

# Solicitud de Seguro de Gastos Médicos Mayores

Esta solicitud deberá ser llenada en su totalidad por el Contratante y/o Solicitante y no deberá tener tachaduras o enmendaduras.

Producto a contratar

## 1. Datos del Contratante

Nombre o Razón Social:  Nombre (s)  Apellido Paterno  Apellido Materno

CURP -Exclusivo para Contratante Persona Física-  RFC:  Homoclave:

Fecha de nacimiento:  DÍA  MES  AÑO Nacionalidad:  País de nacimiento:

Correo electrónico:  Ocupación / Actividad:

Profesión:

## Domicilio Particular y/o Fiscal del Contratante

Calle:  No. Exterior:  No. Interior:  Colonia:  C.P.:

Delegación o Municipio:  Ciudad o Población:  Entidad Federativa:

Teléfono particular:  Teléfono de oficina:  Ext.  Teléfono celular:

Si su lugar de residencia es distinto a su domicilio fiscal, favor de indicar lo siguiente: Estado de Residencia:  Ciudad de Residencia:

**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.

En caso de que el Contratante sea Persona Moral, agregar la siguiente información:

Giro Mercantil u Objeto Social:

Administrador, Director General o Apoderado Legal:

Folio Mercantil:  Número de Escritura:

Número de Poder Notarial:  Fecha de Constitución:  DÍA  MES  AÑO

## 2. Forma de Pago

Anual

Semestral

Trimestral

Mensual

Porque prevenir es Salud  
Servicio Seguro **01 800 277 1234**  
**planseguro.com.mx**

servicioseguro@planseguro.com.mx



### 3. Características del Producto a contratar:

Si su producto a contratar es **Línea Especial o Promobroker** - Productos de venta única en Ciudad de México y Zona Metropolitana- **llenar este apartado, de lo contrario pasar al siguiente producto.**

Parámetros de Cobertura	Línea Especial
UMAM= Unidad de Medida y Actualización Mensual -Vigente-	<input type="radio"/> Cobertura de Emergencia en el Extranjero <input type="radio"/> Cobertura de Atención en el Extranjero
Suma Asegurada: <input type="text"/> UMAM	<b>Cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente (IDHA)</b> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Deducible: <input type="text"/> UMAM	Si su respuesta fue afirmativa deberá llenar el formato "Solicitud de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente". Esta Cobertura aplicará para aquellos solicitantes que se encuentren en el rango de 20 a 65 años de edad.
Coaseguro: <input type="text"/> (%)	<b>Cobertura de Indemnización por Cáncer Femenino (ICF)</b> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Base Hospitalaria: <input type="text"/>	Si su respuesta fue afirmativa deberá llenar el formato "Solicitud de Indemnización de Cáncer Femenino". Esta Cobertura aplicará para aquellos solicitantes que se encuentren en el rango de 20 a 55 años de edad.
Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos: <input type="text"/> UMAM	<b>Eliminación por Pago Directo</b> <input type="radio"/> 2 UMAM y 5% Coaseguro <input type="radio"/> 3 UMAM y 10% Coaseguro
	<b>Tope Máximo de Coaseguro</b> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Se otorga si usted eligió un Coaseguro de 10%.
	Promobroker
	<b>Cobertura de Emergencia en el Extranjero</b> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	<b>Cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente (IDHA)</b> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	Si su respuesta fue afirmativa deberá llenar el formato "Solicitud de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente". Esta Cobertura aplicará para aquellos solicitantes que se encuentren en el rango de 20 a 65 años de edad.
	<b>Cobertura de Indemnización por Cáncer Femenino (ICF)</b> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	Si su respuesta fue afirmativa deberá llenar el formato "Solicitud de Indemnización de Cáncer Femenino". Esta Cobertura aplicará para aquellos solicitantes que se encuentren en el rango de 20 a 55 años de edad.

Si su producto a contratar es **Línea Básica**, llenar este apartado.

Parámetros de Cobertura	Coberturas Opcionales con Costo:
UMAM = Unidad de Medida y Actualización Mensual -Vigente-	<b>Cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente (IDHA)</b> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Suma Asegurada: <input type="text"/> UMAM	Si su respuesta fue afirmativa deberá llenar el formato "Solicitud de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente". Esta Cobertura aplicará para aquellos solicitantes que se encuentren en el rango de 20 a 65 años de edad.
Deducible: <input type="text"/> UMAM	<b>Cobertura de Indemnización por Cáncer Femenino (ICF)</b> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Coaseguro: <input type="text"/> (%)	Si su respuesta es afirmativa deberá llenar el formato "Solicitud de Indemnización de Cáncer Femenino". Esta Cobertura aplicará para aquellos solicitantes que se encuentren en el rango de 20 a 55 años de edad.
Base Hospitalaria: <input type="text"/>	<b>Cobertura de Emergencia en el Extranjero</b> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos: <input type="text"/> UMAM	Cobertura de Emergencia en el Extranjero con Suma Asegurada de 100,000 dls y 100 dls de Deducible.

Porque prevenir es Salud  
 Servicio Seguro **01 800 277 1234**  
**planseguro.com.mx**

servicioseguro@planseguro.com.mx



## Coberturas Opcionales con Costo:

**Cobertura de Atención en el Extranjero**

Sí  No  
 A  B  C

**Indique la Zona:**

Zonas para la Cobertura de Atención Médica 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.

**Eliminación por Pago Directo:**

Sí  No

**Incremento en Suma Asegurada para Parto y Cesárea**

Sí  No

**¿Cuál Suma Asegurada?**

20 UMAM  25 UMAM

La contratación de esta Cobertura es de acuerdo a Condiciones Generales.

**Reducción de Coaseguro en Nariz y Senos Paranasales (NSP)**

Sí  No

Reducción de Coaseguro para Padecimientos de Nariz y Senos Paranasales derivados de un Accidente.

**Cobertura Especial Cáncer**

Sí  No

La contratación de esta Coberturas es de acuerdo a Condiciones Generales.

**Cobertura de Eliminación de Deducible:**

Sí  No

Esta Cobertura solo se puede contratar para aquellas Pólizas que contraten Deducible mayor a 3 UMAM y hasta 5 UMAM en el apartado anterior "Parámetros de cobertura".

## 4. Reconocimiento de Antigüedad

Si tiene Póliza en esta u otra Compañía con vigencia ininterrumpida mínima de 1 año y con periodo al descubierto menor a 30 días naturales a la fecha de sello de recepción de Plan Seguro, S.A. de C.V., Compañía de Seguros, favor de anexar copia de la última Póliza vigente y/o Certificado Individual, así como el recibo con el sello de pagado o comprobante de pagos, constancia de Antigüedad de la Compañía anterior para que Plan Seguro, S.A. de C.V., Compañía de Seguros pueda otorgar dicho beneficio.

Solicitante	Antigüedad Plan Seguro				Antigüedad otra Compañía				
	Día	Mes	Año	No. de Póliza	Día	Mes	Año	No. de Póliza	Compañía
Titular									
Cónyuge o Concubina									
Dependiente 1									
Dependiente 2									
Dependiente 3									
Dependiente 4									

**5. Solicitantes** - Los menores de edad deben considerarse como Dependientes, aun cuando sean los únicos miembros en la Póliza-

**Favor de detallar la información de los miembros solicitantes:**

Solicitante	Nombre(s), apellido paterno y apellido materno	Sexo		Fecha de Nacimiento			Parentesco con el Titular
		F	M	DD	MM	AAAA	
Titular							
Cónyuge o Concubina							
Dependiente 1							
Dependiente 2							
Dependiente 3							
Dependiente 4							

Notas: 1. Solicitantes menores de 3 años se deberá de anexar Informe Médico con nombre y Cédula Profesional del Pediatra, indicando nombre, talla, peso, esquema de vacunación y estado de salud actual del menor.

2. Solicitantes de 65 años o más, deberán someterse a un Examen Médico de Valoración.

Porque prevenir es Salud  
 Servicio Seguro **01 800 277 1234**  
**planseguro.com.mx**

servicioseguro@planseguro.com.mx



Estado Civil: S = Soltero (soltero, divorciado, unión libre y/o viudo) o C = Casado

Solicitante	Estado Civil	Nacionalidad	Peso (kg)	Estatura (mts)	Ocupación / Actividad	¿Cuenta con esquema de vacunación?
Titular					Describir	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Cónyuge o Concubina					Describir	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Dependiente 1					Describir	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Dependiente 2					Describir	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Dependiente 3					Describir	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Dependiente 4					Describir	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

Nota: En el campo "Ocupación / Actividad" debe especificarse la actividad a la que se dedica, NO indicar la pabra "EMPLEADO".

Solicitante	¿Practica profesionalmente algún deporte? *	En caso de respuesta afirmativa, especifique el deporte que practica
Titular	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Cónyuge o Concubina	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Dependiente 1	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Dependiente 2	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Dependiente 3	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Dependiente 4	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	

\*Se entenderá como deporte profesional, todo aquel por el que se obtenga algún tipo de remuneración económica al realizar dicho deporte.

## 6. Hábitos

Solicitante	¿Fuma o ha fumado?	Desde - Hasta (Año / Año)	Cantidad de cigarrillos al día	¿Ingiere o ingirió bebidas alcohólicas?	Desde - Hasta (Año / Año)	Cantidad de copas a la semana	¿Consume o consumió drogas y/o estimulantes?	Desde - Hasta (Año / Año)	Cantidad Frecuencia y Tipo
Titular	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	/		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	/		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	/	
Cónyuge o Concubina	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	/		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	/		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	/	
Dependiente 1	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	/		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	/		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	/	
Dependiente 2	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	/		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	/		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	/	
Dependiente 3	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	/		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	/		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	/	
Dependiente 4	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	/		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	/		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	/	

## 7. Otros Seguros -Esta información no facultará a la Compañía para rescindir el Contrato en términos del Artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro-

Indique en el espacio correspondiente si alguno de los Solicitantes por asegurar cuenta actualmente con alguna otra Póliza:

Solicitante	GMM / Compañía Aseguradora	AP / Compañía Aseguradora	Autos / Compañía Aseguradora
Titular	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Cónyuge o Concubina	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Dependiente 1	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Dependiente 2	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Dependiente 3	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Dependiente 4	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

Nota: GMM se refiere a Gastos Médicos Mayores y AP se refiere a Accidentes Personales.

Porque prevenir es Salud  
Servicio Seguro **01 800 277 1234**  
**planseguro.com.mx**

servicioseguro@planseguro.com.mx



## 8. Otras Actividades

Marque si por su ocupación está expuesto a cualquiera de lo siguiente: uso de armas de fuego, explosivos, maquinaria pesada, maquinaria ligera de riesgo, sustancias químicas peligrosas, radiaciones, riesgo por altura, alta tensión, material biológico de riesgo, transporte en motocicleta.

Solicitante			Especifique
Titular	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
Cónyuge o Concubina	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
Dependiente 1	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
Dependiente 2	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
Dependiente 3	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	
Dependiente 4	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	

## 9. Cuestionario Médico

Nota: D1 = Dependiente 1; D2 = Dependiente 2; D3 = Dependiente 3 y D4 = Dependiente 4.

En caso de que su respuesta sea afirmativa a cualquiera de las preguntas 1 a 17 especifique la información requerida en el apartado 10 "Información a detalle para casos de respuesta afirmativa."

Indique en el espacio correspondiente si alguno(s) de los Solicitante(s) por asegurar padece o ha padecido:	Solicitantes											
	Titular		Cónyuge		D1		D2		D3		D4	
	Sí	No										
1. Enfermedades del corazón o presión alta (infarto, aneurisma, angina de pecho, arteriosclerosis, entre otras).	<input type="radio"/>											
2. Enfermedades del aparato respiratorio (tuberculosis, bronquitis, enfisema, asma o sinusitis, entre otras).	<input type="radio"/>											
3. Enfermedades endócrinas o metabólicas: diabetes mellitus, tiroides, hipófisis u obesidad.	<input type="radio"/>											
4. Enfermedades sanguíneas (anemia, hemorragias o leucemia).	<input type="radio"/>											
5. Afecciones del aparato circulatorio (várices, hemorroides, entre otras).	<input type="radio"/>											
6. Cáncer o tumores.	<input type="radio"/>											
7. Alguna enfermedad cerebral o del sistema nervioso (parálisis, convulsiones, pérdida del conocimiento, entre otras).	<input type="radio"/>											
8. Enfermedades del aparato digestivo (esófago, estómago, intestinos, hígado (hepatitis), vesícula biliar, páncreas, bazo, colon, recto, entre otras).	<input type="radio"/>											
9. Enfermedades del aparato urinario (cálculos renales, crecimiento de próstata, infecciones recurrentes de vías urinarias, entre otras).	<input type="radio"/>											
10. Alteraciones en el sistema auditivo, en la piel o de tipo oftalmológico.	<input type="radio"/>											
11. Enfermedades de los huesos, articulaciones, de la columna vertebral, deformidades, pérdida de algún miembro.	<input type="radio"/>											
12. Enfermedades de transmisión sexual, VIH, SIDA, Sífilis o Virus del Papiloma Humano.	<input type="radio"/>											
13. Alguna enfermedad o accidente no especificado en este Cuestionario Médico. (*)	<input type="radio"/>											

Porque prevenir es Salud  
 Servicio Seguro **01 800 277 1234**  
**planseguro.com.mx**

servicioseguro@planseguro.com.mx



Preguntas Específicas	Solicitantes													
	Titular		Cónyuge		D1		D2		D3		D4			
	Sí	No												
14. ¿Algún solicitante ha sido hospitalizado o le han realizado alguna cirugía, incluyendo las ambulatorias o estéticas a consecuencia de cualquier enfermedad, accidente u otros?	<input type="radio"/>													
15. ¿Ha tenido alguna molestia, dolor o síntoma médico en los últimos 90 días?	<input type="radio"/>													
16. En los últimos 90 días, ¿ha visitado algún Médico, está o estuvo bajo tratamiento médico, rehabilitación o tiene programada atención Médica o quirúrgica?	<input type="radio"/>													
17. En los últimos 90 días, ¿le han practicado exámenes de Laboratorio y/o Gabinete (Electrocardiogramas, Ultrasonidos, Resonancias, Tomografías, Radiografía o Cateterismos, entre otros)?	<input type="radio"/>													
<b>Exclusivo para Mujeres mayores de 11 años</b>  En caso de que su respuesta sea afirmativa a cualquiera de las preguntas 18 y 20 especifique la información requerida en el apartado 10 "información a detalle para casos de respuesta afirmativa."	Solicitantes													
	Titular		Cónyuge		D1		D2		D3		D4			
	Sí	No												
18. ¿Ha recibido atención Médica o quirúrgica por padecimientos de los ovarios, útero, trompas uterinas, glándulas mamarias, o alteraciones de la menstruación?	<input type="radio"/>													
19. ¿Ha tenido embarazos? (*)	<input type="radio"/>													
En caso de respuesta(s) afirmativa(s), indique la cantidad y el mes y año del más reciente, en la opción que corresponda:	<b>Partos</b>	¿Cuántos?												
		Mes / Año												
	<b>Cesáreas</b>	¿Cuántas?												
		Mes / Año												
	<b>Abortos</b>	¿Cuántos?												
		Mes / Año												
20. ¿Ha tenido problemas o complicaciones por embarazos previos?	<input type="radio"/>													
21. ¿Actualmente esta embarazada? Especifique el tiempo de gestación (meses)	<input type="radio"/>													

## 10. Información a detalle para casos de respuesta afirmativa

El Solicitante Puede ser: T = Titular; C = Cónyuge o Concubina (o); D1 = Dependiente 1; D2 = Dependiente 2; D3 = Dependiente 3 o D4 = Dependiente 4.

### Información a detalle para casos de respuesta afirmativa

Solicitante	Pregunta No.	Nombre de: enfermedades, accidentes, lesiones, síntomas, estudios, tratamientos e intervenciones quirúrgicas, cada uno de éstos derivados o no de un accidente.	Fecha de inicio u ocurrencia			Causa	Tratamiento y estado actual de Salud
			DD	MM	AAAA		
						<input type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Enfermedad	
						<input type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Enfermedad	
						<input type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Enfermedad	
						<input type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Enfermedad	
						<input type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Enfermedad	
						<input type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Enfermedad	

Solicitante	Pregunta No.	¿Ha tenido recaídas en los 2 últimos años?	Fecha de última revisión			Tipo de control o tratamiento de la Enfermedad o Accidente (*) -En caso de requerir más espacio, anexar otra solicitud-
			DD	MM	AAAA	
		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	DD	MM	AAAA	
		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	DD	MM	AAAA	
		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	DD	MM	AAAA	
		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	DD	MM	AAAA	
		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	DD	MM	AAAA	
		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	DD	MM	AAAA	

(\*) En caso de tratamiento o intervención quirúrgica, favor de anexar el Informe del Médico tratante, Estudios que respalden el Diagnóstico y Estudio Histopatológico.

### De interés para el Solicitante

- 1.- Se previene al Solicitante para que conforme a los Artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, declaren todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta Solicitud, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmar la misma, en la inteligencia que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho, podrá originar la pérdida de los derechos que le confiere la Póliza correspondiente al Asegurado o Beneficiario en su caso.
- 2.- Plan Seguro, con domicilio en Periférico Sur, No. 4355, Colonia Jardines en la Montaña, C.P. 14210 en 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 de privacidad integral podrá encontrarlo en el sitio web [planseguro.com.mx](http://planseguro.com.mx)
- 3.- De conformidad con el Artículo 11 de las Disposiciones Generales en materia de sanas prácticas, transparencia y publicidad aplicables a las Instituciones de Seguros, se hace de su conocimiento que la presente solicitud de seguro no contienen abreviaturas de uso no común.

### Identificación del Cliente, Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

-Aplica solo para contratos celebrados con personas morales y contratantes, personas físicas identificados como PEP-

El que signa el presente apartado de esta solicitud de seguro, se obliga a identificar, integrar y conservar un expediente de identificación de cada asegurado que la misma ampare, así como a mantener dichos expedientes a disposición de Plan Seguro para consulta y en su caso, para que los presente a las Autoridades, si así se lo requieren. Trantándose de un Contratante Persona Políticamente Expuesta Nacional o Extranjera (PEP), la obligación será respecto de las personas físicas que tengan el carácter de cónyuge o dependientes económicos, siempre que se encuentren en territorio nacional. Lo anterior debe cumplirse de conformidad con las políticas y procedimientos para la identificación del cliente de Plan Seguro.

Firma del:  Contratante  Contratante PEP  Agente  Promotor

### De común acuerdo entre el Titular y/o Contratante y la Compañía Aseguradora

Reconozco estar informado de que las omisiones, falsas e inexactas declaraciones sobre los hechos importantes del riesgo, que se detecten en el cuestionario contenido en la presente, darán lugar a la rescisión del Contrato de Seguro que llegue a celebrarse y en consecuencia a la pérdida de los derechos derivados del mismo, no obstante que tales hechos no influyan en la realización del Siniestro, inclusive cuando haya sido llenada por quien actuó como tercero o representante con o sin la designación expresa a favor de éste, por el Contratante, Titular Solicitante y/o Asegurado.

Autorizo a los Médicos que nos hayan asistido o examinado a mí y/o a mis dependientes económicos, 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 propuesta de Seguro y en su caso para todo lo relacionado en 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 la Institución 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 el apartado número 1 de ésta solicitud, me comprometo a notificarlo dentro de los 30 días siguientes a que ocurra dicho supuesto. Asimismo 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, autorizo a Plan Seguro para que las Condiciones Generales que contienen los términos, exclusiones y limitaciones de mi Contrato de Seguro me sean entregadas en formato digital o electrónico; o bien a través del sitio WEB [planseguro.com.mx](http://planseguro.com.mx), sin perjuicio de obtener a mi solicitud un ejemplar impreso en cualquiera de las oficinas de Plan Seguro.

Asimismo, estoy (estamos) enterado (s) que dichas condiciones están disponibles en [www.planseguro.com.mx](http://www.planseguro.com.mx)

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 Titular.

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.

**Este documento solo constituye parte de la Solicitud de Seguro y por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Empresa de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la Solicitud.**

Se firma la presente Solicitud ratificando que lo declarado en ésta, constituye los antecedentes completos y verídicos y se consideran que sirven para identificar el riesgo que se asegura como objeto sobre el que podrá celebrarse el 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 y/o Titular Solicitante, sin que ello invalide las que se realicen en el domicilio particular señalado en el presente formulario.

Así mismo otorgo el consentimiento a la Institución para que en cumplimiento a las obligaciones inherentes a la Póliza que en su caso se emita, haga uso de los Datos Personales aquí proporcionados.

**Nombre del Solicitante Titular**      **Firma del Solicitante Titular**      **Nombre del Contratante o Representante Legal**      **Firma del Contratante o Representante Legal**  
(O de su Representante Legal si es menor de edad)      (Solo si es diferente al Solicitante Titular)

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha:  DÍA  MES  AÑO

## Datos del Agente

Clave:  Nombre:  Nombre (s)  Apellido Paterno  Apellido Materno   
Correo electrónico:

Firma \_\_\_\_\_

El Agente de Seguros, manifiesta bajo protesta de decir verdad que todo lo vertido en la presente solicitud, es expresado por el Contratante y que el Solicitante así como las personas por asegurar llenaron y firmaron esta solicitud en su presencia, durante la entrevista correspondiente. Adicionalmente se incluyen copias simples que sustentan la información proporcionada en este formato, mismas que fueron cotejadas contra su original por el Agente.

## Observaciones de la Compañía

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 3 de noviembre de 2016, con el número CGEN - H0701-0001-2016.

## RECAS/ Aún en trámite la definición de la normatividad

### Cargo Automático a Tarjeta (CAT)

Solicito y autorizo a Plan Seguro, S.A. de C.V, Compañía de Seguros que realice:

El cobro de la Póliza No.  con Cargo Automático a mi:  Tarjeta de Crédito:  Tarjeta de Débito HSBC, Bancomer, Banamex o Santander:  
(Uso exclusivo de Plan Seguro)

De la Institución Bancaria:  con vencimiento:  MES  AÑO

No. de Tarjeta:  Código de Seguridad:   
(No. adicional impreso en la Tarjeta)

Para poderle notificarle en forma inmediata, en caso de cualquier aclaración o rechazo de su solicitud de cargo favor de indicar su correo electrónico -obligatorio-

\_\_\_\_\_  
Nombre del Tarjetahabiente

\_\_\_\_\_  
Firma del Tarjetahabiente

## El Tarjetahabiente está de acuerdo con los Términos y Condiciones que se establecen en este canal de cobro de Prima, firmando de conformidad

El Agente se obliga a verificar los datos de la tarjeta, responsabilizándose de su autenticidad de acuerdo al Art. 10 de la Ley de Títulos y Operaciones de Crédito.

En caso de cancelación, cambio de Tarjeta o vencimiento de la misma, autorizo a Plan Seguro, S.A. de C.V., Compañía de Seguros, el cobro de la Póliza de Seguro a la nueva cuenta que me haya asignado la Institución de Crédito, comprometiéndome a notificar oportunamente por escrito el nuevo número de cuenta al que debe ser cargado el(los) importe(s) de la Póliza.

El cargo se realizará en Moneda Nacional en la fecha de cobro, por lo cual me comprometo a mantener saldo suficiente en la cuenta para que esto se lleve a cabo, dándome por enterado que dichos cargos se efectuarán con base en el Inicio de Vigencia de la Póliza y forma de pago seleccionado. En caso de no registrarse el (los) cargo (s) en el Estado de Cuenta Bancario, notificaré a la Aseguradora; cuando el día de cargo solicitado sea inhábil, éste se efectuará el día hábil anterior.

## Reclamaciones y Consultas Unidad Especializada de Atención a Clientes -UNE-

**Teléfonos:** 01 (55) 41 70 96 68 y 01 (55) 41 70 96 67.

**Dirección:** Periférico Sur No. 4355, Colonia Jardines en la Montaña, Delegación Tlalpan, C.P. 14210, 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](mailto:servicioseguro@planseguro.com.mx). Para consultar otras oficinas de atención en el país ver: [planseguro.com.mx](http://planseguro.com.mx)

Plan Seguro, con domicilio en Periférico Sur no. 4355, Col. Jardines en la Montaña, Delegación Tlalpan, C.P. 14210 en 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 [planseguro.com.mx](http://planseguro.com.mx).

Porque prevenir es Salud  
Servicio Seguro **01 800 277 1234**  
**planseguro.com.mx**

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

