

I.2 Exclusivo para Persona Física

País de Nacimiento: **Nacionalidad(es):**

Fecha de Nacimiento: **Sexo:** Mujer Hombre

Clave Única de Registro de Población (CURP):

Profesión¹: **Ocupación²:**

Si su lugar de residencia es distinto a su domicilio fiscal, indicar:

Entidad Federativa de Residencia: **Ciudad de Residencia:**

¹ Profesión refiere a las actividades que realiza una persona y para las que requiere un título avalado por alguna Institución de Educación.

² Ocupación refiere al trabajo, empleo u oficio que desempeña. Debe especificarse la actividad a la que se dedica, NO indicar la palabra "EMPLEADO".

I.3 Exclusivo para Persona Moral

Giro Mercantil u Objeto Social:

Nombre del Administrador, Director General o Apoderado Legal:

País de Nacimiento: **Nacionalidad(es):**

Fecha de Nacimiento: **Sexo:** Mujer Hombre

Folio Mercantil: **Número de Escritura:**

Número de Poder Notarial: **Fecha de Constitución:**

II. Datos de los Solicitantes
II.1 Datos Generales

¿El Contratante será el Titular de la Póliza? (sólo Persona Física) Sí No

En caso de responder afirmativamente, no llenar la columna correspondiente al Titular.

	Solicitantes				
	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4
Nombre(s):					
Apellido Paterno:					
Apellido Materno:					
Parentesco con el Titular:	Titular				
Nacionalidad(es):					
Estado Civil ³ :	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> C				
Fecha de Nacimiento:	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA

³ S= Soltero (soltero, divorciado, unión libre y/o viudo) o C= Casado

	Solicitantes				
	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4
Sexo:	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> H				
Edad:					
CURP:	18 DÍGITOS				
RFC:	13 DÍGITOS				
Profesión ¹ :					
Ocupación ² :					

¹ Profesión refiere a las actividades que realiza una persona y para las que requiere un título avalado por alguna Institución de Educación.

² Ocupación refiere al trabajo, empleo u oficio que desempeña. Debe especificarse la actividad a la que se dedica, NO indicar la palabra "EMPLEADO".

II.2 Datos Médicos (Hábitos)

Rellenar solo en caso de desear contratar la Cobertura de Indemnización por Cáncer y/o Indemnización por Cáncer de Mama.

	Solicitantes				
	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4
¿Fuma más de 30 cigarros al día?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No				
¿Ha padecido o le han diagnosticado un tumor o cáncer?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No				
¿Algún familiar en línea directa (padres/hermanos) han sido diagnosticados con algún tipo de cáncer o tumor maligno antes de los 60 años de edad?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No				
¿En los últimos 10 años ha tenido padecimientos de glándula mamaria, desordenes menstruales, ginecológicos o complicaciones durante el embarazo?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No				

Se exhorta al Contratante declarar en el siguiente espacio, todos los hechos importantes que pudieran influir en la apreciación del riesgo, tales como los conozca o deba conocer en el momento de firmar la misma, en la inteligencia de que, de conformidad con la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la omisión, inexacta o falsa declaración, podría originar la pérdida de los derechos de los Asegurados.

III. Características del Producto a Contratar

III.1 Parámetros de Cobertura

Producto a Contratar: Plan Seguro Primer Nivel

III.2 Coberturas

Favor de señalar las sumas aseguradas disponible para la cobertura básica. Para cada cobertura, únicamente se puede seleccionar una opción, en otro caso no se otorgará dicha cobertura.

Cobertura	Características	
Consultas Médicas Ambulatorias	<input type="radio"/> 6 consultas de hasta \$300 c/u ¹ <input type="radio"/> 8 consultas de hasta \$300 c/u <input type="radio"/> 8 consultas de hasta \$400 c/u	<input type="radio"/> 10 consultas de hasta \$400 c/u <input type="radio"/> 10 consultas de hasta \$500 c/u <input type="radio"/> 12 consultas de hasta \$500 c/u

III.3 Coberturas Opcionales con Costo

En caso de desear contratar alguna Cobertura Opcional con Costo, favor de señalar cuáles y la Suma Asegurada de las coberturas que correspondan. Para cada cobertura, únicamente se puede seleccionar una opción, en otro caso no se otorgará dicha cobertura.

Cobertura	Características	
Exámenes de Laboratorio, Gabinete e Imagenología	<input type="radio"/> \$3,000 <input type="radio"/> \$5,000	<input type="radio"/> \$7,000 <input type="radio"/> \$10,000
Gastos Médicos Derivados de un Accidente y/o Emergencia Médica	<input type="radio"/> Desde el primer peso	<input type="radio"/> \$20,000 <input type="radio"/> \$30,000 <input type="radio"/> \$50,000
Gastos Médicos por Procedimientos Quirúrgicos	<input type="radio"/> \$20,000 <input type="radio"/> \$30,000	<input type="radio"/> \$50,000
Indemnización por Cáncer²	<input type="radio"/> \$20,000	
Indemnización por Cáncer de Mama³	<input type="radio"/> \$20,000	
Gastos Médicos por Parto, Cesárea o Aborto⁴	<input type="radio"/> \$20,000 <input type="radio"/> \$30,000	

¹ c/u.- Cada uno

² Cáncer de pulmón, cáncer de próstata, cáncer de colón/recto, cáncer de endometrio y leucemia. La Suma Asegurada para esta Cobertura está en pesos y únicamente se puede contratar para hombres y mujeres entre 20 a 55 años.

³ La Suma Asegurada para esta Cobertura está en pesos y únicamente se puede contratar para hombres y mujeres entre 20 a 55 años.

⁴ La Suma Asegurada para esta Cobertura está en pesos y únicamente se puede contratar para mujeres entre 20 a 37 años.

III.4 Atenciones Opcionales con Costo

En caso de desear contratar alguna Atención Opcional con Costo, favor de señalar cuáles y la opción de las atenciones que correspondan. Para cada cobertura, únicamente se puede seleccionar una opción, en otro caso no se otorgará dicha atención

Atención Dental	<input type="radio"/> Dental Más <input type="radio"/> Dental Total
------------------------	---

IV. Otros Seguros

Indique si alguno de los Solicitantes cuenta actualmente con alguna Póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores, Salud, Accidentes Personales o Automóviles. En caso afirmativo, indicar Compañía.

	Solicitante				
	Titular	Solicitante 1	Solicitante 2	Solicitante 3	Solicitante 4
Gastos Médicos Mayores					
Salud					
Accidentes Personales					
Automóviles					

V. Identificación de Personas Políticamente Expuestas

¿Durante el último año ha sido funcionario del Gobierno (nacional o extranjero) de alta jerarquía o miembro importante de algún partido político, o se considera como una Persona Políticamente Expuesta¹? Sí No

¿Tiene algún parentesco con alguna de las figuras mencionadas en la pregunta anterior? Sí No

En caso de haber contestado de manera afirmativa una o ambas preguntas, favor de responder el Anexo 1.

¹ Persona Políticamente Expuesta, es aquel individuo que desempeña o ha desempeñado funciones públicas, destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, considerando entre otros, a los jefes de estado o de gobierno, líderes políticos, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales o funcionarios o miembros importantes de partidos políticos.

VI. Datos del Agente

Clave: Correo Electrónico:

Nombre del Agente

Firma del Agente

El Agente de Seguros manifiesta bajo protesta de decir verdad, haber informado al Solicitante, de manera amplia y detallada, sobre el alcance real de la cobertura del seguro y la forma de conservarla o darla por terminada. Así mismo, que todo lo vertido en la presente Solicitud es expresado por el proponente que llenó y firmó en su presencia durante la entrevista correspondiente, siendo la información que obra en el presente documento, toda la que le fue proporcionada. Adicionalmente, se incluyen copias simples de los documentos con los cuáles se identificó al Solicitante, mismos que fueron cotejados con su original por el Agente.

VII. Forma y Frecuencia de Pago

El pago de la Póliza que se genere con la celebración del Contrato de Seguro, será realizado con periodicidad: Anual Mensual¹

A través de: Tarjeta de Crédito

¹En caso de pago Mensual sólo se podrá realizar el pago mediante cargo domiciliado.

En caso de seleccionar Tarjeta de Crédito, requisitar el Anexo 2.

De conformidad con la Ley Sobre el Contrato de Seguro, si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día del plazo de pago. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días.

Notas Legales

Autorizo a los Médicos que hayan asistido o examinado a mi y/o mis dependientes, 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 con 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 Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros 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 los apartados número I y II de esta 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, otorgo mi consentimiento a Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros para que las Condiciones Generales que contienen los términos, exclusiones y limitaciones de mi Contrato de Seguro me sean entregadas en formato PDF (Portable Document Format) o cualquier otro formato electrónico equivalente, a través del correo electrónico que ingresé en el apartado I de esta Solicitud. Sí No

Asimismo, estoy (estamos) enterado (s) que dichas Condiciones Generales están disponibles en www.planseguro.com.mx, sin perjuicio de obtener a mi solicitud un ejemplar impreso en cualquiera de las oficinas de Plan Seguro.

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(s).

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 referida.

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 del 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 celebrado, que se efectúen con la participación del Agente o Promotor elegido por el Contratante, sin que ello invalide las que se realicen al Contratante y/o Asegurado.

Asimismo otorgo el consentimiento a Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros para que en un cumplimiento a las obligaciones inherentes a la Póliza que en su caso se emita, haga uso de los Datos Personales aquí proporcionados.

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

Asímismo manifiesto que tuve acceso al aviso de privacidad integral de Plan Seguro S.A. de C.V., Compañía de Seguros, como parte integrante de la Solicitud en el anexo 3, y me fue informado que para mayor información acerca del tratamiento y de los derechos que puedo hacer valer y para consultas posteriores del aviso de privacidad integral lo puedo hacer a través de la página www.planseguro.com.mx y mediante avisos colocados en Oficina Matriiz, Sucursales, Módulos de Atención y Oficina de Desarrollo Comercial.

NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Nombre del Contratante

Firma del Contratante

DD/MM/AAAA

Entidad Federativa

Fecha de Firma

Reclamaciones y Consultas Unidad Especializada de Atención a Clientes - UNE

Teléfonos: 55 4170 9668 y 55 4170 9667

Dirección: Blvd. Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso 4, Jardines del Pedregal, Álvaro Obregón, C.P. 01900, Ciudad de México.

En el horario de atención de lunes a jueves de 9:00 a 16:00 horas y viernes de 9:00 a 13:30 horas.

Correo electrónico: servicioseguro@planseguro.com.mx

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

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 08 de mayo de 2024, con el número CNSF-H0701-0002-2024/CONDUSEF-006621-01.

Anexo 1. Cuestionario para la identificación de Personas Políticamente Expuestas

Esta solicitud deberá ser llenada en su totalidad por el Contratante, con una sola tinta y no deberá tener tachaduras o enmendaduras.

I. Contratante es Persona Políticamente Expuesta

Institución para la que labora: _____

Cargo desempeñado: _____

II. Contratante tiene parentesco con Persona Políticamente Expuesta

Parentesco: Padre/Madre Hermano/a Cónyugue/Concubina(rio) Hijo/a Otro: _____

Información referente a la Persona Políticamente Expuesta con la que se tiene parentesco:

Institución para la que labora: _____

Cargo desempeñado: _____

Nombre(s): NOMBRE(S) PELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO Fecha de Nacimiento: DD/MM/AAAA

País de Nacimiento: Nacionalidad(es):

Correo Electrónico: Código Postal:

Calle o Avenida:

Número Exterior: Número Interior: Colonia:

Alcaldía o Municipio: Ciudad o Población:

Entidad Federativa: Teléfono de Contacto: 10 DÍGITOS Particular Oficina Celular

Registro Federal de Contribuyentes (RFC):

Clave Única de Registro de Población (CURP):

III. Revisión y Aprobación

Por este medio manifiesto por mi propio derecho, bajo protesta de decir verdad, que he verificado los datos y la información proporcionada, la cual es correcta, verdadera y actualizada a esta fecha.

NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

DD/MM/AAAA

Nombre del Contratante

Firma del Contratante

Fecha de Firma

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

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

NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Nombre del Tarjetahabiente

Firma de autorización del Tarjetahabiente

NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Nombre del Agente

Firma de autorización del Agente

Aviso de Privacidad Clientes

Plan Seguro S.A de C.V, Compañía de Seguros, mejor conocido como Plan Seguro, con domicilio en 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 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:

¿Para qué fines utilizaremos sus datos personales?

Los datos personales que recabamos de usted, los utilizaremos para las siguientes finalidades:

- 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;
- Para el 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;
- 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 el cumplimiento a las obligaciones contraídas con usted;
- Con fines estadísticos grupales, individuales, y para la creación de campañas preventivas de Salud.

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 y publicidad
- Prospección comercial.

En caso de que no desee que sus datos personales sean tratados para estos fines adicionales, deberá enviar su solicitud al correo electrónico datospersonales@planseguro.com.mx la solicitud deberá contener: (i) nombre, (ii) CURP, (iii) correo electrónico y (iv) documentos que acrediten la identidad del titular o, en su caso, su representación legal.

La negativa para el uso de sus datos personales para estas finalidades no podrá ser un motivo para que le neguemos los productos y servicios que solicita o contrata con nosotros.

En caso de que este aviso de privacidad no se le dé a conocer de forma directa o personal, usted cuenta con un plazo de 5 días para manifestar su negativa para el tratamiento de sus datos personales, de lo contrario, entenderemos que nos otorga su consentimiento tácito.

Datos Personales de Menores de Edad.

Plan Seguro podrá tratar Datos Personales de menores de edad y personas incapaces o en estado de interdicción, en estos supuestos, es responsabilidad de la persona (representante legal, tutor o de quien ejerza la patria potestad), que comparte esta información, asegurarse de estar proporcionando Datos Personales completos, correctos y actualizados, por lo que Plan Seguro podrá en cualquier momento solicitar la documentación que acredite contar con facultades suficientes para otorgar su consentimiento expreso y por escrito para el Tratamiento de los mismos, en términos de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

¿Qué datos personales utilizaremos para estos fines?

Para llevar a cabo las finalidades descritas en el presente aviso de privacidad, utilizaremos los siguientes datos personales:

- Datos de identificación
- Datos de contacto
- Datos familiares
- Datos laborales
- Datos académicos
- Datos de ubicación/geolocalización
- Datos migratorios
- Datos patrimoniales y/o financieros

Además de los datos personales mencionados anteriormente, para las finalidades informadas en el presente aviso de privacidad utilizaremos los siguientes datos personales considerados como sensibles, que requieren de especial protección:

- Datos sobre ideología; creencias religiosas, filosóficas o morales; opiniones políticas y/o afiliación sindical
- Datos de salud
- Datos sobre características físicas
- Datos biométricos
- Datos sobre vida sexual
- Datos de origen étnico o racial

¿Con quién compartimos su información personal y para qué fines?

Le informamos que en caso de ser requeridos sus datos personales podrán ser compartidos dentro del país con las siguientes personas, empresas, organizaciones o autoridades distintas a nosotros, para los siguientes fines:

Destinatario de los datos personales	Finalidad	Requiere del consentimiento
Autoridades del sistema financiero mexicano, judiciales y administrativas	Dar cumplimiento a nuestras obligaciones derivadas de leyes o tratados internacionales como Institución de Seguros, obligaciones tributarias, así como para el cumplimiento de notificaciones o requerimientos oficiales.	NO

Destinatario de los datos personales	Finalidad	Requiere del consentimiento
Proveedores de servicios de salud; proveedores de servicios de asistencia; proveedores médicos y de telemedicina; prestadores de servicios financieros; agentes de seguros; promotoras de agentes de seguros; organizaciones; asociaciones; instituciones o entidades del sector asegurador.	Para dar cumplimiento a las obligaciones contraídas con usted; Gestionar todo lo relacionado con las coberturas contenidas en su contrato de seguro; trámites, siniestros, pagos, reembolsos, renovación; servicios de intermediación; selección de riesgos y prevención de fraudes.	NO

En caso de que sus datos personales sean objeto de una transferencia y se requiera de su consentimiento expreso, Plan Seguro recabará el mismo previamente y por escrito.

¿Cómo puede acceder, rectificar o cancelar sus datos personales u oponerse a su uso?

Usted tiene derecho a conocer qué datos personales tenemos de usted, para qué los utilizamos y las condiciones del uso que les damos (Acceso). Asimismo, es su derecho solicitar la corrección de su información personal en caso de que esté desactualizada, sea inexacta o incompleta (Rectificación); que la eliminemos de nuestros registros o bases de datos cuando considere que la misma no está siendo utilizada adecuadamente (Cancelación); así como oponerse al uso de sus datos personales para fines específicos (Oposición). Estos derechos se conocen como derechos ARCO.

Para el ejercicio de cualquiera de los derechos ARCO, usted deberá presentar la solicitud respectiva a través del siguiente medio: Usted podrá ejercer sus derechos de Acceso, Rectificación o Cancelación de sus datos personales, así como oponerse al tratamiento de los mismos o revocar el consentimiento que para tal fin nos haya otorgado, a través del procedimiento establecido para tal efecto.

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 en el apartado de Ejercicio de derechos ARCO.

Los datos de contacto de la persona o departamento de datos personales, que está a cargo de dar trámite a las solicitudes de derechos ARCO, son los siguientes:

Nombre del responsable del departamento de datos personales: Víctor Hugo García Cid.
 Domicilio: Boulevard Adolfo Ruiz Cortines 3720, Torre II, Piso 4, Colonia Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01900, en la Ciudad de México, país México.
 Correo electrónico: datospersonales@planseguro.com.mx
 Número telefónico: 55 5147 3100.

Usted puede revocar su consentimiento para el uso de sus datos personales

Usted puede revocar el consentimiento que, en su caso, nos haya otorgado para el tratamiento de sus datos personales. Sin embargo, es importante que tenga en cuenta que no en todos los casos podremos atender su solicitud o concluir el uso de forma inmediata, ya que es posible que, para dar cumplimiento a alguna obligación legal, requiramos seguir tratando sus datos personales. Asimismo, usted deberá considerar que, para ciertos fines, la revocación de su consentimiento implicará que no le podamos seguir prestando el servicio que tiene contratado con nosotros.

Por lo anterior, usted puede presentar su solicitud de forma presencial en nuestra oficina o al correo electrónico datospersonales@planseguro.com.mx mediante el procedimiento descrito en el portal www.planseguro.com.mx en la liga de Ejercicio de derechos ARCO.

Para conocer el procedimiento y requisitos para la revocación del consentimiento, ponemos a su disposición el siguiente medio: En el portal www.planseguro.com.mx en el apartado de Ejercicio de derechos ARCO.

¿Cómo puede limitar el uso o divulgación de su información personal?

Además del ejercicio de sus derechos de Revocación o ARCO, podrá limitar el uso o divulgación de sus datos personales, con su registro en el listado de exclusión "NO PUBLICIDAD", a fin de que sus datos personales no sean tratados para fines mercadotécnicos, publicitarios o de prospección comercial por nuestra parte. Para su inscripción en el listado, deberá enviar su solicitud al correo electrónico datospersonales@planseguro.com.mx la solicitud deberá contener: (i) nombre, (ii) CURP, (iii) correo electrónico y (iv) documentos que acrediten la identidad del titular o, en su caso, su representación legal.

¿Cómo puede conocer los cambios en este aviso de privacidad?

El presente aviso de privacidad puede sufrir modificaciones, cambios o actualizaciones derivadas de nuevos requerimientos legales; de nuestras propias necesidades, por los productos o servicios que ofrecemos; de nuestras prácticas de privacidad; de cambios en nuestro modelo de negocio, o por otras causas.

Para conocer mayor información sobre los términos y condiciones en que serán tratados sus datos personales y la forma en que podrá ejercer sus derechos ARCO, puede consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral en www.planseguro.com.mx en el apartado Aviso de Privacidad.

Última actualización: 06/07/2023

Estoy de acuerdo y otorgo mi consentimiento expreso para el tratamiento de mis datos personales, incluyendo los financieros, patrimoniales y/o sensibles.

NOMBRE(S) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

Nombre del Contratante

Firma del Contratante

DD/MM/AAAA

Fecha de Firma