

# Conoce a tu Cliente (Art. 492 <sup>1</sup>)

Información para ser ingresada por la Persona Física y/o beneficiario.

Número de Póliza

| Datos de la Persona Física y/o beneficiario |  |               |     |             |                    |         |                    |                  |  |
|---|--|---------------|-----|-------------|--------------------|---------|--------------------|------------------|--|
| Nombre                                      |  | Nombre (s)    |     |             | Apellido Paterno   |         |                    | Apellido Materno |  |
| Domicilio particular                        |  |               |     |             |                    |         |                    |                  |  |
| Calle                                       |  | Nº exterior   |     | Nº interior |                    | Colonia |                    |                  |  |
| Delegación / Municipio                      |  | Código Postal |     |             | Ciudad / Población |         | Entidad Federativa |                  |  |
| Fecha de nacimiento /                       |  | día           | mes | año         | Nacionalidad       |         | País de nacimiento |                  |  |
| Ocupación / Profesión                       |  | Teléfono(s)   |     |             | Correo electrónico |         |                    |                  |  |
| Firma                                       |  |               |     |             |                    |         |                    |                  |  |

Información para ser ingresada por la Aseguradora

Favor de seleccionar los documentos proporcionados para dar cumplimiento con las Disposiciones de Carácter General del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas:

|  |  |  |  |   |  |  |  |
|--|--|--|--|---|--|--|--|
| <b>Persona Física Mexicana</b><br><input type="radio"/> Copia de identificación oficial vigente del Solicitante de Pago.   |  |  |  | <input type="radio"/> Copia de comprobante de domicilio con no más de tres meses de antigüedad. |  |  |  |
| <b>Persona Física Extranjera</b><br><input type="radio"/> Copia de identificación que acredite su estancia legal en el país.   |  |  |  | <input type="radio"/> Copia de comprobante de domicilio con no más de tres meses de antigüedad. |  |  |  |
| ¿Durante el último año ha sido funcionario de Gobierno (nacional o extranjero) de alta jerarquía o miembro importante de algún partido político? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí |  |  |  |   |  |  |  |
| ¿Es o tiene algún parentesco con alguna de las figuras mencionadas en la pregunta anterior? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí  |  |  |  |   |  |  |  |
| Mencione el parentesco   |  |  |  |   |  |  |  |

**Documentos válidos como comprobante de domicilio. No es obligatorio que se encuentre a nombre del Contratante, Titular y/o Asegurado Afectado (con antigüedad no mayor a 3 meses):**

1. Recibo de luz.
2. Recibo de teléfono (local o móvil).
3. Recibo de agua.
4. Recibo de Predial.
5. Estado de cuenta bancario. Puede omitir los movimientos y datos financieros.
6. Contrato de Arrendamiento registrado ante la Autoridad Fiscal.

7. Comprobante de inscripción ante el Registro Federal de Contribuyentes.
8. Recibo de Gas Natural.
9. Testimonio o copia certificada que acredite que el Cliente es legítimo propietario del domicilio actual y permanente.

**Documentos válidos como identificación con foto:**

1. Credencial de elector expedida por el INE.
2. Pasaporte Mexicano expedido por la SRE.
3. Cédula Profesional expedida por la SEP.
4. Extranjeros: FM2, FM3 o Tarjeta de Residente, expedida por el Instituto Nacional de Migración.

<sup>1</sup> Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Se asimilan a las Personas Políticamente Expuestas, el cónyuge y las personas con las que mantenga parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado, así como las sociedades en las que la Persona Políticamente Expuesta mantenga vínculos patrimoniales.

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](http://www.planseguro.com.mx)

Servicio Seguro **800 277 1234**  
[www.planseguro.com.mx](http://www.planseguro.com.mx)

[servicioseguro@planseguro.com.mx](mailto:servicioseguro@planseguro.com.mx)

 **Plan Seguro**  
 Mi salud es hoy