. V., Compañía de Seguros, en nombre del Representante Legal cualquier trámite o reporte relacionado con la Póliza o Pólizas contratadas en esta Compañía:			
NOMBRE		FIRMA	
Reproceso (favor de marcar con una cruz la opción que corresponda)			
Se anexa copia del trámite original	SÍ <input type="checkbox"/>	Describir error observado:	
	NO <input type="checkbox"/>		
Reconocimiento de Antigüedad <input type="checkbox"/> o Constancia de Antigüedad <input type="checkbox"/>			Fecha de Antigüedad dd / mm / aaaa
No. de Póliza (última Póliza vigente)	Compañía de la que se solicita el Reconocimiento de Antigüedad (Plan Seguro u otras Compañías Aseguradoras)		
<p>Plan Seguro S.A de CV, Compañía de Seguros, mejor conocido como Plan Seguro, con domicilio en calle Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3299, Colonia Rincón del Pedregal, Ciudad de México, Alcaldía Tlalpan, C.P. 14120, en la entidad de Ciudad de México, país México, y portal de internet www.planseguro.com.mx, es el responsable del uso y protección de sus datos personales, y al respecto le informamos lo siguiente: Los datos personales que recabamos de usted, los utilizaremos para las siguientes finalidades que son necesarias para el servicio que solicita: Participar en el proceso de selección y contratación de proveedores; Conducir estudios de debida diligencia en materia de anticorrupción; Realizar estudios de calidad en los productos y servicios que ofrecen; Cotización de productos y servicios; Elaboración, verificación, seguimiento del cumplimiento del objeto del contrato; Llevar a cabo el proceso de facturación, cobro o pago derivado de la relación contractual; Verificar certificaciones exigidas por la normatividad aplicable. 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 o publicitaria; Prospección comercial. En caso de que no desee que sus datos personales sean tratados para estos fines secundarios, desde este momento usted nos puede comunicar lo anterior a través del siguiente mecanismo: 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. 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. Para conocer mayor información sobre los términos y condiciones en que serán tratados sus datos personales, como los terceros con quienes compartimos su información personal y la forma en que podrá ejercer sus derechos ARCO, puede consultar el aviso de privacidad integral en: www.planseguro.com.mx y mediante avisos colocados en Oficina Matriz, Sucursales, Módulos de Atención y Oficinas de Desarrollo Comercial.</p> <p>Plan Seguro S.A de CV, Compañía de Seguros, con domicilio en calle Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3299 Piso 12, colonia Rincón del Pedregal, Ciudad de México, delegación Tlalpan, CP 14120, en la entidad de Ciudad de México, país México, utilizará sus datos personales recabados 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, 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.</p>			

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

servicioseguro@planseguro.com.mx

