

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre Comercial del Cliente:

Número de Póliza:

Número de Subgrupo:

Otorgo mi consentimiento para ser asegurado en la póliza que el contratante arriba mencionado ha suscrito con Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más.

DATOS DEL ASEGURADO

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

R.F.C.	C.UR.P.	Correo electrónico	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)
País de Nacimiento	Nacionalidad	Ocupación, Profesión o Giro	No.FIEL* Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Unión Libre

Fecha de ingreso al Empleo:
(dd/mm/aa):

Sueldo Mensual que Percibe:

Núm.Empleado/Núm.Miembro:

DOMICILIO DEL ASEGURADO

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

DATOS DEL SEGURO

Regla de Suma Asegurada:

Cuota o porcentaje de contribución al pago de la prima:

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalara un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre indemnización. Lo anterior por que 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 nombrara 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 incondicional 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.

Nombre completo de(los) beneficiario(s)	Domicilio completo de(los) beneficiario(s)	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa)	Parentesco	Participación
1:				%
2:				%
3:				%

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.

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.

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.

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.

Firma del Solicitante Titular

Firma del Contratante

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 Solicitante Titular

Firma del Contratante

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.

Firma del Solicitante Titular

Firma del Contratante

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.