

# Solicitud de Cargo Único a Tarjeta de Crédito

## INSTRUCCIONES:

En caso de que desee que el cobro de la Prima de su Seguro sea con cargo a su Tarjeta de Crédito cualquier Intitución Bancaria, favor de requisitar los espacios en blanco y entregar este formato debidamente firmado, en nuestras oficinas o a través de su Agente, acompañado de una copia de identificación oficial vigente del Tarjetahabiente que acepta el cargo.

Este formato solo será válido por única ocasión

Lugar y fecha:

Póliza:

## Datos del Tarjetahabiente

Nombre:

Nombre (s)

Apellido Paterno

Apellido Materno

Relación con el Contratante / Asegurado:

Correo electrónico (obligatorio):

Teléfono particular:

Teléfono de oficina:

Extensión:

Teléfono celular:

## Datos del Agente

Nombre:

Nombre (s)

Apellido Paterno

Apellido Materno

Clave del Agente:

Correo electrónico (obligatorio):

Solicito y Autorizo a Plan Seguro, S.A de C.V., Compañía de Seguros, que realice el cobro correspondiente por única ocasión al Recibo No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, mediante cargo automático a mi tarjeta de:

Crédito:

Débito:

De la Institución Bancaria:

HSBC

Bancomer

Banamex

Santander

Otra:

Número de Tarjeta:

Vencimiento:

Código de Seguridad:

(No. adicional impreso en la tarjeta, si es American Express deben ser 4 dígitos)

Cantidad:

\$

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](http://www.planseguro.com.mx)

Nombre del Tarjetahabiente

Firma de autorización del Tarjetahabiente

Nombre del Agente

Firma de autorización del Agente

Servicio Seguro **800 277 1234**  
[www.planseguro.com.mx](http://www.planseguro.com.mx)

[servicioseguro@planseguro.com.mx](mailto:servicioseguro@planseguro.com.mx)

 **Plan Seguro**  
 Mi salud es hoy