



## Datos de los Asegurados

### Titular

Nombre Completo				Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	
Domicilio: Calle		No. Exterior	No. Interior	Colonia		Código Postal	
Delegación o municipio		Ciudad		Estado		País	
R.F.C. <input type="text"/>	Estado civil	Estatura (mts)	Peso (kg)	Ocupación	Profesión	Giro	
Reconocimiento de Antigüedad (dd/mm/aaaa)	Aseguradora			Número de Póliza			

### 2º Solicitante

Nombre Completo				Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	
Domicilio: Calle		No. Exterior	No. Interior	Colonia		Código Postal	
Delegación o municipio		Ciudad		Estado		País	
R.F.C. <input type="text"/>	Estado civil	Estatura (mts)	Peso (kg)	Ocupación	Profesión	Giro	
Reconocimiento de Antigüedad (dd/mm/aaaa)	Aseguradora			Número de Póliza			

### 3º Solicitante

Nombre Completo				Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	
Domicilio: Calle		No. Exterior	No. Interior	Colonia		Código Postal	
Delegación o municipio		Ciudad		Estado		País	
R.F.C. <input type="text"/>	Estado civil	Estatura (mts)	Peso (kg)	Ocupación	Profesión	Giro	
Reconocimiento de Antigüedad (dd/mm/aaaa)	Aseguradora			Número de Póliza			

### 4º Solicitante

Nombre Completo				Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	
Domicilio: Calle		No. Exterior	No. Interior	Colonia		Código Postal	
Delegación o municipio		Ciudad		Estado		País	
R.F.C. <input type="text"/>	Estado civil	Estatura (mts)	Peso (kg)	Ocupación	Profesión	Giro	
Reconocimiento de Antigüedad (dd/mm/aaaa)	Aseguradora			Número de Póliza			

### 5º Solicitante

Nombre Completo				Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	
Domicilio: Calle		No. Exterior	No. Interior	Colonia		Código Postal	
Delegación o municipio		Ciudad		Estado		País	
R.F.C. <input type="text"/>	Estado civil	Estatura (mts)	Peso (kg)	Ocupación	Profesión	Giro	
Reconocimiento de Antigüedad (dd/mm/aaaa)	Aseguradora			Número de Póliza			

**Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más**

GMM 02

Paseo de la Reforma 243 piso 16, Col. Cuauhtémoc C.P. 06500 CDMX.

En caso de siniestro llama al Tel. 01 800 830 3676 [www.vepormas.com](http://www.vepormas.com)

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) 01800-8303-676 o [serviciopersonas.df@segurosvepormas.com](mailto:serviciopersonas.df@segurosvepormas.com) 2/7





**De interés para el solicitante (leer antes de firmar)**

S.A. Grupo Financiero Ve por Más, la información de su conocimiento, para la correcta evaluación de esta solicitud y a su vez a Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más, para que proporcione a cualquier otra empresa del ramo, la información que se derive de esta solicitud y de otras que sean de su conocimiento, a efecto que pueda evaluar cualquier otra propuesta de contratación de seguro del sector que le sea solicitada por mi persona. Esta información puede ser requerida al momento de presentar este documento, en caso de fallecimiento o en cualquier momento en que Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más, lo considere oportuno.

Estoy de acuerdo que, en caso de ser aceptada esta solicitud formará parte del contrato de seguro celebrado entre el solicitante titular y/o contratante y Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más.

Hago constar que me he enterado de las condiciones generales de la póliza que en su caso extenderá Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más y expresamente declaro mi conformidad con ellas, así mismo declaro que el agente de seguros, me ha informado de manera amplia y detallada sobre el alcance real de la cobertura y la forma de conservarla o darla por terminada.

Previa lectura y debidamente enterados de las condiciones y obligaciones que establece la solicitud de gastos médicos mayores, confirmo haber declarado los datos exactos para la correcta evaluación de la misma.

**Designación de beneficiarios (en caso de que desee contratar la cobertura gastos funerarios o en el caso que el asegurado no pueda cobrar alguna indemnización, favor de designar a sus beneficiarios)**

Advertencia: en el caso de que se de el nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar aun mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombrar a beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

Los beneficiarios declarados a continuación, pertenecen al asegurado titular, es decir, en caso de fallecimiento de éste, se le(s) será otorgada la suma asegurada destinada a la cobertura de gastos funerarios. En caso de fallecimiento de alguno de los dependientes, la suma asegurada será otorgada directamente al titular.

Si se llegase a presentar la muerte simultánea de todos los asegurados, la suma asegurada se otorgará de acuerdo a la sucesión testamentaria del titular.

Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno Del beneficiario	Domicilio completo de (los) Beneficiario(s)	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa)	Parentesco	Participación
1.				%
2.				%
3.				%
4.				%
5.				%

Nota: en caso de que el asegurado titular llegase a fallecer y se tuviese algún importe pendiente de pago derivado de algún reembolso por gastos médicos cubiertos, dicho reembolso será entregado de acuerdo a la declaración de beneficiarios realizada en éste apartado.

**Estas preguntas deberán ser contestadas sólo por el contratante (sólo si se trata de persona física)****1. ¿Desempeña o ha desempeñado alguno de estos cargos en el sexenio actual o anterior?**

Diputado local o federal, Director General de la C.F.E., Director general de Pemex, Gobernador de Estado, Jefe de Gobierno del D.F., Ministro de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Presidente de la República, Presidente de Partido Político Registrado en el INE (antes IFE), Procurador General de la República, Procurador de Justicia de los Estados, Secretario de Finanzas del Distrito Federal, Secretario de Finanzas de los Estados, Secretario de Gobierno de los Estados, Senador (para extranjeros presidente o mandatario).

Sí  No  En caso afirmativo indique cual \_\_\_\_\_

**2. ¿Realiza alguna de estas actividades?**

Comerciante de: metales preciosos, antigüedades, joyas, objetos de arte, piedras preciosas, productos militares de alta sofisticación, agentes aduanal, casinos, loterías, juegos de azar, centros nocturnos, distribución de armas, inmobiliaria, organizaciones de caridad, pirámides, prestamistas, producción de armas, consultor financiero.

Sí  No  En caso afirmativo indique cual \_\_\_\_\_

**Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más**

GMM 02

Paseo de la Reforma 243 piso 16, Col. Cuauhtémoc C.P. 06500 CDMX.

En caso de siniestro llama al Tel. 01 800 830 3676 www.vepormas.com

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) 01800-8303-676 o serviciopersonas.df@segurosvepormas.com 5/7

Para todos los efectos legales que pueda tener esta solicitud, declaro que todas las respuestas contenidas en la misma, son verídicas y están completas, reconociendo que constituyen parte del contrato de seguro y aceptando en consecuencia la obligación de pagar la prima y ajustes correspondientes al contrato. Artículos 25 de la ley sobre el contrato de seguro: si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concuerdan con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día que reciba la póliza, transcurrido este plazo de considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones. Esta solicitud es nula si carece de la firma de la asegurado o por falsas o inexactas declaraciones contenidas en la solicitud, aún cuando estas no hayan influido en la causa del siniestro, previa lectura y debidamente enterado de las condiciones y obligación es que establece la solicitud del seguro, confirmo haber declarado los datos exactos para la correcta evaluación de la misma.

**Declaro que los recursos por virtud de los cuales se realizará el pago de la prima de la presente póliza, son lícitos.**

#### **Aviso de privacidad**

Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más, con domicilio en Cerrada de Tecamachalco no.45 Colonia Reforma Social, C.P. 11650, México D.F., Le informa que los datos personales y/o datos personales sensibles que se recaban de usted, serán utilizados para las siguientes finalidades que son necesarias para el servicio y/o producto que solicita:

La realización de todas y cada una de las operaciones y la prestación de los servicios, así como la celebración de los demás actos que Seguros Ve por Más puede realizar conforme a la legislación que les sea aplicable y a sus estatutos sociales la identificación y contacto del titular de los datos personales; para la evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos, y en su caso, la emisión del contrato de seguro, la aplicación de exámenes de estado general de salud, previo a la contratación del seguro; para realizar las gestiones de cobro que son inherentes a la contratación o renovación del seguro; para el trámite y seguimiento de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro; las revisiones y correcciones requeridas por actualización de datos o para mayor conocimiento de los titulares y sus operaciones, tanto para efectos legales como de prevención o seguridad; la comunicación con los clientes, proveedores, consejeros y auditores externos, actuales o anteriores, para tratar cualquier tema relacionado con asuntos contractuales, comerciales, laborales, de negocios con sus datos personales o el presente aviso de privacidad; las consultas, investigaciones y revisiones en relación a cualquier queja, reclamación o aclaración; la atención de requerimientos de cualquier autoridad competente conforme a la legislación aplicable a la entidad financiera; cualquier actividad complementaria o auxiliar necesaria para la realización de los fines anteriores.

De manera adicional, se utilizará su información personal para las siguientes finalidades que no son necesarias para el servicio o producto solicitado, pero que permiten y facilitan brindarle un mejor servicio:

La promoción de productos, servicios, beneficios adicionales, descuentos, promociones, bonificaciones, concursos, estudios de mercado, sorteos y publicidad en general, ofrecidos por las empresas integrantes del grupo financiero o relacionado con las mismas o terceros nacionales o extranjeros con quienes cualquiera de dichas empresas mantengan alianzas comerciales, la realización de encuestas de calidad, servicio o de cualquier otro tipo relacionado con los productos y servicios que se ofrecen y/o prestan, así como el desarrollo e implementación de procesos de análisis de información y estadísticos que se deriven de dichas encuestas. En caso de que usted no desee que sus datos personales sean tratados ni transferidos para estos fines adicionales, usted contará con 5 días hábiles apartir de la recepción de este aviso, para manifestar su negativa al siguiente correo: [datospersonales@vepormas.com.mx](mailto:datospersonales@vepormas.com.mx), de lo contrario se entenderá que usted acepta el uso de sus datos para estos fines.

Para conocer mayor información sobre los términos y condiciones en que serán tratados sus datos personales y la forma en que podrá ejercer sus derechos, puede consultar nuestro aviso de privacidad integral en <http://www.vepormas.com>, dentro de la página de Seguros Ve por Más, seleccionando el apartado "su información personal está segura con Ve por Más".

El titular de los datos personales manifiesta haber leído y estar de acuerdo con los términos del aviso de privacidad, conociendo y aceptando la finalidad de la recolección, el tratamiento de sus datos personales y personal es sensibles y transferencia de los mismos a través de su firma autógrafa o electrónica.

Se entenderá que el solicitante titular y/o contratante consiente tácitamente el tratamiento de su información personal en los términos indicados en el presente aviso de privacidad si no manifiesta su oposición al mismo.

He leído y me doy por enterado del aviso de privacidad que antecede en relación con la póliza de seguro.

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

Apreciable Asegurado y/o Contratante, Seguros Ve por Más está inmersa en el cuidado del ambiente y en la reducción del uso de papel. Le invitamos a sumarse a esta campaña aceptando las Condiciones Generales de tu producto por cualquiera de los siguientes medios.

En Papel

CD

Descarga en página web [www.vepormas.com](http://www.vepormas.com)

Vía correo electrónico

**Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más**

Paseo de la Reforma 243 piso 16, Col. Cuauhtémoc C.P. 06500 CDMX.

En caso de siniestro llama al Tel. 01 800 830 3676 [www.vepormas.com](http://www.vepormas.com)

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) 01800-8303-676 o [serviciopersonas.df@segurosvepormas.com](mailto:serviciopersonas.df@segurosvepormas.com) **GMM 02** 6/7

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha en que se Firma

\_\_\_\_\_  
Firma del Contratante

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante Titular

**En caso de minoría de edad del Solicitante Titular, se requiere el nombre y la firma de su Representante Legal.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Parentesco o relación con el Solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante Legal

#### Datos del agente

No. de agente	Nombre	Distribucion
---------------	--------	--------------

1. ¿Recomienda usted a su cliente, tanto por aspecto saludable como por su moralidad, hábitos y reputación? Sí  No

2. ¿Tiene algún parentesco con el solicitante? Si  No

Indique cuál: \_\_\_\_\_

**3. Informo que entrevisté al contratante y/o solicitante-titular de esta solicitud de seguro, así mismo cotejé contra original, información contenida en la identificación oficial y documentos que me fueron entregados para el trámite de este seguro.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Agente

**Se informa que el producto ligado a esta solicitud cuenta con exclusiones y limitantes, mismas que puede consultar dentro de las Condiciones Generales del mismo producto, que se encuentran en nuestra página de internet <http://www.vepormas.com>.**

**Se hace del conocimiento de nuestros clientes que podrán consultar todos los preceptos y referencias legales mencionadas en el contrato, en nuestra página de internet “<http://www.vepormas.com>”, Condiciones Generales, sección, Anexo denominado Preceptos Legales.**

**Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación a su de seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía en el domicilio Paseo de la Reforma 243, Piso 16, Col. Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06500 o al teléfono 01-800-830-3676, en horarios de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas; al correo electrónico [aclaraciones.une@segurosvepormas.com](mailto:aclaraciones.une@segurosvepormas.com) o visite [www.vepormas.com](http://www.vepormas.com); o bien contactar a CONDUSEF en Avenida Insurgentes Sur, número 762, Colonia Del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100, al teléfono (55)5340 0999 en la CDMX y el interior de la República al 01 800 999 80 80; correo electrónico [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx), o visite la página [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx).**

**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 24 de Mayo de 2017, con el número CNSF-S0016-0286-2017”.**

**Producto registrado ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS), bajo el número de registro CONDUSEF-000889-02.**

Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más

Paseo de la Reforma 243 piso 16, Col. Cuauhtémoc C.P. 06500 CDMX.

En caso de siniestro llama al Tel. 01 800 830 3676 [www.vepormas.com](http://www.vepormas.com)

GMM 02

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) 01800-8303-676 o [serviciopersonas.df@segurosvepormas.com](mailto:serviciopersonas.df@segurosvepormas.com)

7/7