

México a

Plan Seguro SA de CV Compañía de Seguros  
Área Emisión

Referencia:

Por medio de la presente y por así convenir a mis intereses, les solicito se gestione la cancelación de la póliza:

Número

Contratante

Sin más agradezco su atención.

Atentamente

---

# Orden de Trabajo

Favor de llenar la información solicitada con letra de molde.

Fecha de solicitud: DD/MM/AAAA

## Datos generales (favor de completar la información solicitada)

No. Póliza:	Ramo: GMM <input type="radio"/> Salud <input type="radio"/>	Subramo: Ind/Fam <input type="radio"/> Gpo/Col <input type="radio"/>	Producto:
Nombre del contratante:	Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno
Nombre del agente y/o promotor:	Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno
Clave de agente:		Clave de promotor:	
Firma del agente y/o promotor		Firma del contratante	

**Plan Seguro** reconoce la solicitud de modificación (es) relacionada (s) con el contrato de seguro que exhibe el agente y/o supervisor de seguros, quien actúa en nombre y representación del contratante y/o asegurado.

Favor de llenar completamente las modificaciones solicitadas (pueden ser varias).

Alta de asegurados				Se anexa la siguiente documentación:							
Nombre completo (Nombre(s), Apellido paterno, Apellido materno)			Sexo M F		Fecha de nacimiento DD / MM / AAAA	Parentesco*	Solicitud y/o cuestionario		Reconocimiento de antigüedad		
1.	Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno					SÍ <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	SÍ <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
2.	Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno					SÍ <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	SÍ <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
3.	Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno					SÍ <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	SÍ <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
4.	Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno					SÍ <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	SÍ <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>

(\* Parentesco con el titular: Cónyuge o concubina (o), padre, madre, hijo u otro (especificar).

Nota: En caso de solicitar más de 4 Altas de asegurados, debe anexar archivo magnético con la siguiente información: Nombre (s) completo (s), apellido paterno, apellido materno; parentesco: titular, cónyuge o concubina (o), padre, madre, hijo u otro (especificar); sexo (F=femenino, M= masculino), fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA), fecha de antigüedad (DD/MM/AAAA) e indicar orden familiar en la que solicita el alta.

Baja de asegurados				Orden Familiar	
Nombre completo (Nombre(s), Apellido paterno, Apellido materno)					
1.	Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno		
2.	Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno		
3.	Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno		
4.	Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno		

Nota: En caso de solicitar más de 4 Bajas de asegurados, debe anexar archivo magnético con la siguiente información: Nombre (s) completo (s), apellido paterno, apellido materno; parentesco: titular, cónyuge o concubina (o), padre, madre, hijo u otro (especificar), fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA), e indicar orden familiar en la que solicita el Baja.

Cambio de conducto (favor de completar la información solicitada)					
No. agente (anterior):		Nombre de agente (anterior):	Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno
No. agente (nuevo):		Nombre de agente (nuevo):	Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno

Se anexa carta del contratante solicitando cambio del agente e indentificación oficial vigente: SÍ  NO

Descripción de motivos:

Autorización Área Comercial

Nombre y firma del contratante

Se manifiesta bajo protesta de decir verdad que el documento digitalizado respectivo es copia íntegra e inalterada del documento impreso. Al respecto, **Plan Seguro** podrá solicitar en cualquier momento el cotejo o entrega del documento original y para el caso de que alguna autoridad judicial o administrativa lo requiera, el que suscribe se compromete a su presentación y/o entrega.

Cancelación (favor de marcar la opción que corresponda)

Se anexa la siguiente documentación:

Entrega de documentación contractual  Kit completo  Kit incompleto  No se entrega documentación  Carta del contratante solicitando cancelación e identificación oficial vigente  Sí  NO

Descripción de motivos:

Nombre y firma del contratante

Datos a modificar del contratante  y/o asegurado

Nombre o Razón social:  Nombre (s)  Apellido paterno  Apellido materno   
Nacionalidad:  País de nacimiento:   
Teléfono de contacto:  10 dígitos  Correo electrónico:  Fecha de nacimiento:  DD/MM/AAAA  
Ocupación / Actividad:  Profesión:

Domicilio

Calle o avenida:  Número exterior:  Número interior:   
Colonia:  Alcaldía o municipio:  Código postal:   
Ciudad y población:  Entidad federativa:

RFC:  CURP:  Lugar de residencia\*:   
Folio mercantil:  Fecha de constitución\*:  DD/MM/AAAA  Estado de residencia\*:

\* Aplica en caso de requerir regionalización. En caso de solicitar un mayor número de cambios anexar listado de asegurados indicando correcciones.

**¡En Plan Seguro seguimos mejorando para ti!**  
Recuerda que todos los pagos se realizan vía transferencia electrónica. Es más práctico y seguro.

Modificación en parámetros de cobertura

	Actual	Modificación		Actual	Modificación
Suma Asegurada MN o SMGM			Cambio de producto		
Deducible MN o SMGM			Cambio de vigencia		
Coaseguro (%)			Cambio de forma de pago		
Base hospitalaria			Cambio de región		
THQ, MN o SMGM					

Únicamente para Salud Integral y Línea M Plan actual:  Modificación:

Modificación en coberturas adicionales con costo (el nombre de la cobertura debe corresponder al que viene en el cotizador)

Indicar la cobertura a contratar o modificar	Indicar los parámetros de cobertura cuando esta tenga diferentes opciones	Descripción de la cobertura a eliminar	Observaciones

Nota:\*Zonas para la cobertura 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. En caso de contratar IDHA y/o ICF debe anexarse la solicitud correspondiente.

Membresía Club Prestigio (debe anexar la solicitud)	Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	(Nombre(s), Apellido paterno, Apellido materno)		
		1.	Apellido paterno	Apellido materno
		Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno
		Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno
		Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno

Se manifiesta bajo protesta de decir verdad que el documento digitalizado respectivo es copia íntegra e inalterada del documento impreso. Al respecto, **Plan Seguro** podrá solicitar en cualquier momento el cotejo o entrega del documento original y para el caso de que alguna autoridad judicial o administrativa lo requiera, el que suscribe se compromete a su presentación y/o entrega.