

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		Fecha de nacimiento DD / MM / AAAA	Parentesco*	Solicitud y/o cuestionario		Reconocimiento de antigüedad	
	M	F			SÍ	NO	SÍ	NO
1. Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno			SÍ	NO	SÍ	NO
2. Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno			SÍ	NO	SÍ	NO
3. Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno			SÍ	NO	SÍ	NO
4. Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno			SÍ	NO	SÍ	NO

(* 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

Nombre completo (Nombre(s), Apellido paterno, Apellido materno)

Orden Familiar

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

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.

Rehabilitación (favor de completar la información solicitada)

Datos generales de la Póliza:	Datos generales de pagos vencidos:
No. Póliza a rehabilitar: <input type="text"/>	Recibo: Inicial <input type="radio"/> Subsecuente(s) <input type="radio"/> Primas en depósito: <input type="text"/>

Reimpresión (favor de marcar la opción que corresponda)

Tipo de reimpresión	Credenciales <input type="radio"/>	(Nombre(s), Apellido paterno, Apellido materno)			Orden Familiar
	Carátula de póliza <input type="radio"/>	1. Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno	
	Póliza completa <input type="radio"/>	2. Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno	
		3. Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno	
		4. Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno	
		5. Nombre (s)	Apellido paterno	Apellido materno	

Nota: En caso de solicitar más de 5 reimpresiones de asegurados, deberá 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 de la que solicita la reimpresión.

Renovación con o sin modificaciones (favor de marcar la opción que corresponda, ante los cambios de parámetros marcarlos en el campo de "Modificación parámetros de Cobertura")

Solicito la Emisión de la Póliza mencionada bajo los términos y condiciones vigentes de la cotización No. y en su caso de acuerdo a los cambios indicados en ésta.

Nombre: Nombre (s) Apellido paterno Apellido materno Cargo:

Firma del contratante y/o representante legal

Sin modificaciones <input type="radio"/>	Cambia regla de asegurabilidad <input type="radio"/>	Con cambio de Plan o Producto: <input type="radio"/>
Con modificaciones <input type="radio"/>	Cambio de población* <input type="radio"/>	Actual: <input type="text"/>
	Población vigente <input type="radio"/>	Modificación: <input type="text"/>
Quincenal <input type="radio"/>	Membresía Club Prestigio	Con Rehabilitación (deberán anexarse los requisitos para este trámite) <input type="radio"/>
Edad por edad <input type="radio"/>	Sin modificaciones <input type="radio"/>	
	Con modificaciones <input type="radio"/>	

*Se debe anexar el listado correspondiente.

Regla de aseguramiento (llenar sólo en caso de haber modificación)

La regla de aseguramiento que registrará a la colectividad asegurada es la siguiente:	De igual manera la regla de aseguramiento también contempla asegurar a los dependientes económicos como se indica a continuación:		
Todos los Empleados <input type="radio"/>	Gerentes de la Compañía <input type="radio"/>	Cónyuge <input type="radio"/>	Cónyuge e hijos <input type="radio"/>
Directores de la Compañía <input type="radio"/>	Otros (especifique) <input type="text"/>	Hijos <input type="radio"/>	Además de los anteriores también a sus padres <input type="radio"/>

¿Quién proporciona los recursos para el pago de Primas?

Empleado		Dependientes Económicos	
a) Prestación al 100% <input type="radio"/>	b) Contributivo: <input type="radio"/>	a) Prestación al 100% <input type="radio"/>	b) Contributivo: <input type="radio"/>
c) Voluntario (empleado) <input type="radio"/>	Patrón <input type="text"/> %	c) Voluntario (empleado) <input type="radio"/>	Patrón <input type="text"/> %
	Empleado <input type="text"/> %		Empleado <input type="text"/> %
Existiendo un sólo conducto de pago.			

Regla de Designación

Las personas designadas a continuación podrán solicitar a **Plan Seguro, S. A. de C. V., Compañía de Seguros**, en nombre del representante legal cualquier trámite o reporte relacionado con la Póliza o Pólizas contratadas en esta compañía:

_____	_____
_____	_____
Nombre	Firma

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.

Reproceso (favor de marcar la opción que corresponda)

Se anexa copia del trámite original

SÍ

NO

Describir error observado:

Reconocimiento de antigüedad o constancia de antigüedad

No. de Póliza
(última Póliza vigente)

Compañía de la que se solicita el reconocimiento de antigüedad
(Plan Seguro u otras compañías aseguradoras)

Fecha de antigüedad
DD / MM / AAAA

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

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; Participar en el proceso de selección y contratación de proveedores; Conducir estudios de debida diligencia; conformación de expedientes de proveedores; Crear y administrar su perfil de usuario en nuestros servicios en línea; para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la relación jurídica que nos une; realizar estudios de calidad en los productos y servicios que ofrecen; cotización de productos y servicios; elaboración, verificación, seguimiento del cumplimiento del objeto del contrato; llevar a cabo el proceso de facturación, cobro o pago derivado de la relación contractual; inclusión en nuestra red de profesionales de la salud y/o proveedores de servicios; verificar certificaciones exigidas por la normatividad aplicable. 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

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.

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

servicioseguro@planseguro.com.mx

