

Folio:

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 DEL ASEGURADO

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)	
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Unión Libre		
R.F.C.	C.UR.P. (Sólo en caso de contar con él)	País de Nacimiento		Nacionalidad	
Peso (KG)	Estatura (MTS)	Correo electrónico	Ocupación, Profesión o Giro	Equipo que trabaja y material que utiliza	

Domicilio del Asegurado

Calle	Núm. Exterior	Núm. Int.	Colonia	Delegación o municipio
Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono Particular	Teléfono Oficina
Nombre de la empresa donde trabaja		Puesto y en que consisten sus labores		Ingresos mensuales
Domicilio de la empresa donde trabaja				Giro de la empresa

DATOS DEL CONTRATANTE (SI ES DIFERENTE DEL ASEGURADO)

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)	
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Unión Libre		
R.F.C.	C.UR.P. (Sólo en caso de contar con él)	País de Nacimiento		Nacionalidad	
Ocupación, Profesión o Giro		No. FIEL	Relación con el Asegurado	Correo electrónico	

Domicilio del Contratante

Calle	Núm. Exterior	Núm. Int.	Colonia	Delegación o municipio
Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono Particular	Teléfono Oficina

PLAN SOLICITADO

Plan	<input type="checkbox"/> 5 Años	<input type="checkbox"/> 10 Años	<input type="checkbox"/> 15 Años	<input type="checkbox"/> 20 Años
Plazo del Pago de Primas	Suma Asegurada contratada	Moneda <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Dólares		

Si cuenta con otra póliza en Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más, indicar su número de póliza Seguro Individual En caso de contar con Seguro de Vida Grupo, No. de Póliza y Certificado

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

BENEFICIOS ADICIONALES

- Muerte Accidental (MA)
 Pago Adicional de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente (PADI)
- Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas (DI)
 Exención de pago de Primas por Invalidez Total y Permanente (EXI)
- Doble Indemnización por Muerte Accidental colectiva y Pérdidas Orgánicas colectiva (TIA)

FORMA DE PAGO

- Anual
 Semestral
 Trimestral
 Mensual

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un 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 nombra 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.

NOMBRE COMPLETO DEL (LOS) BENEFICIARIO (S)	DOMICILIO COMPLETO DEL (LOS) BENEFICIARIO (S)	FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)	PARENTESCO	PARTICIPACIÓN %
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

SEGUROS EXPEDIDOS (EN VIGOR O CANCELADOS)

COMPAÑÍA	SUMA ASEGURADA	MONEDA	PLAN	ESTADO ACTUAL

¿Le han rechazado, limitado o extraprimado alguna solicitud?

Si No

En caso afirmativo ¿Por qué motivo?

Mujeres

29. ¿Padece o ha padecido enfermedades de los ovarios, de la matriz de las glándulas mamarias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. ¿Actualmente está embarazada? ¿De cuantos meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Indique el número de embarazos que ha tenido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Indique el número de partos que ha tenido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. ¿Le han practicado legrados, cesáreas o abortos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. ¿Está o se ha sometido a tratamientos por infertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EN CASO DE QUE ALGUNA RESPUESTA SEA AFIRMATIVA, DEBERÁ AMPLIAR LA INFORMACIÓN

Núm. Pregunta	Cantidad y/o frecuencia	Enfermedad / Accidente	¿Hace cuánto padeció la enfermedad/accidente?	Duración	Estado actual

REFERENCIAS PERSONALES (NO FAMILIARES)

Nombre completo	Teléfono
1.	
2.	
3.	

DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO Y/O CONTRATANTE (LEER 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.

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 seguro de vida, confirmo haber declarado los datos exactos para la correcta evaluación de la misma.

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 efectos 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.

Firma del Solicitante Titular

Firma del Contratante

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.

Firma del Solicitante Titular

Firma del Contratante

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

LUGAR Y FECHA

(dd/mm/aaaa)

Firma del Solicitante Titular

Firma del Contratante

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

DATOS DEL AGENTE

No. de Agente	Nombre Completo	Distribución
---------------	-----------------	--------------

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

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

Indique cuál: _____

3. ¿le consta que el cliente llenó y firmó esta solicitud? Si No

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.

LUGAR Y FECHA

(dd/mm/aaaa)

Firma del Agente

DICTAMEN MÉDICO

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución 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 solicitante y/o contratante.

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

Elije tu mejor opción:

____ En Papel

____ CD

____ Descarga de página WEB

____ Vía correo electrónico

Firma del Solicitante Titular

Firma del Contratante

IMPORTANTE

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 esta solicitud de seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía al teléfono 01-800-830-3676, en horario de lunes a viernes de 8:30 a 17:30 horas; al correo electrónico “aclaraciones.une@segurosvepormas.com”, o comuníquese 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 15 de Agosto de 2017, con el número CNSF-S0016-0411-2017”.

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-002694-01.