

Solicitud de Seguro de Salud

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 Solicitante Titular y/o 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:**

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

Plan Salud Más

Si su producto a contratar es Plan Salud Más llenar este apartado, de lo contrario pasar al siguiente producto

Parámetros de Cobertura	Coberturas Opcionales con Costo:
UMAM = Unidad de Medida y Actualización Mensual -Vigente-	Cobertura de Emergencia en el Extranjero: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Suma Asegurada: <input type="text"/> UMAM	¿Cuál Suma Asegurada? <input type="radio"/> SA 50,000 Dlls. <input type="radio"/> SA 100,000 Dlls.
Deducible: <input type="text"/> UMAM	Cobertura de Atención en el Extranjero: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Coaseguro: <input type="text"/> (%)	Si su respuesta es afirmativa, indicar la zona dependiendo de 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.
Base Hospitalaria: <input type="text"/>	Indique la Zona: <input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C
Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos: <input type="text"/> UMAM	Cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente (IDHA): <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	Si su respuesta es 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.
	Cobertura de Indemnización por Cáncer Femenino (ICF): <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 solamente para los rangos de edad que se indican en la solicitud referida. La contratación de esta Cobertura es de acuerdo a Condiciones Generales.
	Incremento en Suma Asegurada para parto: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	¿Cuál Suma Asegurada? <input type="radio"/> 20 UMAM <input type="radio"/> 25 UMAM
	Reducción de Coaseguro en padecimientos de Nariz o Senos paranasales derivados de un Accidente: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	Cobertura de Eliminación de Deducible por Accidente: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	Esta Cobertura solo se puede contratar para aquellas Pólizas que contraten Deducible de 4 UMAM y hasta 11 UMAM en el apartado anterior "Parámetros de Cobertura".
	Cobertura de Eliminación de Coaseguro por Accidente: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
	Esta Cobertura aplica para todas las opciones de Coaseguro que se ofrecen.

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

servicioseguro@planseguro.com.mx



Golden Salud o Salud Óptima

Si su producto a contratar es Golden Salud o Salud Óptima llenar este apartado, de lo contrario pasar al siguiente producto

Golden Salud

Salud Óptima

Parámetros de Cobertura

UMAM = Unidad de Medida y Actualización Mensual -Vigente-

Suma Asegurada: UMAM

Deducible: UMAM

Coaseguro: (%)

Base Hospitalaria:

Tabla de Honorarios Médico-Quirúrgicos: UMAM

El Tope Máximo de Coaseguro se otorga si usted eligió un Coaseguro de 10%.
Aplica con costo para las siguientes Regiones: Occidente, Bajío, Noreste y Nuevo León.

Tope Máximo de Coaseguro: Sí No

Coberturas Opcionales con Costo:

Cobertura de Emergencia en el Extranjero: Sí No

¿Cuál Suma Asegurada? SA 50,000 Dlls. SA 100,000 Dlls.

Cobertura de Atención en el Extranjero: Sí No

Si su respuesta es afirmativa, indicar la zona dependiendo de 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.

Indique la Zona: A B C

Cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente (IDHA): Sí No

Si su respuesta es 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.

Cobertura de Indemnización por Cáncer Femenino (ICF): Sí No

Si su respuesta fue afirmativa deberá llenar el formato "Solicitud de Indemnización de Cáncer Femenino". Esta Cobertura aplicará solamente para los rangos de edad que se indiquen en la solicitud referida.

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

Incremento en Suma Asegurada para parto: Sí No

¿Cuál Suma Asegurada? 20 UMAM 25 UMAM

Reducción de Coaseguro en padecimientos de Nariz o Senos paranasales derivados de un Accidente: Sí No

Cobertura de Eliminación de Deducible por Accidente: Sí No

Para Golden Salud esta Cobertura solo se puede contratar para aquellas Pólizas que contraten Deducible de 4 UMAM y hasta 10 UMAM, en el apartado anterior "Parámetros de Cobertura"

Para Salud Óptima esta Cobertura solo se puede contratar para aquellas Pólizas que contraten Deducible de 4 UMAM y hasta 7 UMAM, en el apartado anterior "Parámetros de Cobertura"

Otra: Sí No

¿Cuál Cobertura?:

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

servicioseguro@planseguro.com.mx



Salud Integral

Si su producto a contratar es Salud Integral, llenar este apartado, de lo contrario pasar al siguiente Producto.

Nombre del Plan:

Base Hospitalaria:

Coberturas opcionales con costo:

Solicitante	Cobertura para mujeres embarazadas		Cobertura de Control del Embarazo, Parto y Puerperio			
	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	Con Tope de SA <input type="radio"/>	Sin Tope de SA <input type="radio"/>
Titular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cónyuge o Concubina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dependiente 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dependiente 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dependiente 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dependiente 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cobertura de Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente (IDHA):

Sí No

Si su respuesta es 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.

Cobertura de Indemnización por Cáncer Femenino (ICF):

Sí No

Si su respuesta es afirmativa deberá llenar el formato "Solicitud de Indemnización de Cáncer Femenino". Esta Cobertura aplicará solamente para los rangos de edad que se indican en la solicitud referida.

Otra: Sí No

¿Cuál 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, 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.

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

Favor de detallar la información de los miembros solicitantes y considere los siguientes criterios para el llenado:

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							

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

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.

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.

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	¿Consumo o consumió drogas y/o estimulantes?	Desde - Hasta (Año / Año)	Frecuencia y Cantidad
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

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

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"/>											

(*) Llenar en el apartado 10

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"/>											
Exclusivo para Mujeres mayores de 11 años 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:	Partos	¿Cuántos?										
		Mes / Año										
	Cesáreas	¿Cuántas?										
		Mes / Año										
	Abortos	¿Cuántos?										
		Mes / Año										
20. ¿Ha tenido problemas o complicaciones por embarazos previos?	<input type="radio"/>											
21. ¿Actualmente está 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 de la pregunta 13

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			Tratamiento y estado actual de Salud
			DD	MM	AAAA	

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.

Notas:

1.- Solicitantes menores de 3 años de deberá anexar informe médico del pediatra con: Nombre, Cédula profesional y estado actual de salud.

2.- Solicitantes de 65 años o más, deberán someterse a un examen médico de valoración.

EN CASO DE QUE PLAN SEGURO ACEPTÉ CUBRIR ALGUNA ENFERMEDAD O ACCIDENTE MANIFESTADO COMO PREEXISTENCIA DECLARADA, SE EMITIRÁ EL ENDOSO CORRESPONDIENTE PARA CADA SOLICITANTE. LO ANTERIOR SE ENCUENTRA SUJETO A TÉRMINOS Y CONDICIONES.

11. De interés para el solicitante

1. De conformidad con la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se exhorta al solicitante para que declare todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de firmar la misma, en la inteligencia de que la omisión, declaración inexacta o falsa de los hechos importantes que se le pregunten podría originar la pérdida de los derechos del Asegurado o de los Beneficiarios en su caso.

En caso de fallecimiento del Contratante (en caso de ser persona física) y/o Asegurado Titular, la indemnización por prima no devengada que resulte procedente deberá cubrirse a:

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
------------------	------------------	------------

Firma del Contratante

Firma del Solicitante Titular

2.- PLAN SEGURO, con domicilio en Boulevard Adolfo Ruiz Cortines número 3299, Piso 12, Colonia Rincón del Pedregal, Delegación Tlalpan, Ciudad de México, Código Postal 14120, 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 la página de internet www.planseguro.com.mx, o anexo a la presente solicitud.

3.- De conformidad con el artículo 9 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 contiene abreviaturas de uso no común.

12. Identificación del Cliente, Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas - Aplica sólo para contratos celebrados con personas morales y contratantes persona física identificados como persona políticamente expuesta.

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 su consulta y en su caso, para que los presente a las Autoridades, si así se lo requieren. Tratándose 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

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

servicioseguro@planseguro.com.mx



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

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. 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, 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, 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

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 considera 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

(O de su Representante Legal si es menor de edad)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
------------------	------------------	------------

Firma del Solicitante Titular

Nombre del Contratante o Representante Legal

(Solo si es diferente al Solicitante Titular)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)
------------------	------------------	------------

Firma del Contratante o Representante Legal

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 ____ de _____ con el número _____

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)

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: Blvd. Adolfo Ruiz Cortines No. 3299, Piso 12, Col. Rincón del Pedregal, Tlalpan, C.P. 14120, 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. Para consultar otras oficinas de atención en el país ver: planseguro.com.mx

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

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

servicioseguro@planseguro.com.mx

