



# GUÍA RÁPIDA

para ingreso de trámites

Con base en las actualizaciones de los manuales de “Políticas de Suscripción”, así como las “Políticas de Ingreso de Trámites”, resulta de suma importancia dirigir una herramienta de consulta práctica y concisa que permita a nuestros agentes gestionar el ingreso de los diferentes trámites a **Plan Seguro**, cumpliendo con las reglas y condiciones establecidas.



### Objetivo

Establecer una herramienta de consulta, que apoye a nuestros Agentes (fuerza de ventas) al ingreso correcto de procedimientos a **Plan Seguro, S.A. de C.V., Compañía de Seguros (Plan Seguro)**, logrando con ello la reducción de llamadas, tanto de nuestro Call Center como a Ejecutivos de Atención; así como los rechazos y reprocesos emitidos directamente en mesas de control y/o CURC (Centro Único de Recepción y Captura).



### Alcance

Esta guía es dirigida a la Fuerza de Ventas a nivel nacional.

Estimado Agente:

Con la finalidad de orientarte sobre el ingreso de tus trámites, **Plan Seguro** pone a tu disposición la **Guía Rápida de Consulta** que te ayudará a gestionar con precisión tus trámites.



## Especificaciones para todos los formatos

- A una tinta y misma letra
- Sin tachaduras o enmendaduras
- Vigentes (consulta los formatos vigentes en el portal de [Plan Seguro](#) 

## Especificaciones para las identificaciones

Fotocopia legible de:

- INE vigente
- Pasaporte mexicano vigente
- Cédula Profesional con fotografía no mayor a 10 años de expedición

Extranjeros:

- FM2, FM3 • credencial migratoria vigente

Menores de 18 años:

- Acta de nacimiento
- Cartilla Nacional de Salud con fotografía

## Especificaciones del comprobante de domicilio

Fotocopia legible de recibo de:

- Agua, luz, teléfono, gas o predial
- No mayor a 3 meses de antigüedad de fecha de facturación

## Especificaciones de los estados de cuenta

Fotocopia legible con las siguientes características: mayor a 3 meses.

- Cuenta CLABE
- Nombre de beneficiario
- Nombre del banco
- No se aceptan cuentas de tarjetas de crédito

## Recepción de trámites

Por Mesa de Control y/o CURC (Centro Único de Recepción y Captura)

Directorio  
de Oficinas



[Haz clic aquí](#)

## Tipo de trámite

- [Pólizas nuevas](#)
  - [Aceptación de extraprima](#)
  - [Altas de niños \(menores de 3 años\)](#)
  - [Altas \(3 años en adelante\)](#)
  - [Bajas](#)
  - [Cambio de conducto](#)
  - [Cambio de forma de pago](#)
  - [Cambio de plan o producto](#)
  - [Cancelaciones](#)
  - [Cesión de comisión](#)
  - [Constancia de antigüedad](#)
  - [Devolución de primas \(debido a un endoso\)](#)
  - [Devolución de primas \(por excedente de pago\)](#)
  - [Solicitud de Cargo Único](#)
  - [Pago con tarjeta directo en ventanilla](#)
- [Solicitud de Cargo Permanente](#)
  - [Pago de Colectivos en Oficina](#)
  - [Modificación de datos - persona física](#)
  - [Modificación de datos - persona moral](#)
  - [Modificación de regionalización de tarifa](#)
  - [Modificación de contratante](#)
  - [Reconocimiento de antigüedad](#)
  - [Rehabilitación de póliza](#)
  - [Reimpresión](#)
  - [Reproceso](#)
  - [Renovación con o sin modificaciones](#)
  - [Solicitud de reporte de siniestralidad](#)
  - [Cirugía programada](#)
  - [Reembolso inicial](#)
  - [Reembolso complementario](#)



**Solicitud vigente que corresponda y/o Cuestionario médico de Colectivo**

En original  
Firmada por el Contratante y Agente  
En caso de que el Contratante sea persona moral, la firma deberá ser del representante legal.

**Art. 492 Identificación del contratante**

**Documentos Persona Física**

- Copia de identificación con fotografía vigente
- Copia de comprobante de domicilio

**Documentos Persona Morales**

- Copia de Cédula de Identificación Fiscal (R.F.C.)
- Copia de comprobante de domicilio
- Copia de escritura constitutiva completa debidamente inscrita en el Registro Público de Comercio
- Copia de **poder** para actos de administración a favor de quien firme la solicitud de seguro
- Copia de identificación oficial de los apoderados

**Otros documentos**

- Copia de Identificación vigente del Titular
- En caso de tener en la solicitud menores de 3 años:
  - ✓ Original de constancia de salud del pediatra (hoja membretada y especificar peso, talla y estado de salud)

**Para coberturas adicionales**

En Original. Formato de la cobertura adicional que se desee contratar.

- IDHA
- ICF

¡Importante! Las pólizas nuevas son para titular, cónyuge, hijos (menores de 25 años) y padres del titular. En cualquier otro caso deberá ser un contrato nuevo.



### Para reconocimiento de antigüedad

- Copia de carátula de la póliza anterior con el listado de asegurados en donde se especifique el inicio y fin de vigencia, así como la fecha de antigüedad de cada uno de los asegurados.
  - Entregar el último recibo pagado, sellado y legible o factura electrónica, o bien, se puede entregar una constancia en original firmada y sellada con las siguientes especificaciones: hoja membretada de la última compañía anterior, con nombre de asegurados y vigencia en la que estuvieron asegurados.
- ✓ Al menos un año de cobertura ininterrumpida
  - ✓ No contar con más de 30 días de periodo al descubierto

¡Importante! Las pólizas nuevas son para titular, cónyuge, hijos (menores de 25 años) y padres del titular. En cualquier otro caso deberá ser un contrato nuevo.

## Aceptación de extraprima



**5 días hábiles**



[Volver al menú](#)

### **Carta aviso de extraprima**

- En original o copia.
- Firmada de aceptación por parte del solicitante a asegurar
- Firmada por el contratante de la póliza



### Recién nacidos con cobertura de fecha de nacimiento

- Original de Orden de Trabajo firmada por padre o madre (asegurados).
- Copia de certificado de alumbramiento o copia de acta de nacimiento expedida en el territorio nacional. Cuando se presente el acta de nacimiento, incluir:
  - ✓ Original de constancia de salud del pediatra
    - ✓ Hoja membretada
    - ✓ Peso, talla y estado de salud

- ✓ Alta en la póliza de alguno de los padres
- ✓ Ingresar dentro de los primeros 30 días.

### 31 días de nacido a 3 años

- Orden de Trabajo firmada por padre o madre (asegurados)
- Original de la solicitud individual que corresponda y/o Cuestionario Médico de Colectivo.
- Constancia de salud del pediatra
  - ✓ Hoja membretada
  - ✓ Peso, talla y estado de salud.
  - ✓ Antecedentes gestacionales y personales patológicos

- ✓ Alta en la póliza de alguno de los padres

- Con Reconocimiento de antigüedad (aplica para mayores de 6 meses de edad).
  - ✓ Copia de carátula de la póliza anterior con el listado de asegurados en donde se especifique el inicio y fin de vigencia, así como la fecha de antigüedad de cada uno de los asegurados.
  - ✓ Entregar el último recibo pagado, sellado y legible o factura electrónica, o bien, puede entregar una constancia en original firmada y sellada con las siguientes especificaciones: hoja membretada de la última compañía anterior, con nombre del Asegurado y vigencia en la que estuvo asegurado.

- ✓ Al menos un año de cobertura ininterrumpida
- ✓ No contar con más de 30 días de periodo al descubierto

Altas (3 años en adelante)



6 días hábiles



Volver al menú

### Orden de trabajo

- En original
- Firmada por el Contratante y Agente
- En caso de que el Contratante sea persona moral, la firma deberá ser del representante legal.

### Solicitud vigente que corresponda y/o Cuestionario médico de Colectivo

- En original
- Firmada por el Contratante y Agente
- En caso de que el Contratante sea persona moral, la firma deberá ser del representante legal.

### Identificación del cliente

- Copia de identificación oficial vigente de la persona que desea darse de alta.

¡Importante! Las pólizas son para titular, cónyuge, hijos (menores de 25 años) y padres del titular. En cualquier otro caso deberá ser un contrato nuevo.

**Orden de Trabajo**

- Pólizas Individuales: Firmada por el Contratante y Agente. En caso de que el contratante sea persona moral, la firma deberá ser del representante legal.
- Pólizas Colectivas: Firmada por el representante legal o persona asignada a la regla de asegurabilidad.

**Otros documentos**

- Copia de Identificación del Contratante de la póliza o representante legal (en su caso).

**✓ Para devolución de prima**

- Copia de estado de cuenta vigente (débito) del Contratante, no mayor a 3 meses
- Original de Formato de Solicitud de Transferencia

**Baja por Fallecimiento**

- Copia del acta de defunción.

**✓ Para devolución de prima**

- Copia de estado de cuenta vigente (débito) del sucesor testamentario, no mayor a 3 meses
- Original de Formato de Datos para Transferencia Electrónica
- Original de Carta solicitud de devolución de primas, expedida por sucesores testamentarios

¡Importante! En caso de que la solicitud de devolución de prima se solicite después de la baja, deberá incluir Orden de Trabajo.



### Orden de Trabajo

o

- Para pólizas individuales: original firmada por el Agente (o representante legal, en caso de ser persona moral).
- Para pólizas colectivas: original firmada por el representante legal.

- ✓ Coloque el nombre y número del Agente anterior y el actual

### Carta

- Original de Carta del Contratante, indicando motivos del cambio de conducto

- ✓ Indique número de póliza vigente
- ✓ Motivo por el que se solicita el cambio
- ✓ Nombre y firma del Contratante

### Otros documentos

- Copia de identificación oficial vigente del Contratante o representante legal, en caso de ser persona moral

Nota: Los cambios de conducto se realizan con la fecha de vencimiento de recibos que se estipula en el calendario de pago de cada póliza, excepto las que son con forma de pago anual, las cuales se realizan con fecha de sello de recepción.



#### Orden de Trabajo



- Original
- Firmada por el Contratante y Agente
- En caso de que el Contratante sea persona moral, la firma deberá ser del representante legal

- ✓ Dentro de los primeros 30 días de vigencia
- ✓ Solicitudes después del día 25 de inicio de vigencia se requiere ingresar con el formato de Cargo Único a Tarjeta
- ✓ Pólizas pagadas que tendrán devolución de primas, anexar copia de estado de cuenta del Contratante y original de Formato de Datos para Transferencia Electrónica



### Orden de Trabajo

- Original
  - Firmada por el Contratante y Agente
  - En caso de que el Contratante sea persona moral, la firma deberá ser del representante legal
- ✓ Dentro de los primeros 30 días de vigencia
  - ✓ Después del día 25 de inicio de vigencia se requiere ingresar con la Solicitud de Cargo Único a Tarjeta.
  - ✓ Pólizas pagadas que tendrán devolución de primas, anexar copia de estado de cuenta del Contratante y original de Formato de Datos para Transferencia Electrónica.

### Reglas

- Cuando el cambio de producto sea de Salud a Gastos Médicos Mayores o viceversa, se deberá llenar una nueva solicitud vigente de acuerdo con el producto que desea contratar. De igual forma, aplica para un cambio de póliza colectiva a individual.
- Todas las exclusiones y/o extra primas, aun cuando no se hayan declarado en la nueva solicitud, serán incluidas en la emisión de la nueva póliza en producto deseado.
- Los valores mínimos y máximos a contratar en todos los parámetros, deberán apegarse a las políticas vigentes.
- En todos los casos, se deberá cumplir con la identificación del cliente establecida en el Artículo 492.
- No es posible el cambio a Golden Esencial, GMM Tradicional y GMM Esencial, ya que son productos diseñados para pólizas individuales o colectividades, sin experiencia en alguna compañía aseguradora.
- **Plan Seguro** se reserva el derecho de reconocer la antigüedad generada en el cambio de producto.
- No se permite el cambio de producto para aquellos que han sido cerrados sólo para venta nueva.



## Cambio de Línea M a Golden Salud

En todos los cambios de producto se debe llenar la solicitud vigente de Golden Salud. El flujo que se debe considerar es póliza nueva con antigüedad y selección, la cual se debe indicar en trámites, el número de póliza de la que proviene. Adicional, se deberá cumplir con la identificación del cliente establecida en el Artículo 492.

1. Los parámetros expresados en pesos deberán convertirse en UMAM, con base en el catálogo que se encuentra en el Anexo 1.
2. Se respetará la antigüedad de dichas pólizas y el endoso de pago de complementos.
3. No es necesario el proceso por selección médica a menos que el asegurado desee contratar parámetros que lo beneficien más de los que tenía previamente en el producto, por ejemplo: para Línea M, aumento de Suma Asegurada, reducción de deducible y/o coaseguro, contratación de coberturas opcionales con costo, entre otros.
4. Para la contratación de coberturas opcionales con costo que no está sujeta al proceso por selección médica, es emergencia en el extranjero por 50 mil dólares, que ya tenía inicialmente el producto Línea M. Al emitir, se seleccionará en automático.
5. En el producto Golden Salud se cuenta con Asistencia Dental y Tope Máximo de Coaseguro (TMC) de 50 mil pesos incluido para algunas zonas. En estos casos, no habrá paso por selección médica a menos que elijan contratar con costo adicional otra opción dentro de estas categorías.
6. Las pólizas se deberán renovar dentro de los primeros 30 días naturales, de lo contrario, perderán estos beneficios y se considerarán pólizas nuevas sin reconocimiento de antigüedad.
7. Si el producto individual que se desea contratar es uno diferente a Golden Salud, el cambio quedará sujeto a valoración médica y del área de Suscripción.



### Cambio a Plan Salud Más

Los asegurados que opten por un cambio de producto a Plan Salud Más, deberán cumplir con las siguientes condiciones, sin excepción:

1. No haber presentado a **Plan Seguro** reclamación alguna durante la vida de la póliza, ni tener reclamaciones en trámite. Se considera siniestralidad a las consultas ambulatorias y campañas preventivas. Si la póliza se conforma por más de una persona, todas ellas deberán cumplir esta condición.
2. Si el producto originalmente contratado corresponde a Línea Básica, Líneas Especiales, Línea M, Promobroker, algún negocio pool, BIMBO o STRM, no podrá cambiarse a Plan Salud Más. Los hijos dependientes que por su edad dejen de pertenecer a alguna de las colectividades enunciadas, podrán contratar Plan Salud Más, previo a dictamen médico. Es responsabilidad del área de Suscripción y área de Producto, autorizar casos excepcionales, siempre y cuando las pólizas en cuestión no cuenten con siniestralidad y no requieran el pago de complementos. **Plan Seguro** se reserva el derecho de reconocer la antigüedad generada.
3. Para verificar si es posible otorgar reconocimiento de antigüedad, se debe consultar los criterios aplicables en las políticas vigentes. De forma adicional, en caso de otorgarse el reconocimiento de antigüedad, se deberá considerar en su totalidad o no considerarse, es decir, no hay reconocimientos parciales de antigüedad.

**Importante:** **Plan Seguro** se reserva el derecho de aceptación o rechazo del cambio de producto, dependiendo del riesgo suscrito.



### Orden de Trabajo



- Original
- Firmada por el Contratante y Agente
- En caso de que el Contratante sea persona moral, la firma deberá ser del representante legal

✓ Para pólizas pagadas que tendrán devolución de primas, anexar copia de estado de cuenta del Contratante y original de Formato de Datos para Transferencia Electrónica.

### Otros documentos



- Original. Carta firmada por el Contratante, indicando el motivo de cancelación
- Copia de identificación oficial del Contratante





### Carta libre



- Original
- Debe indicar el porcentaje a ceder
- Firmada por el Agente
- Deberá notificarse dentro de los primeros 30 días de inicio de vigencia



### Orden de Trabajo

- Original
- Firmada por el Contratante y Agente
- En caso de que el Contratante sea persona moral, la firma deberá ser del representante legal

### Otros documentos

- Copia de identificación oficial vigente del Contratante

## Devolución de primas (debido a un endoso)



8 días hábiles



Volver al menú

**Orden de Trabajo**

o

- Original
- Firmada por el Contratante y Agente
- En caso de que el Contratante sea persona moral, la firma deberá ser del representante legal

**Carta Solicitud del Contratante**

- Original firmada por el Contratante, indicando número de póliza

**Otros documentos**

- Copia de identificación del Contratante
- Copia de estado de cuenta del Contratante
- Original de Formato de Datos para Transferencia Electrónica

## Devolución de primas (por excedente de pago)



5 días hábiles



Volver al menú

### Carta Solicitud del Contratante

- Original firmada por el contratante indicando número de Póliza

✓ Indicar número de póliza y monto a devolver.

### Otros documentos

- Copia de comprobante de pago legible
- Original de Formato de Datos para Transferencia Electrónica.
- Copia de estado de cuenta
- Copia de identificación del Contratante y del beneficiario de cuenta, en caso de ser diferente.

¡Importante! Cuando el pago se realiza vía Web, el cliente deberá solicitar la cancelación del cargo directamente a su banco.

## Solicitud de Cargo Único



2 días hábiles



Volver al menú

### Documentos

- Original de Formato de Cargo a Tarjeta Único firmado por tarjetahabiente y Agente.
  - Copia de identificación oficial vigente del tarjetahabiente.
  - Recibo a pagar o formato de liquidación
- ✓ El cargo se aplicará el día de vencimiento, en caso de que el día de vencimiento sea inhábil el cobro se realizará el día hábil anterior.

En caso de que su última cuota esté por vencer o en periodo de gracia, se deberá realizar el cargo de la prima correspondiente y el cargo permanente aplicará a partir de la cuota siguiente.

## Pago con tarjeta directo en ventanilla



Inmediato



Volver al menú

### Requisitos:

- El cliente debe presentar tarjeta de crédito o débito.
- Copia de identificación oficial vigente.
- Recibo o formato de liquidación de lo que se va a pagar (el segundo se puede solicitar en caja). Por ningún motivo los agentes podrán recibir pagos en efectivo, ya que los mismo no serán reconocidos en **Plan Seguro**.

Sólo se recibe en oficinas que tienen caja.

# Solicitud de Cargo Permanente



Se programa a la fecha de vencimiento de pago



[Volver al menú](#)

## Documentos

- Formato de Cargo a Tarjeta Permanente original firmado por tarjetahabiente y Agente
- Identificación oficial vigente del tarjetahabiente
- Recibo o formato de liquidación de lo que se va a pagar (el segundo se puede solicitar en caja)



### Documentos



- Original de formato de liquidación, indicando número de póliza y listado de certificados a aplicar
- Copia de comprobantes de pago.

- ✓ El pago deberá realizarse en una sola exhibición, en caso de que falte algún pago, se le darán 3 días hábiles para la recuperación del mismo, de lo contrario, se realizará la devolución de las primas recibidas.
- ✓ En caso de existir notas de crédito, deberán conciliarse a la cuota del mes correspondiente, si existe una nota de crédito posterior a la aplicación del pago, se deberá solicitar la devolución de primas.
- ✓ La prima se debe pagar exacta ya que no se dejarán primas en depósito, en caso de que existan, se deberá solicitar la devolución vía caja.



- **Orden de Trabajo** 
  - Original
  - Firmada por el Contratante y Agente
  - En caso de que el Contratante sea persona moral, la firma deberá ser del representante legal

#### Requisitos dependiendo el tipo de cambio a solicitar:

- **En fecha de nacimiento:** 
  - Copia de acta de nacimiento o CURP
  - Copia de identificación oficial vigente
- **En Nombre y apellido:** 
  - Copia de acta de nacimiento o CURP en caso de modificar el apellido.
  - Copia de identificación oficial vigente
- **En nombre del Asegurado (sólo la letra)** 
  - Copia de identificación oficial vigente de la persona a modificar
- **Cambio de RFC:** 
  - Copia del RFC

¡Importante! Considerar que las reglas de facturación emitidas por **Plan Seguro** prevalecen sobre la autorización que puedan solicitar como modificaciones bajo este rubro posterior al día 30 de iniciada la vigencia de la póliza.



- **Orden de Trabajo**

- Original
- Firmada por el Contratante y Agente
- En caso de que el Contratante sea persona moral, la firma deberá ser del representante legal

### Requisitos dependiendo el tipo de cambio a solicitar:

- **Cambio de RFC:**

- Copia del RFC
- Copia de identificación oficial de los apoderados

- **En Nombre, Razón Social o Giro:**

- Copia de escritura constitutiva completa debidamente inscrita en el Registro Público de Comercio.
- Copia de poder para actos de administración a favor de quien firma la solicitud del seguro.
- Copia de comprobante de domicilio.

¡Importante! Considerar que las reglas de facturación emitidas por **Plan Seguro** prevalecen sobre la autorización que puedan solicitar como modificaciones bajo este rubro posterior al día 30 de iniciada la vigencia de la póliza.



### Orden de Trabajo



- Original
- Firmada por el Contratante y Agente
- En caso de que el Contratante sea persona moral, la firma deberá ser del representante legal

### Otros documentos



- Copia de identificación oficial vigente
- Copia de cotización con el producto y con la región solicitada

- ✓ Deberá solicitarse dentro de los primeros 30 días
- ✓ Solicitudes después del día 25 de inicio de vigencia. Se requiere ingresar con el original de formato de Cargo Único a Tarjeta.
- ✓ Pólizas pagadas que tendrán devolución de primas, anexas copia de estado de cuenta del Contratante y original de Formato de Datos para Transferencia Electrónica.



### Orden de Trabajo

- Original
- Firmada por el Contratante y Agente
- En caso de que el Contratante sea persona moral, la firma deberá ser del representante legal.

### Art. 492 Identificación del nuevo contratante

#### Documentos personales física

- Copia de identificación oficial vigente
- Copia de Comprobante de domicilio

#### Documentos personales morales

- Copia de Cédula de Identificación Oficial (R.F.C.)
- Copia de comprobante de domicilio
- Copia de escritura constitutiva completa debidamente inscrita en el Registro Público de Comercio
- Copia de **poder** para actos de administración a favor de quien firme la solicitud de seguro
- Copia de identificación oficial de los apoderados

¡Importante! Considerar que las reglas de facturación emitidas por **Plan Seguro** prevalecen sobre la autorización que puedan solicitar como modificaciones bajo este rubro posterior al día 30 de iniciada la vigencia de la póliza.



#### • Orden de Trabajo

- Original
- Firmada por el Contratante y Agente
- En caso de que el Contratante sea persona moral, la firma deberá ser del representante legal

#### • Otros documentos

- Copia de identificación oficial vigente del contratante
- Copia de carátula de la póliza anterior con el listado de asegurados en donde se especifique el inicio y fin de vigencia, así como la fecha de antigüedad de cada uno de los asegurados.
- Entregar el último recibo pagado, sellado y legible o factura electrónica, o bien, puede entregar una constancia en original firmada y sellada con las siguientes especificaciones: hoja membretada de la última compañía anterior, con nombre de asegurados y vigencia en la que estuvieron asegurados.
  - ✓ Al menos un año de cobertura ininterrumpida
  - ✓ No contar con más de 30 días de periodo al descubierto



### Orden de Trabajo

- Original
- Firmada por el Contratante y Agente
- En caso de que el contratante sea persona moral, la firma deberá ser del representante legal

✓ Póliza con 90 días de cancelada o menos

### Otros documentos

- Original de Carta de No Siniestro
- Original de solicitud de cargo único a tarjeta
- Copia de identificación oficial vigente del contratante

- ✓ Póliza Individual: Firmada por el Contratante
- ✓ Póliza Colectiva: Firmada por el representante legal



- **Orden de Trabajo**

- Original
- Firmada por el Agente

✓ Especificar la reimpresión requerida (póliza, endoso(s), credenciales, recibos)

- **Otros documentos**

- Copia de comprobante de pago

### Costo de reimpresión

- a. Credencial: \$38.00 c/u (incluye IVA)
- b. Carátula de póliza: \$80.00 c/u (incluye IVA)
- c. Total de póliza: gastos de expedición correspondiente al producto contratado.



- **Orden de Trabajo** 
  - Original
  - Firmada por el Agente
- **Otros documentos** 
  - Copia de Orden de Trabajo o solicitud ingresada originalmente



### Orden de Trabajo

- Original
- Firmada por el Contratante y Agente
- En caso de que el Contratante sea persona moral, la firma deberá ser del representante legal

### Cambios, altas y bajas

- En caso de solicitar cualquier cambio en su póliza, deberá especificarlo en la Orden de Trabajo, e integrar los requisitos especificados en este manual para cada cambio o movimiento de su póliza



### Llenado de la Solicitud de Reporte de Siniestralidad

- Firmada por el asegurado solicitante.

✓ Válido únicamente para padecimientos pagados por **Plan Seguro**.

### Otros documentos

- Identificaciones vigentes de las personas que firman el formato y figuren como titulares, apoderados, tutores y/o testigos.

### Solicitud con póliza no vigente

- Sólo podrá solicitarla el titular de los datos personales o persona mediante carta poder otorgada ante dos testigos.

### En caso de incapacidad

- La carta poder deberá ser firmada por el tutor legalmente designado.

### Entrega a Agentes de la Siniestralidad

- Siempre y cuando éste haya aceptado las declaraciones del contrato celebrado con **Plan Seguro** referentes al tratamiento de datos personales del Asegurado y la póliza se encuentre vigente y que además cuente con la autorización y/o consentimiento expreso de los titulares de los datos personales.



### Aplica para:

- Cirugía programada
- Medicamentos por pago directo
- Equipo especial por pago directo

### Documentos

- Original de Aviso de Accidente o Enfermedad
- Original de Informe Médico
- Interpretación original o copia de estudios que confirmen el diagnóstico médico
- Copia de identificación oficial vigente del Asegurado afectado
- Copia de credencial de **Plan Seguro**

Por Mesa de Control y/o CURC (Centro Único de Recepción y Captura)

Directorio  
de Oficinas



Haz clic aquí



### Identificaciones

- Copia de Identificación vigente del solicitante de pago
- Copia de Identificación vigente del asegurado afectado

### Información médica

- Original: Relación de comprobantes de reembolso, con todas las facturas y recibos relacionados, indicando el monto total correcto
- Original: Informe Médico por médico tratante
- Original de aviso de Accidente y/o Enfermedad (con firma del asegurado, titular o contratante)
- Copia de estudios que apoyen el diagnóstico
- Original o copia de receta de medicamentos
- Original de orden médica de aparatos ortopédicos o equipo especial
- Facturas a nombre del contratante o asegurado afectado, indicando siempre el nombre del asegurado afectado  
Cumpliendo con RFC del emisor y receptor, folio fiscal y código QR
- Copia de comanda hospitalaria
- Copia de orden del Ministerio Público (en caso de accidente en vía pública)

### Para el pago

- Original de Solicitud de Pago por Transferencia Interbancaria
- Copia de estado de cuenta bancario

### Identificación del cliente establecida en el Artículo 492

- Del solicitante de pago, cuando sea diferente al Contratante

Únicamente podrá ser solicitante de pago de un reembolso el contratante o asegurados de la póliza mayores a 18 años.



### Identificaciones

- Copia de identificación vigente: solicitante de pago
- Copia de identificación vigente: asegurado afectado

### Información médica

- Original de relación de comprobantes de reembolso, con todas las facturas y recibos relacionados, indicando el monto total correcto
- Copia de Informe Médico por médico tratante
- Copia de Aviso de Accidente y/o Enfermedad (con firma del asegurado, titular o contratante)
- Copia de estudios que apoyen el diagnóstico
- Original o copia de receta de medicamentos
- Original de orden médica de aparatos ortopédicos o equipo especial
- Facturas a nombre del contratante o asegurado afectado, indicando siempre el nombre del asegurado afectado. Cumpliendo con RFC del emisor y receptor, folio fiscal y código QR
- Copia de comanda hospitalaria

### Para el pago

- Original de Solicitud de Pago por Transferencia Interbancaria
- Copia de estado de cuenta bancario

### Art. 492

- Del solicitante de pago, cuando sea diferente al contratante

El reembolso se considerará exprés cuando, además de ser complemento, tenga un monto reclamado menor a 10,000 pesos.



30 de octubre de 2019