

Instrucciones

Este formato debe ser llenado y firmado por el contratante y asegurado titular con letra de molde y tinta de un sólo color. Favor de no dejar preguntas ni espacios sin conterstar, este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Modificaciones a realizar

| | | |
|--|---|---|
| Cambio de colectividad asegurable <input type="checkbox"/> | Cambio de forma de pago <input type="checkbox"/> | Actualización de datos del contratante <input type="checkbox"/> |
| Cambio de plan o baja de subgrupo <input type="checkbox"/> | Cancelación de la póliza <input type="checkbox"/> | Cambio de agente <input type="checkbox"/> |
| Alta de subgrupo <input type="checkbox"/> | Contratación de coberturas adicionales <input type="checkbox"/> | |

Datos de póliza

Nombre del contratante:

Número de póliza:

Vigencia de la póliza (DD/MM/AAAA):

En caso de que las modificaciones sean distintas a nivel póliza, deberás llenar una solicitud por cada póliza que quiera modificar, especificando claramente los cambios.

Cambio de colectividad asegurable

Se solicita la modificación en las características del seguro pertenecientes a la póliza arriba mencionada, para que queden conforme a la información en esta solicitud, sobre los miembros del grupo integrado por:

| | | |
|---|--|---|
| Personal activo en la nómina <input type="checkbox"/> | Personal activo de confianza <input type="checkbox"/> | Miembros asociados <input type="checkbox"/> |
| Personal activo sindicalizado <input type="checkbox"/> | Personal activo temporal <input type="checkbox"/> | Otro <input type="checkbox"/> |
| Personal activo por honorarios <input type="checkbox"/> | Personal jubilado o en retiro <input type="checkbox"/> | |

Cambio de plan o baja de subgrupo

| Colectividad asegurada | | Total de asegurados | Suma asegurada | Deducible | Coaseguro | Nivel hospitalario | Tabulador de honorarios quirúrgicos | Contribución | Baja |
|------------------------|------------------------|---------------------|----------------|-----------|-----------|--------------------|-------------------------------------|--------------|--------------------------|
| Subgrupo 1 | Nacional Extranjero | | | | % | | | % | <input type="checkbox"/> |
| Subgrupo 2 | Nacional Extranjero | | | | % | | | % | <input type="checkbox"/> |
| Subgrupo 3 | Nacional Extranjero | | | | % | | | % | <input type="checkbox"/> |
| Subgrupo 4 | Nacional Extranjero | | | | % | | | % | <input type="checkbox"/> |
| Subgrupo 5 | Nacional Extranjero | | | | % | | | % | <input type="checkbox"/> |

Alta de subgrupo

| Colectividad asegurada | | Total de asegurados | Suma asegurada | Deducible | Coaseguro | Nivel hospitalario | Tabulador de honorarios quirúrgicos | Contribución |
|------------------------|------------------------|---------------------|----------------|-----------|-----------|--------------------|-------------------------------------|--------------|
| Subgrupo | Nacional Extranjero | | | | % | | | % |
| Subgrupo | Nacional Extranjero | | | | % | | | % |

Cambio de forma de pago

Trimestral Semestral Anual

Cancelación de la póliza

Motivo de cancelación:

Contratación de coberturas adicionales

| | Subgrupo 1 | | Subgrupo 2 | | Subgrupo 3 | | Subgrupo 4 | | Subgrupo 5 | |
|---|------------|------|------------|------|------------|------|------------|------|------------|------|
| | Alta | Baja | Alta | Baja | Alta | Baja | Alta | Baja | Alta | Baja |
| Emergencia en el extranjero | | | | | | | | | | |
| Enfermedades graves | | | | | | | | | | |
| Gastos funerarios | | | | | | | | | | |
| Privilegio de conversión | | | | | | | | | | |
| Cirugía para corregir defectos refractivos de la visión | | | | | | | | | | |
| Protección dental (elegir sólo un paquete) | | | | | | | | | | |
| Combinado | | | | | | | | | | |
| Selecto | | | | | | | | | | |
| Global | | | | | | | | | | |
| Ultra | | | | | | | | | | |
| Integral | | | | | | | | | | |
| Expansión | | | | | | | | | | |
| Elite | | | | | | | | | | |

Actualización de datos del contratante

Datos del nuevo contratante

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES (10 POSICIONES) + HOMOClave:

| | | | | | | | | | | |

CURP (18 POSICIONES):

| | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|---------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| Email: | Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): | País de nacimiento: |
| Nacionalidad: | Ocupación o Profesión (o Giro): | Firma electrónica avanzada (Fiel): |

Domicilio del contratante

| | | | |
|-------------------------|------------|----------------------|----------|
| Calle: | Núm. Ext.: | Núm. Int.: | Colonia: |
| Delegación / Municipio: | Estado: | Ciudad: | C.P.: |
| Teléfono particular: | | Teléfono de oficina: | |

Cambio de conducto (favor de completar la información solicitada)

| | |
|----------------------------|---------|
| No. de agente: Anterior | Nombre: |
| No. de agente: Nuevo | Nombre: |

De interés para el contratante (leer antes de firmar)

Conforme a la Ley sobre el Contrato de Seguro, se deben declarar los datos requeridos en esta solicitud tal y como los conozca o deba conocerlos, en forma verídica al momento de firmar, en la inteligencia que la omisión o inexacta o falsa de declaración de los datos importantes que se pregunten para la apreciación del riesgo, facultará a Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más, para rescindir el contrato celebrado aunque tales datos no hayan influido en la causa del siniestro y de abstenerse de realizar cualquier pago al asegurado (art. 8 y 47 de la ley sobre el contrato de seguro).

Por lo anterior, en mi carácter de solicitante titular y/o contratante y en representación de los solicitantes, bajo protesta de decir verdad, declaro que todos los hechos aquí mencionados son verídicos y estoy de acuerdo en que con base en ellos, la aseguradora valorará el riesgo a contratar.

Autorizo a los médicos, hospitales o clínicas que me hayan asistido o a los que haya accedido para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad y para el efecto, relevo a las personas arriba mencionadas del secreto profesional, aceptando que se proporcione a Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más, la información requerida.

Asimismo, autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado pólizas, para que proporcionen a Seguros Ve por Más 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 de 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.

Así mismo, reconozco que los padecimientos preexistentes no quedarán cubiertos en la póliza, aunque sean declarados en la presente solicitud. Considerando este documento como parte integrante de mi contrato para todos los efectos a que haya lugar.

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.

Aviso de privacidad**A. Responsable**

Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más, con domicilio en Paseo de la Reforma 243, Piso 16, Col. Cuauhtémoc, Ciudad de México. C. P. 06500, es responsable de la protección de sus datos personales asegurando que éstos sean tratados ajustándose a lo estipulado en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares.

B. Finalidad de los datos personales

De conformidad con lo señalado en la Ley, se 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, S.A., Grupo Financiero 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 riesgo, y en su caso, la emisión del contrato seguro.
- La aplicación de exámenes de estado general 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 o para 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, proveedor, consejeros y auditores externos, actuales o anteriores, para tratar cualquier tema relacionado con asuntos contractuales, comerciales, laborales, de negocios o 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 aplicables 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 brindar 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 terceras nacionales o extranjeros con quienes cualquiera de dichas empresas mantengan alianzas comerciales.
- La relación 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 podrá manifestarlo desde este momento a través del correo atencion.clientes@vepormas.com con copia a: mcalderon@vepormas.com, indicándonos su nombre completo y número de empleado. La negativa para el uso de sus datos personales para estas finalidades no podrá ser un motivo para que le neguemos los servicios y productos que solicita o contrata con nosotros.

C. Conozca nuestro Aviso de Privacidad Integral

Para mayor información acerca del tratamiento de sus datos personales, como los terceros con quienes compartimos su información personal, los cambios de nuestro Aviso de Privacidad y la forma en que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, limitación de uso y divulgación de su información, así como para revocar su consentimiento, usted podrá acceder a nuestro aviso de privacidad integral en www.vepormas.com, dentro de la página de Seguros Ve por Más, seleccionando el apartado "Seguros Ve por Más".

Firma del solicitante titular

Firma del contratante

Lugar y fecha (DD/MM/AAAA)

No. de agente

Nombre de agente

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 seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra compañía en el domicilio Paseo de la Reforma 243, piso 16, Col. Cuauhtémoc, C.P. 06500, Ciudad de México, al teléfono (55) 5340 0999 en la CDMX y del interior de la república al 01800 999 8080; correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx, o visite la página 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-S0016-0686-2014.

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-001841-01.