

SOLICITUD DE VIDA GRUPO EXPERIENCIA PROPIA SIN DIVIDENDOS

INSTRUCCIONES

ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL CONTRATANTE Y ASEGURADO TITULAR CON LETRA MOLDE. 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 CONTRATANTE (PERSONA FÍSICA)

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRE(S)	
R.F.C.	C.U.R.P.		CORREO ELECTRÓNICO		FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AA)
PAÍS DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	OCUPACIÓN	PROFESIÓN	FIRMA ELECTRONICA AVANZADA (FIEL)	

DATOS DEL CONTRATANTE (PERSONA MORAL)

NOMBRE COMERCIAL DEL CLIENTE		NOMBRE DEL ADMINISTRADOR O ADMINISTRADORES		GIRO DE LA EMPRESA	NACIONALIDAD
R.F.C.	TELÉFONO		CORREO ELECTRÓNICO		
RAZÓN SOCIAL	FECHA DE CONSTITUCIÓN	FOLIO MERCANTIL	NO. FIEL		

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	NÚMERO EXT.	NÚMERO INT.	COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO PARTICULAR	TELÉFONO DE OFICINA

CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO ASEGURADO / ASEGURADA (ANEXAR RELACIÓN DE ASEGURADOS)

SE SOLICITA LA EXPEDICIÓN DE UNA PÓLIZA CONFORME A LA INFORMACIÓN EN ESTA SOLICITUD Y LOS CONSENTIMIENTOS, SOBRE LA VIDA DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO INTEGRADO POR:

- | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| PERSONAL ACTIVO EN LA NÓMINA | <input type="checkbox"/> | PERSONAL ACTIVO POR HONORARIOS | <input type="checkbox"/> |
| PERSONAL ACTIVO TEMPORAL | <input type="checkbox"/> | PERSONAL ACTIVO DE CONFIANZA | <input type="checkbox"/> |
| MIEMBROS ASOCIADOS | <input type="checkbox"/> | | |
| PERSONAL ACTIVO SINDICALIZADO | <input type="checkbox"/> | PERSONAL JUBILADO O EN RETIRO | <input type="checkbox"/> |
| | | OTRO: | _____ |

GRUPO ASEGURADO	TOTAL DE ASEGURADOS	REGLA DE SUMA ASEGURADA	ACTIVIDAD/OCUPACIÓN	CONTRIBUCIÓN
SUBGRUPO 1:				%
SUBGRUPO 2:				%
SUBGRUPO 3:				%

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

SUBGRUPO 4:

PERIODO DE VIGENCIA**INICIO DE VIGENCIA (DD/MM/AAAA)****FIN DE VIGENCIA (DD/MM/AAAA)****BENEFICIOS****ELEGIR LOS SIGUIENTES BENEFICIOS POR CADA SUBGRUPO**

	SUBGRUPO1	SUBGRUPO2	SUBGRUPO3	SUBGRUPO4
FALLECIMIENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUERTE ACCIDENTAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUERTE ACCIDENTAL Y/O PÉRDIDA DE MIEMBROS A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUERTE ACCIDENTAL Y/O PÉRDIDA DE MIEMBROS B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA Y/O PÉRDIDA DE MIEMBROS A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA Y/O PÉRDIDA DE MIEMBROS B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAGO ADICIONAL POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GASTOS FUNERARIOS DEL ASEGURADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COBERTURAS ADICIONALES

	SUBGRUPO1	SUBGRUPO2	SUBGRUPO3	SUBGRUPO4
GASTOS FUNERARIOS DE HIJOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GASTOS FUNERARIOS DEL CÓNYUGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FIEL= FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA*FORMA DE PAGO (****LA FORMA DE PAGO MENSUAL SÓLO PODRÁ HACERSE CON CARGO A TARJETA DE CRÉDITO Y DEBERÁ LLENAR LA SOLICITUD CORRESPONDIENTE)**MENSUAL **** TRIMESTRAL SEMESTRAL ANUAL **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 Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) 01800-8303-676 o serviciopersonas.df@segurosvepormas.com

DE INTERÉS PARA EL 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 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 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

AVISO DE PRIVACIDAD

SEGUROS VE POR MÁS, S.A., GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS, CON DOMICILIO EN PASEO DE LA REFORMA 243 PISO 16, COL CUAUHTÉMOC, C.P. 06500, CIUDAD DE MÉXICO, 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:

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

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: atención.clientes@vepormas.com Y ADICIONALMENTE DEBE DE MARCARSE 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 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 PERSONALES SENSIBLES Y TRANSFERENCIA DE LOS MISMOS A TRAVÉS DE SU FIRMA AUTÓGRAFA O ELECTRÓNICA

SE ENTENDERÁ QUE EL SOLICITANTE 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.

FIRMA DEL CONTRATANTE

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

DECLARO QUE LOS RECURSOS POR VIRTUD DE LOS CUALES SE REALIZARÁ EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PRESENTE PÓLIZA, SON LÍCITOS.

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 Vía correo electrónico

LUGAR Y FECHA (DD/MM/AA)

FIRMA DEL CONTRATANTE

DATOS DEL AGENTE

NO. AGENTE	NOMBRE	DISTRIBUCIÓN
1. ¿RECOMIENDA USTED A SU CLIENTE, TANTO POR ASPECTO SALUDABLE COMO POR SU MORALIDAD, HÁBITOS Y REPUTACIÓN?		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. ¿TIENE ALGÚN PARENTESCO CON EL SOLICITANTE? INDIQUE CUÁL:		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

LUGAR Y FECHA (DD/MM/AA)

FIRMA DEL AGENTE

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.

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.

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

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 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 % de enero de 20% con el número 7 BSF!S00%!00(, !20%”

“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 7 CB8I SEF!00%, % !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 Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) 01800-8303-676 o serviciopersonas.df@segurosvepormas.com

INSTRUCCIONES

ESTE FORMATO DEBE SER LLENADO Y FIRMADO POR EL CONTRATANTE Y ASEGURADO TITULAR CON LETRA MOLDE. 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 CONTRATANTE (PERSONA FÍSICA)

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

R.F.C.	C.U.R.P.	CORREO ELECTRÓNICO	FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AA)
--------	----------	--------------------	--------------------------------

PAÍS DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD	OCUPACIÓN	PROFESIÓN	FIRMA ELECTRONICA AVANZADA (FIEL)
--------------------	--------------	-----------	-----------	-----------------------------------

DATOS DEL CONTRATANTE (PERSONA MORAL)

NOMBRE COMERCIAL DEL CLIENTE	NOMBRE DEL ADMINISTRADOR O ADMINISTRADORES	GIRO DE LA EMPRESA	NACIONALIDAD
------------------------------	--	--------------------	--------------

R.F.C.	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
--------	----------	--------------------

RAZÓN SOCIAL	FECHA DE CONSTITUCIÓN	FOLIO MERCANTIL	NO. FIEL
--------------	-----------------------	-----------------	----------

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	NÚMERO EXT.	NÚMERO INT.	COLONIA	DELEGACIÓN O MUNICIPIO
-------	-------------	-------------	---------	------------------------

CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO PARTICULAR	TELÉFONO DE OFICINA
--------	--------	---------------	---------------------	---------------------

CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO ASEGURADO / ASEGURADA (ANEXAR RELACIÓN DE ASEGURADOS)

SE SOLICITA LA EXPEDICIÓN DE UNA PÓLIZA CONFORME A LA INFORMACIÓN EN ESTA SOLICITUD Y LOS CONSENTIMIENTOS, SOBRE LA VIDA DE LOS MIEMBROS DEL GRUPO INTEGRADO POR:

PERSONAL ACTIVO EN LA NÓMINA	<input type="checkbox"/>	PERSONAL ACTIVO POR HONORARIOS	<input type="checkbox"/>
PERSONAL ACTIVO TEMPORAL	<input type="checkbox"/>	PERSONAL ACTIVO DE CONFIANZA	<input type="checkbox"/>
MIEMBROS ASOCIADOS	<input type="checkbox"/>		
PERSONAL ACTIVO SINDICALIZADO	<input type="checkbox"/>	PERSONAL JUBILADO O EN RETIRO	<input type="checkbox"/> TRO: _____

GRUPO ASEGURADO	TOTAL DE ASEGURADOS	REGLA DE SUMA ASEGURADA	ACTIVIDAD/OCUPACIÓN	CONTRIBUCIÓN
SUBGRUPO 1:				%
SUBGRUPO 2:				%
SUBGRUPO 3:				%

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

SUBGRUPO 4:

PERIODO DE VIGENCIA**INICIO DE VIGENCIA (DD/MM/AAAA)****FIN DE VIGENCIA (DD/MM/AAAA)****BENEFICIOS****ELEGIR LOS SIGUIENTES BENEFICIOS POR CADA SUBGRUPO**

	SUBGRUPO1	SUBGRUPO2	SUBGRUPO3	SUBGRUPO4
MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PÉRDIDA DE MIEMBROS A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PERDIDA DE MIEMBROS B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUERTE EN ACCIDENTE DE TRABAJO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAGO ADICIONAL POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE SIN PERIODOS DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAGO ADICIONAL POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAGO ADICIONAL POR INVALIDEZ TOTAL TEMPORAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAGO ADICIONAL POR INVALIDEZ TOTAL TEMPORAL COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE SIN PERIODO DE ESPERA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE UNA CCIDENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENFERMEDADES GRAVES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GASTOS FUNERARIOS DE PADRES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OTRAS

	SUBGRUPO1	SUBGRUPO2	SUBGRUPO3	SUBGRUPO4
DESEMPLEO INVOLUNTARIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DESEMPLEO MANCOMUNADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DOTAL A CORTO PLAZO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEGURO DE RETIRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FIEL= FIRMA ELECTRÓNICA AVANZADA*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 Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) 01800-8303-676 o serviciopersonas.df@segurosvepormas.com

FORMA DE PAGO (**LA FORMA DE PAGO MENSUAL SÓLO PODRÁ HACERSE CON CARGO A TARJETA DE CRÉDITO Y DEBERÁ LLENAR LA SOLICITUD CORRESPONDIENTE)**

MENSUAL ****

TRIMESTRAL

SEMESTRAL

ANUAL

DE INTERÉS PARA EL 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 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.

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

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 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

AVISO DE PRIVACIDAD

SEGUROS VE POR MÁS, S.A., GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS, CON DOMICILIO EN PASEO DE LA REFORMA 243 PISO 16, COL. CUAUHTÉMOC, C.P. 06500, CIUDAD DE MÉXICO, 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.

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

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: atención.clientes@vepormas.com Y ADICIONALMENTE DEBE DE MARCARSE 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 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 PERSONALES SENSIBLES Y TRANSFERENCIA DE LOS MISMOS A TRAVÉS DE SU FIRMA AUTÓGRAFA O ELECTRÓNICA

SE ENTENDERÁ QUE EL 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.

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.

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 Vía correo electrónico

LUGAR Y FECHA (DD/MM/AA)

FIRMA DEL CONTRATANTE

DATOS DEL AGENTE

NO.	NOMBRE	DISTRIBUCIÓN
-----	--------	--------------

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

AGENTE

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? SÍ NO
INDIQUE CUÁL:

LUGAR Y FECHA (DD/MM/AA)

FIRMA DEL AGENTE

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.

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 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 % de enero de 20%, con el número 7 BSF!S00% !00(, !20%”

“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 7 CB8I SEF!00% % !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 Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) 01800-8303-676 o serviciopersonas.df@segurosvepormas.com

CONSENTIMIENTO DE ASEGURABILIDAD SEGURO DE VIDA GRUPO

Folio:

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.U.R.P.	Correo Electrónico		Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa)		
País de Nacimiento	Nacionalidad	Ocupación	Profesión	Giro	No.FIEL*	Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Estado Civil: Soltero(a) <input type="checkbox"/>	Fecha de ingreso al Empleo: (dd/mm/aa):		Sueldo Mensual que Percibe:		Núm.Empleado/Núm.Miembro:	
Casado(a) <input type="checkbox"/>	Divorciado(a) <input type="checkbox"/>	Viudo(a) <input type="checkbox"/>	Unión Libre <input type="checkbox"/>			

DOMICILIO DEL ASEGURADO

Calle	Número Ext.	Número Int.	Colonia	Delegación o Municipio	
Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono Particular	Teléfono de 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 señalar a 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.

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

Nombre completo beneficiario(s)	de(los) Domicilio completo beneficiario(s)	de(los)	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa)	Parentesco	Participación
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

DE INTERÉS PARA EL SOLICITANTE (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, 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.

Acepto que la presente orden de movimiento forma parte de la documentación contractual de mi seguro y que las modificaciones solicitadas surtan efecto a partir de que la presente sea aceptada expresamente por Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más. Todas las condiciones del seguro, excepto las que pido se modifiquen, quedarán sin alteración.

Las modificaciones se realizarán con un plazo no mayor a 30 días, excepto en aquellos en que se indique lo contrario.

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.

Firma del Solicitante Titular

Firma del Contratante

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

AVISO DE PRIVACIDAD

Seguros Ve Por Más, S.A., Grupo Financiero Ve Por Más, con domicilio en Paseo de la Reforma 243 Piso 16, Col Cuauhtémoc, C.P. 06500, Ciudad de México, 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 de marcarse 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 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 personales 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.

FIRMA DEL SOLICITANTE TITULAR

FIRMA DEL CONTRATANTE

El presente consentimiento forma parte integrante de su contrato de seguros, el cual, consta de: I) solicitud; II) carátula de póliza; III) condiciones generales; IV) endosos; V) certificados; VI) consentimientos; VII) recibos de pago, y folleto de derechos básicos, por lo que, invitamos a consultar las coberturas, exclusiones, restricciones y alcance de su póliza, en las propias condiciones generales y/o en nuestra página de internet www.vepormas.com

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

Se informa que el producto ligado a este consentimiento 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>

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 asesoria@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.

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".

"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 % de enero de 20% con el número 7 BSF!S00%!00(, !20% "

"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-00% %!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 Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) 01800-8303-676 o serviciopersonas.df@segurosvepormas.com

Datos de la Póliza		Vigencia de la Póliza	
Ramo/Subramo:	No. Póliza:	Desde	Hasta

Condiciones			
Edad de Aceptación:		Tipo de Dividendo:	
Edad de Cancelación:		Porcentaje de Dividendo:	
SAMI		Periodicidad de Dividendo:	
Porcentaje de Contribución:			

Esta Póliza queda sujeta a las Condiciones Generales y Endosos anexos

Endosos	Costo del Seguro	
	Total de Primas	\$
	Descuento	\$
	Prima Neta	\$
	Recargo Pago Fraccionado	\$
	Gastos de Expedición	\$
	Subtotal	\$
	I.V.A.	\$
	Prima Total	\$

Agente:

La presente carátula de póliza forma parte integrante de su contrato de seguros, el cual, consta de: I) solicitud; II) carátula de póliza; III) condiciones generales; IV) endosos; V) certificados; VI) consentimientos; VII) recibos de pago, y folleto de derechos básicos, por lo que, invitamos a consultar las coberturas, exclusiones, restricciones y alcance de su póliza, en las propias condiciones generales y/o en nuestra página de internet www.vepormas.com.

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación a esta solicitud 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 al teléfono 01-800-830-3676, en horario de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas; al correo electrónico "aclaraciones.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, teléfono (55)5340 0999 en la Ciudad de México y en el interior de la República al 01 800 999 80 80; correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx, o visite la página <http://www.condusef.gob.mx>.

En testimonio de lo cual SEGUROS VE POR MÁS, S.A. GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS firma el presente documento en la Ciudad de el día de de .

Datos de la Póliza		Vigencia de la Póliza	
Ramo/Subramo:	No. Póliza:	Desde	Hasta

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".

Artículo 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 treinta días que sigan al día que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o sus modificaciones.

"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 % de enero de 20% , con el número CNSF-S00%-00(, -20% ".

"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-00% % -02".

En testimonio de lo cual SEGUROS VE POR MÁS, S.A. GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS firma el presente documento en la Ciudad de el día de de .

Nombre del Contratante:	Ramo/Subramo:	Oficina:	Póliza Inicial:	Póliza:
Dirección:	Moneda:		Forma de pago:	
Vigencia de la Póliza				
Desde:		Hasta:		
Estado: R.F.C.:	C.P.:	ID Contratante:	Fecha de Emisión:	
Vigencia del Certificado				
Desde:		Hasta:		

SEGUROS VE POR MÁS, S.A. GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS cubre a los asegurados citados por las coberturas y beneficios contratados en los términos y condiciones de la póliza antes citada. El pago de la indemnización se hará siempre que el certificado se encuentre en vigor, de acuerdo a la póliza arriba mencionada.

Datos del Asegurado					
Nombre	Certificado	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Edad	Sexo

Detalle del Seguro		
Subgrupo	Suma Asegurada	Condiciones
		Edad de Aceptación Edad de Cancelación
Cobertura Básica	Alcance	Suma Asegurada
Coberturas Adicionales	Alcance	Suma Asegurada

En testimonio de lo cual SEGUROS VE POR MÁS, S.A. GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS firma el presente documento en la Ciudad de el día de de .

Datos de la Póliza		Vigencia del Certificado	
Ramo/Subramo:	No. Póliza:	Desde	Hasta

Coberturas Adicionales	Alcance	Suma Asegurada

Datos de los Beneficiarios		
Nombre	Parentesco	% de Participación

Esta Póliza queda sujeta a las Condiciones Generales y Endosos anexos

Endosos

En testimonio de lo cual SEGUROS VE POR MÁS, S.A. GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS firma el presente documento en la Ciudad de el día de de .

Datos de la Póliza		Vigencia del Certificado	
Ramo/Subramo:	No. Póliza:	Desde	Hasta

Agente:

El presente certificado forma parte integrante de su contrato de seguros, el cual, consta de: I) solicitud; II) carátula de póliza; III) condiciones generales; IV) endosos; V) certificados; VI) consentimientos; VII) recibos de pago, y folleto de derechos básicos, por lo que, invitamos a consultar las coberturas, exclusiones, restricciones y alcance de su póliza, en las propias condiciones generales y/o en nuestra página de internet www.vepormas.com.

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación a esta solicitud 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 al teléfono 01-800-830-3676, en horario de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas; al correo electrónico "aclaraciones.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, teléfono (55)5340 0999 en la Ciudad de México y en el interior de la República al 01 800 999 80 80; correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx, o visite la página <http://www.condusef.gob.mx>

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".

Artículo 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 treinta días que sigan al día que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o sus modificaciones.

Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios 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 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 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.

"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 % de enero de 20% , con el número CNSF-S00%-00(, -20% "

"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-00% % -02"

En testimonio de lo cual SEGUROS VE POR MÁS, S.A. GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS firma el presente documento en la Ciudad de el día de de .