

Solicitud de Reporte de Siniestralidad

Este formato no es válido si presenta tachaduras o enmendaduras, tinta o letra distinta. La información generada en este reporte es únicamente de los padecimientos pagados por Plan Seguro.

Fecha de recepción:

Folio MCTRL:

Información de la Póliza de la que se solicita información.

 Modalidad: Individual Colectivo

 Nombre(s) del Contratante: Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno

 Razón Social:

Nombre(s) de los Asegurados:

 Todos los integrantes de la(s) Póliza(s). Solamente los siguientes Asegurados:

 1.

 2.

 3.
 Todas las Pólizas Solamente las siguientes pólizas:

 1.

 2.

 3.

 ¿La(s) Póliza(s) mencionada(s) se encuentra(n) vigente(s)? Sí No

Nota: Si la Póliza ya no está vigente, la información podrá solicitarla solamente el Titular de los Datos Personales o la persona que éste designe mediante carta poder otorgada ante dos testigos. En caso de incapacidad, la Carta Poder deberá ser firmada por el Tutor legalmente designado.

Datos del Solicitante.

 Asegurado¹ Agente² Contratante o Representante Legal³ Otro⁴

 Correo electrónico para envío de información: Campo obligatorio

Manifiesto que el correo electrónico proporcionado es de mi propiedad y por lo tanto me hago responsable de cualquier mal uso de la recepción de la información, deslindando de cualquier responsabilidad a Plan Seguro S.A de C.V.

Atentamente

Nombre y firma

Para todos los casos deberá anexarse copia(s) de la(s) identificación(es) vigente(s) de la(s) persona(s) que firma(n) el presente(s) mismo(s) para el caso de utilizar Carta Poder simple firmada por el del Titular de Datos Personales o la persona facultada para solicitar la información. Se requiere copia de la identificación vigente de cada testigo. En caso de incapacidad, la Carta Poder deberá ser firmada por el Tutor designado mediante juicio de interdicción.

Carta Poder .

Plan Seguro, S.A. de C.V., Compañía de Seguros.

PRESENTE.

Por la presente OTORGO a

poder amplio, cumplido y bastante para que a MI nombre y representación pueda ejercer el derecho de acceso a mis Datos Personales a través del trámite de Solicitud de Siniestralidad de acuerdo al Formato de Solicitud Adjunto.

Acepto el Poder

Otorgo el Poder

Testigo 1

Testigo 2

Términos y Condiciones.

¹ Plan Seguro, S.A. de C.V., Compañía de Seguros y de conformidad con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, hace de su conocimiento que la información que contenga datos personales (incluyendo los Sensibles) sólo puede otorgarse al Titular de dichos datos personales; es decir, a cada uno de los dependientes o integrantes de la(s) Póliza(s) mayores de 18 años; por lo que los propios Titulares deberán solicitarla de manera personal de acuerdo al procedimiento establecido. Para menores de edad, finados, con capacidades diferentes, entre otros, podrá entregarse al Contratante, Titular o cónyuge según sea el caso y previa acreditación y comprobación del motivo de la solicitud o mediante Carta Poder simple, otorgada ante dos testigos, firmada por el del Titular de Datos Personales o la persona facultada para solicitar la información. En caso de incapacidad, la Carta Poder deberá ser firmada por el Tutor designado mediante juicio de interdicción.

² Plan Seguro, S.A. de C.V., Compañía de Seguros, hace de su conocimiento que la información que contenga datos personales (incluyendo los sensibles), así como el Reporte de Siniestralidad solicitado, sólo puede otorgarse al Agente siempre y cuando éste haya aceptado las declaraciones del contrato celebrado con Plan Seguro referentes al Tratamiento de Datos Personales del (de los) Asegurado(s) y la(s) póliza(s) se encuentre(n) vigente(s) y que además cuente(n) con la autorización y/o consentimiento expreso de los titulares de los Datos Personales.

³ Plan Seguro, S.A. de C.V., Compañía de Seguros de conformidad con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, hace de su conocimiento que la información que contenga datos personales (incluyendo los sensibles) sólo puede otorgarse al Titular de dichos datos personales. En el caso de personas morales la información que contenga datos personales (incluyendo los sensibles) serán entregados al representante legal o apoderado del contratante siempre y cuando cuente con la autorización y/o consentimiento expreso de todos y cada uno de los Asegurados de la Póliza colectiva para tramitar la solicitud y recepción de información que puede contener datos personales (incluyendo los sensibles) de los Asegurados. En el caso de que la solicitud sea en referencia a información que contenga datos personales (incluyendo los sensibles) de menores o con capacidades diferentes el representante legal de la persona moral deberá contar con el consentimiento y/o autorización de los legítimos tutores. Por lo anterior, el contratante de una póliza, persona moral se constituye como Responsable (Término definido en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares) del correcto tratamiento de los datos personales (incluyendo los sensibles), por lo que el contratante persona moral libera a Plan Seguro, S.A. de C.V., Compañía de Seguros de toda responsabilidad presente y futura por cualquier reclamación ante cualquier autoridad por parte del (los) titular(es) de los datos personales derivado del tratamiento de los mencionados datos personales (incluyendo los sensibles).

⁴ Plan Seguro, S.A. de C.V., Compañía de Seguros de conformidad con la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, hace de su conocimiento que la información que contenga datos personales (incluyendo los sensibles) sólo puede otorgarse a un tercero mediante Carta Poder simple, otorgada ante dos testigos, firmada por el del Titular de Datos Personales o la persona facultada para solicitar la información. En caso de incapacidad, la Carta Poder deberá ser firmada por el Tutor designado mediante juicio de interdicción. Plan Seguro, con domicilio en Plan Seguro, con domicilio en Blvd. Adolfo Ruiz Cortines No. 3720, Torre II, Piso 4, Jardines del Pedregal, alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01900, 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 www.planseguro.com.mx.