

INSTRUCCIONES

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

DATOS PERSONALES DEL CONTRATANTE

Nombre o razón social		Ocupación o profesión o giro
R.F.C.	Firma electrónica avanzada (fiel)	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)
País de Nacimiento (no aplica para personas morales)	Nacionalidad	Correo electrónico

Si cuenta con otra póliza en seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más, indicar su número de póliza y certificado.

DOMICILIO DEL CONTRATANTE

Calle	No. Exterior	No. Interior	Colonia
Delegación o municipio	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono Particular		Teléfono Oficina	

CARACTERÍSTICA DEL GRUPO ASEGURADO/COLECTIVIDAD ASEGURADA (ANEXAR RELACIÓN DE ASEGURADOS)

Se solicita la expedición de una póliza conforme a la información en esta solicitud y los consentimientos de los miembros del grupo integrado por:

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

GRUPO ASEGURADO / COLECTIVIDAD ASEGURADA	TOTAL DE ASEGURADOS	SUMA ASEGURADA	DEDUCIBLE	COASEGURO	NIVEL HOSPITALARIO	TABULADOR DE HONORARIOS QUIRÚRGICOS	CONTRIBUCIÓN
SUBGRUPO 1: Nacional: Extranjero:				%			%
SUBGRUPO 2: Nacional: Extranjero:				%			%
SUBGRUPO 3: Nacional: Extranjero:				%			%
SUBGRUPO 4: Nacional: Extranjero:				%			%
SUBGRUPO 5: Nacional: Extranjero:				%			%

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

Paseo de la Reforma No. 243, Piso 16, Colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc C.P. 06500, Ciudad de México. Teléfono 11021800

www.vepormas.com; serviciopersonas.df@segurosvepormas.com

En caso de siniestros llama al 018008303676

PERIODO DE VIGENCIA

Inicio de vigencia
(dd/mm/aaaa)

Fin de vigencia
(dd/mm/aaaa)

COBERTURA BÁSICA	SUBGRUPO 1	SUBGRUPO 2	SUBGRUPO 3	SUBGRUPO 4	SUBGRUPO 5
TERRITORIO NACIONAL	<input type="checkbox"/>				
COBERTURA TOTAL EN EL EXTRANJERO	<input type="checkbox"/>				
COBERTURAS ADICIONALES (CON COSTO)	SUBGRUPO 1	SUBGRUPO 2	SUBGRUPO 3	SUBGRUPO 4	SUBGRUPO 5
EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO	<input type="checkbox"/>				
ENFERMEDADES GRAVES	<input type="checkbox"/>				
GASTOS FUNERARIOS	<input type="checkbox"/>				
PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN	<input type="checkbox"/>				
CIRUGÍA PARA CORREGIR DEFECTOS REFRACTIVOS DE LA VISIÓN	<input type="checkbox"/>				
PROTECCIÓN DENTAL (Elegir solo un paquete)	SUBGRUPO 1	SUBGRUPO 2	SUBGRUPO 3	SUBGRUPO 4	SUBGRUPO 5
COMBINADO	<input type="checkbox"/>				
SELECTO	<input type="checkbox"/>				
GLOBAL	<input type="checkbox"/>				
ULTRA	<input type="checkbox"/>				
INTEGRAL	<input type="checkbox"/>				
EXPANSIÓN	<input type="checkbox"/>				
ELITE	<input type="checkbox"/>				

FORMA DE PAGO

Trimestral

Semestral

Anual

DE INTERÉS PARA EL CONTRATANTE (DEBE LEERLO ANTES DE FIRMAR)

Conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se deben declarar todos 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 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 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.

Asi 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.

Firma del Contratante

¿DESEA MANIFESTAR ALGÚN HECHO IMPORTANTE O RELEVANTE ADICIONAL?

ESTAS PREGUNTAS DEBERÁN SER CONTESTADAS SOLO 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 CUÁL _____.

2. ¿REALIZA ALGUNA DE ESTAS ACTIVIDADES?

COMERCIANTE DE: METALES PRECIOSOS, ANTIGÜEDADES, JOYAS, OBJETOS DE ARTE, PIEDRAS PRECIOSAS, PRODUCTOS MILITARES DE ALTA SOFISTICACIÓN, AGENTE 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 CUÁL _____.

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.

CON LA PRESENTE ACOMPAÑO DEBIDAMENTE FIRMADOS LOS CONSENTIMIENTOS QUE FORMAN PARTE DE ESTA SOLICITUD Y QUE CONTIENEN LOS DATOS RELATIVOS A CADA UNO DE LOS MIEMBROS DE LA COLECTIVIDAD ASEGURADA.

ARTÍCULOS 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO: SI EL CONTENIDO DE LA PÓLIZA O SUS MODIFICACIONES NO CONCORDAREN 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.

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, ESTA SOLICITUD ES NULA SI CARECE DE LA FIRMA DEL ASEGURADO O POR FALSAS O INEXACTAS DECLARACIONES CONTENIDAS EN LA SOLICITUD, AÚN CUANDO ÉSTAS NO HAYAN INFLUIDO EN LA CAUSA DEL SINIESTRO. PREVIA LECTURA Y DEBIDAMENTE ENTERADO DE LAS CONDICIONES Y OBLIGACIONES 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.

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

Paseo de la Reforma No. 243, Piso 16, Colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc C.P. 06500, Ciudad de México. Teléfono 11021800

www.vepormas.com; serviciopersonas.df@segurosvepormas.com

En caso de siniestros llama al 018008303676

AVISO DE PRIVACIDAD

Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más, con domicilio en Av. Paseo de la Reforma No. 243 piso 16, Col. Cuauhtémoc C.P. 06500 CDMX, 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 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 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 a partir de la recepción de este aviso, para manifestar su negativa al siguiente correo: atencion.clientes@vepormas.com y adicionalmente debe marcar copia a: mcalderon@vepormas.com 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 ARCO, 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 esta 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 personales sensibles y transferencia de los mismos a través de su firma autógrafa o electrónica.

Declaro que los recursos por virtud de los cuales se realizará el pago de la Prima de la presente Póliza, son lícitos.

Firma del Contratante

LUGAR Y FECHA

(dd/mm/aaaa)

Firma del Contratante

EL CONTRATANTE CONOCE EL CONTENIDO DE LAS DISPOSICIONES DE CARÁCTER GENERAL A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 140 DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS, POR LO QUE SE COMPROMETE A INTEGRAR Y CONSERVAR LOS EXPEDIENTES DE IDENTIFICACIÓN DE CADA UNO DE LOS ASEGURADOS MIEMBROS DEL GRUPO O COLECTIVIDAD, OBLIGÁNDOSE A PONERLOS A DISPOSICIÓN DE SEGUROS VE POR MÁS O DE LA AUTORIDAD QUE LOS REQUIERA.

SEGUROS VE POR MÁS PODRÁ EN TODO MOMENTO VERIFICAR QUE DICHOS EXPEDIENTES SE ENCUENTREN INTEGRADOS DE CONFORMIDAD CON LAS REGLAS DE CARÁCTER GENERAL A QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 140 DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS.

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: _____

LUGAR Y FECHA

(dd/mm/aaaa)

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 al teléfono 01-800-830-3676, en horarios de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas; al correo electrónico claraciones.une@segurosvepormas.com, o visite 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, 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 19 de Diciembre de 2014, 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.