

Formato para Médicos sin Convenio con Plan Seguro

DMD-FORMSC-200601-V02

Alta y/o Modificación de Datos.

Alta Actualización de Datos

Fecha: día mes año

Datos del Médico:

Nombre: Nombre (s) Apellido Paterno Apellido Materno

Correo electrónico: Teléfono:

RFC: Especialidad:

Cédula de Especialidad o Certificación:

Relación de Documentos*:

- ☐ Recibo (s) de Honorarios

☐ Factura (s)

☐ Identificación Oficial Vigente

☐ Estado de cuenta bancario en el que indique la cuenta CLABE (18 dígitos).
- Forma de Pago

☐ Cheque

☐ Transferencia**

Nombre y Firma de autorización del Médico

¿Qué datos desea actualizar?

- ☐ Nombre:
- ☐ Correo electrónico:
- ☐ Teléfono:
- ☐ Domicilio fiscal:
- ☐ RFC:
- ☐ Cédula:
- ☐ Cuenta CLABE**:

Observaciones:

Nombre y Firma de autorización del Médico

* La documentación proporcionada debe ser legible.
** Indispensable presentar estado de cuenta a nombre del médico. Puede omitir movimientos bancarios.

Plan Seguro, con domicilio en Blvd. Adolfo Ruiz Cortines No. 3299, Piso 12, Col. Rincón del Pedregal, Tlalpan, CP. 14120, Cd. 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

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



Formato para Médicos sin Convenio con Plan Seguro

DMD-FORMSC-200601-V02

Alta y/o Modificación de Datos.

Alta Actualización de Datos

Fecha: día mes año

Datos del Médico:

Nombre: Nombre (s) Apellido Paterno Apellido Materno

Correo electrónico: Teléfono:

RFC: Especialidad:

Cédula de Especialidad o Certificación:

Relación de Documentos*:

- ☐ Recibo (s) de Honorarios

☐ Factura (s)

☐ Identificación Oficial Vigente

☐ Estado de cuenta bancario en el que indique la cuenta CLABE (18 dígitos).
- Forma de Pago

☐ Cheque

☐ Transferencia**

Nombre y Firma de autorización del Médico

¿Qué datos desea actualizar?

- ☐ Nombre:
- ☐ Correo electrónico:
- ☐ Teléfono:
- ☐ Domicilio fiscal:
- ☐ RFC:
- ☐ Cédula:
- ☐ Cuenta CLABE**:

Observaciones:

Nombre y Firma de autorización del Médico

* La documentación proporcionada debe ser legible.
** Indispensable presentar estado de cuenta a nombre del médico. Puede omitir movimientos bancarios.

Plan Seguro, con domicilio en Blvd. Adolfo Ruiz Cortines No. 3299, Piso 12, Col. Rincón del Pedregal, Tlalpan, CP. 14120, Cd. 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

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

