



Gastos Médicos Mayores Colectivo Solicitud de Seguro Magenta Plus

Día Mes Año

CONTRATANTE - PERSONA MORAL

Razón Social Fecha de Constitución
Día Mes Año

Folio mercantil Nacionalidad de la empresa Giro mercantil Actividad Económica

País de constitución Teléfono Correo electrónico RFC (con homoclave)

No. serie del certificado FIEL (opcional) Régimen Fiscal Uso de CFDI

Nombre (s) del Representante Legal Apellidos paterno y materno del Representante Legal Nacionalidad

Tipo de identificación Institución emisora Folio de identificación

Domicilio

Calle No. Exterior No. Interior Código Postal

Colonia Estado Alcaldía o Municipio Población o Ciudad

No. de identificación fiscal extranjeros País que emite

¿Actúa en nombre o representación de un tercero?

☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, deberá llenar la siguiente sección:

Propietario Real: Nombre(s) o denominación Apellido Paterno Apellido Materno

Fecha de nacimiento o constitución Género Nacionalidad Actividad Económica
Día Mes Año M H País de nacimiento o const. Entidad federativa nacimiento o const.

Ocupación, profesión o giro Teléfono

Correo electrónico CURP (físicas) o folio mercantil (morales) RFC (con homoclave)

No. Serie del Certificado FIEL (opcional) Régimen Fiscal

Accionistas

Nombre o denominación social accionista	Porcentaje accionario	RFC

Dentro de la composición accionaria de la persona moral, ¿algún accionista(s), su(s) cónyuges(s) o familiar(es) (tales como padres, hermanos, abuelos, hijos, nietos del accionista o del cónyuge) desempeña o ha desempeñado (en los últimos 12 meses) funciones públicas destacadas en territorio nacional o en el extranjero? ☐ Sí ☐ No

Nombres y apellidos

En caso de que por un error involuntario en el llenado de esta sección exista una discrepancia contra los documentos oficiales proporcionados, acepto que los datos se modifiquen a lo establecido en mis documentos oficiales para la emisión de mi póliza.



Gastos Médicos Mayores Colectivo Solicitud de Seguro Magenta Plus

Día Mes Año

PERFIL TRANSACCIONAL (LLENAR ESTA INFORMACION PARA CONTRATANTE PERSONA FISICA O PERSONA MORAL)

¿Cuál es la cantidad máxima que gastará en productos Plenit en los próximos 6 meses?

Operaciones ¿Cuántas operaciones de seguros realizará con Plenit en los próximos 6 meses?

Moneda a utilizar ☐ Nacional ☐ Extranjera **Sector en el que opera** ☐ Público ☐ Privado

Método usual de pago
☐ T. Débito ☐ T. Crédito ☐ Trans. Bancaria ☐ Pago Bancario Ref. Otro

Origen de recursos
☐ Salarios ☐ Ahorro ☐ Inmuebles ☐ Honorarios ☐ Herencia ☐ Negocio Otro (¿cuál?)

Frecuencia de pago ☐ Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual

IMPORTANTE leer antes de llenar esta solicitud. Se previene al solicitante que conforme a los Artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmar la misma, en la inteligencia que la omisión, falsedad o inexacta declaración de algún hecho podría originar la pérdida de derechos del Asegurado y/o su(s) Beneficiario(s) en su caso, aunque no haya influido en la realización del siniestro. Si el contrato se celebra por un representante del Asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por Plenit Compañía de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

CARACTERISTICAS DE LA COLECTIVIDAD ASEGURABLE

Relación Contratante-Asegurado:
☐ Patrón-Emppleado ☐ Empresa-Cliente ☐ Asociación-Asociado Otro (Especificar)

Número de personas que integran la empresa Número de personas que integran el grupo asegurado:

Número de personas que forman parte de la colectividad

Número de personas que están incapacitadas* Anexar relación

Número de personas que se encuentran en proceso de incapacidad* Anexar relación

Características del grupo:
☐ Empleados ☐ Sindicatos ☐ Unión o Agrupación de trabajadores ☐ Obreros ☐ Asociación Civil

Otro (Especificar)

Tipo de administración: ☐ Detallada ☐ Autoadministrada

Actividad que desempeñan los integrantes de la colectividad a asegurar

Número de personas que realizan actividades de alto riesgo:

Frecuencia con que realizan las actividades

Actividades de alto riesgo desarrolladas

Lugar donde se realizan las actividades de alto riesgo

Medidas de seguridad empleadas

Distribución de personas: M H

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES. El producto que se puede contratar bajo esta solicitud contiene exclusiones y/o límites de cobertura los cuales puede consultar en sus condiciones generales disponibles en cualquier momento en nuestra página: www.plenit.mx

En caso de que por un error involuntario en el llenado de esta sección exista una discrepancia contra los documentos oficiales proporcionados, acepto que los datos se modifiquen a lo establecido en mis documentos oficiales para la emisión de mi póliza.



SUBGRUPO 1

Nombre del subgrupo

Número de titulares del subgrupo Número de dependientes del subgrupo

PLAN Y COBERTURAS

Coberturas	Suma Asegurada	Coaseguro	Tope de Coaseguro	Deducible
Cobertura Básica				
Coberturas Adicionales:				
• Maternidad				
• Emergencia en el Extranjero				
• Preexistencia Declarada				
• Pago de complementos				
• Conversión a individual				
Otras especificaciones				
Tabulador de Honorarios Médicos		Nivel hospitalario		

SUBGRUPO 2

Nombre del subgrupo

Número de titulares del subgrupo Número de dependientes del subgrupo

PLAN Y COBERTURAS

Coberturas	Suma Asegurada	Coaseguro	Tope de Coaseguro	Deducible
Cobertura Básica				
Coberturas Adicionales:				
• Maternidad				
• Emergencia en el Extranjero				
• Preexistencia Declarada				
• Pago de complementos				
• Conversión a individual				
Otras especificaciones				
Tabulador de Honorarios Médicos		Nivel hospitalario		

SUBGRUPO 3

Nombre del subgrupo

Número de titulares del subgrupo Número de dependientes del subgrupo

PLAN Y COBERTURAS

Coberturas	Suma Asegurada	Coaseguro	Tope de Coaseguro	Deducible
Cobertura Básica				
Coberturas Adicionales:				
• Maternidad				
• Emergencia en el Extranjero				
• Preexistencia Declarada				
• Pago de complementos				
• Conversión a individual				
Otras especificaciones				
Tabulador de Honorarios Médicos		Nivel hospitalario		



SUBGRUPO 4

Nombre del subgrupo

Número de titulares del subgrupo Número de dependientes del subgrupo

PLAN Y COBERTURAS

Coberturas	Suma Asegurada	Coaseguro	Tope de Coaseguro	Deducible
Cobertura Básica				
Coberturas Adicionales:				
• Maternidad				
• Emergencia en el Extranjero				
• Preexistencia Declarada				
• Pago de complementos				
• Conversión a individual				

Otras especificaciones

Tabulador de Honorarios Médicos Nivel hospitalario

COBRANZA

Forma de pago	Medios de pago	Tipo de tarjeta o cuenta
☐ Anual ☐ Semestral	☐ Cargo a tarjeta ☐ SPEI	☐ Tarjeta de crédito ☐ Tarjeta de débito
☐ Trimestral ☐ Mensual	☐ Domiliación	

Número de tarjeta o cuenta Fecha de Vencimiento Código CVV Banco

¿El contratante es el titular de la tarjeta o cuenta? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es negativa, favor de llenar la sección Complemento de Cobranza, página 7

Autorizo a la institución bancaria o financiera, según corresponda, para que realice a mi nombre los pagos por concepto de este seguro, por los montos y periodicidad que se detallan, con cargo a mi tarjeta de débito o crédito, a favor de Penit Compañía de Seguros, S.A. de C.V., liberando de cualquier responsabilidad a la institución bancaria o financiera elegida y a Plenit. Cuando la transacción sea con cargo a tarjeta de débito o crédito, cuenta bancaria, transferencia electrónica o depósito bancario el estado de cuenta, recibo, comprobante, o folio de confirmación de la transacción que corresponda, hará prueba plena del pago realizado, hasta que Plenit Compañía de Seguros, S.A. de C.V. entregue el comprobante de pago respectivo.

Término máximo para el pago de prima anual o de cada una de las fracciones correspondientes, en caso de pago fraccionado, será de 30 días naturales. Si la prima o cualquier de sus fracciones no se pagan dentro del plazo convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12 horas del último día

El agente se obliga a verificar los datos de la tarjeta, responsabilizándose de su autenticidad de acuerdo con el artículo 10 de la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 25 de marzo 2026, con el número CNSF-S0132-0072-2026.



INFORMACIÓN QUE DEBE PROPORCIONAR EXCLUSIVAMENTE EL AGENTE

1. ¿Cuánto tiempo hace que conoce al solicitante?
2. Si lo conoce recientemente, indique ¿quién se lo refirió?
3. ¿Su cliente solicita este seguro para cancelar alguna otra póliza expedida por esta compañía? ☐ Sí ☐ No
4. ¿Confirma que el solicitante llenó y firmó de su puño y letra esta propuesta en su presencia? ☐ Sí ☐ No

Hacemos de su conocimiento que de conformidad con lo dispuesto en la fracción II. del artículo 506 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, se le impondrá la pena y multa que al efecto disponga la autoridad a:

"II. Los agentes de seguros o los médicos que dolosamente o con ánimo de lucrar, ocultan a una institución de seguros la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración de un contrato de seguro".

Clave de agente	Nombre completo del agente	Oficina	Participación	Cesión de comisión

En mi carácter de Agente de Seguros autorizado por la Comisión Nacional de Seguros y de Fianzas para la intermediación de seguros de personas, por medio de la presente hago constar que realicé la entrevista personal con el proponente del seguro, conforme a las políticas de la aseguradora y normatividad aplicable relativas a la identificación del cliente y cuyos datos quedaron asentados en la solicitud del seguro y de quien se recabaron los datos y documentos de identificación respectivos, mismos que tuve a la vista y que obtuve la copia del documento físico, cotejado con el original para integrar al expediente del cliente.

Nombre y firma del agente

Lugar y Fecha en que se firma

UNE

Para cualquier aclaración o duda no resuelta relacionada con su seguro, le sugerimos ponerse en contacto con la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de Plenit Compañía de Seguros, S.A. de C.V., ubicada en 29 Sur número 127, colonia La Paz, Puebla, Puebla, C.P. 72160, por los siguientes medios : llamando al teléfono 222690-7110 para toda la República, o enviando un correo a la dirección une@plenit.mx; o bien contacte a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) con domicilio en Insurgentes Sur 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, C.P.03100, al teléfono 555340-0999 para toda la República, al correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página condusef.gob.mx

FIRMAS

Bajo protesta de decir verdad y por el principio de la buena fe, en mi carácter de Solicitante Titular y/o Contratante y en representación de los Solicitantes, declaro que el contenido de la presente solicitud es cierta y estoy de acuerdo en que con base a lo declarado la representación de los Solicitantes, declaro que el contenido de la presente solicitud es cierta y estoy de acuerdo en que con base a lo declarado la Aseguradora valorará el riesgo a contratar.

Lugar y fecha

Contratante - Representante Legal

Nombre y firma

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 25 de marzo 2026, con el número CNSF-S0132-0072-2026.

DATOS PERSONALES Y CONSENTIMIENTO

AVISO DE PRIVACIDAD: Plenit Compañía de Seguros, S.A. de C.V., con domicilio en calle 29 Sur, número 127, colonia La Paz, C.P. 72160 Ciudad de Puebla, Puebla; es responsable del uso y protección de sus datos personales, por lo que mediante éste aviso, le informamos de los datos personales que recabaremos y su uso:

Datos de identificación y de contacto: Nombre completo, fecha y lugar de nacimiento, domicilio, ocupación, origen de recursos, CURP, RFC, teléfono, correo electrónico, datos de representación legal (poder); Datos de salud: hábitos, historial clínico, enfermedades y/o padecimientos suyos y de los solicitantes; Datos financieros: estado de cuenta bancaria, número de cuenta, CLABE Interbancaria.

Estos podrán ser utilizados para cumplir con los fines siguientes, de conformidad con su relación jurídica con PLENIT: CLIENTES, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS: Cumplir con obligaciones referentes a una relación jurídica que se pudiera llegar a dar en términos de la Ley sobre Contrato de Seguros, Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la Circular Única de Seguros y Fianzas, etc; elaborar reportes regulatorios y solicitudes de información para autoridades que así lo requieren; inspecciones, revisiones, auditorías internas y externas de carácter normativo, prevención de fraudes, validar y comprobar datos para propuestas, cotizaciones, ofertas o endosos de seguros; proveerle asesoría, cotización, suscripción, emisión y cobranza de su póliza, así como su conservación, modificación, renovación o cancelación; apoyarlo en el trámite de siniestros, canalizarlo con proveedores médicos y demás acciones necesarias para cumplir con el contrato de seguro y la legislación aplicable. Asimismo, podremos usar sus datos anonimizados para fines estadísticos.

AGENTES DE SEGUROS: Cumplir con las obligaciones derivadas de la relación jurídica entre PLENIT y el Agente, y con la normatividad aplicable; elaborar reportes regulatorios, inspecciones y auditorías, pago de bonos y comisiones, otorgarle capacitación y atención al agente y a sus clientes.

Los datos personales otorgados serán tratados por el tiempo necesario con base en su relación jurídica con PLENIT y en lo establecido en el presente Aviso de Privacidad.

PLENIT solamente podrá transferir sus datos personales a terceros nacionales o extranjeros, siempre y cuando se encuentren relacionados jurídicamente con PLENIT y solo para cumplir con las finalidades primarias descritas en el Aviso de Privacidad. PLENIT solamente podrá transferir sus datos personales en los casos autorizados por la Ley.

Salvo autorización expresa, sus datos personales no serán tratados para fines mercadotécnicos, publicitarios o de prospección comercial.

DERECHOS ARCO: Usted tiene en todo momento el derecho a conocer qué datos personales tenemos de usted, para que los utilizamos y las condiciones del uso que les damos (Acceso). Asimismo, es su derecho solicitar la corrección de su información personal en caso de que esté desactualizada, sea inexacta o incompleta (Rectificación); de igual manera, tiene derecho a que su información se elimine de nuestros registros o base de datos cuando considere que la misma no esté siendo utilizada adecuadamente (Cancelación); así como también, a oponerse al uso de sus datos personales para fines específicos (Oposición). Estos derechos se conocen como Derechos ARCO.

Para el ejercicio de cualquiera de los derechos ARCO, se deberá presentar la solicitud respectiva a través de los formatos que estarán a su disposición en el domicilio de la empresa: calle 29 Sur, número 127, colonia La Paz, C.P. 72160 Ciudad de Puebla, Puebla; o bien, en el correo electrónico atencionclientes@plenit.mx; o bien, al teléfono 222690-7110. Los medios anteriores también servirán para conocer el procedimiento y requisitos para el ejercicio de los derechos ARCO.

REVOCACIÓN: En cualquier momento usted puede revocar su consentimiento para el uso de sus datos personales. Del mismo modo, usted puede revocar el consentimiento que, en su caso, nos haya otorgado para el tratamiento de sus datos personales. Asimismo, usted deberá considerar que para ciertos fines la revocación de su consentimiento implicará que no podamos seguir prestando el servicio que nos solicitó, o la conclusión de su relación con nosotros.

Para revocar el consentimiento que usted otorga en este acto o para limitar su divulgación, se deberá presentar la solicitud respectiva mediante escrito libre, el cual deberá presentarse en nuestro domicilio o al correo electrónico señalado anteriormente. Del mismo modo, podrá solicitar la información para conocer el procedimiento y requisitos para la revocación del consentimiento, así como limitar el uso y divulgación de su información personal. La respuesta a las peticiones se dará a conocer en el plazo de quince días hábiles.

Contratante - Representante Legal

Nombre y firma

CONSENTIMIENTO PARA LA ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

Otorgo mi consentimiento para que la documentación contractual y cualquier otra información relacionada con este seguro, me sea entregada a través de la vía digital.

☐ Sí ☐ No

Por lo anterior, autorizo a Plenit Compañía de Seguros, S.A. de C.V., a realizar la entrega de la documentación contractual y cualquier otra información relacionada con este seguro en formato PDF (Portable Document Format), o cualquier otro formato electrónico equivalente a la cuenta de correo electrónico: _____.



Gastos Médicos Mayores Colectivo Solicitud de Seguro Magenta Plus

Día Mes Año

CONTRATANTE - PERSONA FÍSICA

Nombres (s)			Apellido Paterno			Apellido Materno		
Fecha de Nacimiento			Género		Nacionalidad		Actividad Económica	
Día Mes Año			M ☐ H ☐					
					País de nacimiento		Entidad federativa de nacimiento	

Ocupación o Profesión	Teléfono

Correo electrónico	CURP	RFC (con homoclave)

No. Serie del Certificado FIEL (opcional)	Régimen Fiscal	Uso de CFDI

Tipo de identificación	Folio de identificación	Institución emisora

Domicilio: Calle	No. Exterior	No. Interior	Código Postal

Colonia	Estado	Alcaldía o Municipio	Población o Ciudad

No. de identificación fiscal extranjeros (opcional)	País que emite (opcional)

En el último año, ¿ha desempeñado algún cargo en el gobierno estatal, municipal o federal? ☐ Sí ☐ No

Cargo y dependencia

En los últimos dos años, ¿usted o su cónyuge, concubina(rio), o parientes hasta el segundo grado, han desempeñado algún cargo en el gobierno estatal, municipal o federal, partidos políticos o empresas estatales, en territorio nacional o extranjero? ☐ Sí ☐ No

Cargo y dependencia

¿Actúa en nombre o representación de un tercero? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, deberá llenar la siguiente sección:

Propietario Real: Nombre(s) o denominación	Apellido Paterno	Apellido Materno

Fecha de nacimiento o constitución			Género		Nacionalidad		Actividad Económica	
Día Mes Año			M ☐ H ☐					
					País de nacimiento		Entidad federativa de nacimiento	

Ocupación, profesión o giro	Teléfono	Correo electrónico

CURP (físicas) o folio mercantil (morales)	RFC (con homoclave)	No. Serie del Certificado FIEL (opcional)

Régimen Fiscal

Accionistas (solo para persona moral)

Nombre o denominación social accionista	Porcentaje accionario	RFC

En caso de que por un error involuntario en el llenado de esta sección exista una discrepancia contra los documentos oficiales proporcionados, acepto que los datos se modifiquen a lo establecido en mis documentos oficiales para la emisión de mi póliza.



COMPLEMENTO DE COBRANZA

¿El contratante es el titular de la tarjeta o cuenta? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es negativa, favor de llenar la siguiente información:

Nombre del titular de la tarjeta o cuenta

Parentesco del contratante con el titular de la cuenta

En caso de que el solicitante no sea el titular de la cuenta, deberá proporcionar los datos de dicho proveedor de recursos:

Nombre(s) o denominación

Apellido Paterno

Apellido Materno

Fecha de nacimiento
o constitución

Género

Nacionalidad

Actividad Económica

Día Mes Año

M

☐

País de nacimiento o const.

Entidad federativa de nacimiento o const.

H

☐

Ocupación, profesión o giro

Teléfono

Correo electrónico

CURP (física) o folio mercantil (moral)

RFC (con homoclave)

No. serie del certificado digital de la FIEL (opcional) Régimen Fiscal

Autorizo a la institución bancaria o financiera, según corresponda, para que realice a mi nombre los pagos por concepto de este seguro, por los montos y periodicidad que se detallan, con cargo a mi tarjeta de débito o crédito, a favor de Plenit Compañía de Seguros, S.A. de C.V., liberando de cualquier responsabilidad a la institución bancaria o financiera elegida y a Plenit.

Cuando la transacción sea con cargo a tarjeta de débito o crédito, cuenta bancaria, transferencia electrónica o depósito bancario el estado de cuenta, recibo, comprobante, o folio de confirmación de la transacción que corresponda, hará prueba plena del pago realizado, hasta que Plenit Compañía de Seguros, S.A. de C.V. entregue el comprobante de pago respectivo.

Término máximo para el pago de prima anual o de cada una de las fracciones correspondientes, en caso de pago fraccionado, será de 30 días naturales. Si la prima o cualquier de sus fracciones no se pagan dentro del plazo convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12 horas del último día

El agente se obliga a verificar los datos de la tarjeta, responsabilizándose de su autenticidad de acuerdo con el artículo 10 de la Ley General de Títulos y Operaciones de Crédito.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 25 de marzo 2026, con el número CNSF-S0132-0072-2026.