

Folio:

Instrucciones

Este formato debe ser llenado y firmado por el contratante y solicitante 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(s)		Apellido paterno		Apellido materno	
Número de serie del certificado digital FIEL (cuando se cuente con ella)			Ocupación	Profesión	Giro
R.F.C.		C.U.R.P. (cuando se cuente con ella)		Correo electrónico	
País de nacimiento	Estado de nacimiento	Nacionalidad		Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	

Domicilio del contratante

Calle	Núm. ext.	Núm. int.	Colonia	Alcaldía o Municipio	
Ciudad	Estado	C.P.	Teléfono particular	Teléfono de oficina	

Coberturas

Cobertura	Amparada		Suma Asegurada	
Cáncer	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$50,000 <input type="checkbox"/> \$100,000	<input type="checkbox"/> \$250,000 <input type="checkbox"/> Otra: _____
Cáncer Mujer	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$50,000 <input type="checkbox"/> \$100,000	<input type="checkbox"/> \$250,000 <input type="checkbox"/> Otra: _____
Cáncer Hombre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$50,000 <input type="checkbox"/> \$100,000	<input type="checkbox"/> \$250,000 <input type="checkbox"/> Otra: _____
Ayuda diaria por hospitalización	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> \$1,000 <input type="checkbox"/> \$2,000 <input type="checkbox"/> \$3,000	<input type="checkbox"/> \$4,000 <input type="checkbox"/> Otra: _____

Forma de pago (la forma de pago mensual solo podrá hacerse mediante domiciliación)

Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual

En caso de que esta solicitud sea aceptada y se emita la póliza correspondiente, le recordamos que en caso de no cubrir el pago de la prima antes de que concluya el periodo de gracia mencionado en la póliza de seguro, tendrá como consecuencia la cancelación de la póliza, tal como lo establecen las condiciones generales.

Opciones de pago

Ofrecemos múltiples opciones de pago para que elijas la que más te convenga:

Tarjetas de crédito/débito	Pago Referenciado
Domiciliación (Micrositio) <input type="checkbox"/>	Transferencia bancaria <input type="checkbox"/>
Portal web <input type="checkbox"/>	Pago en ventanilla bancaria <input type="checkbox"/>
Centro de atención telefónica (CAT) <input type="checkbox"/>	

Datos del asegurado

Titular

Nombre <i>(apellido paterno, materno, nombre(s))</i>		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Fecha de nacimiento <i>(DD/MM/AAAA)</i>	
Domicilio:					
Calle	Núm. ext.	Núm. int.	Colonia	Alcaldía o Municipio	
Ciudad		Estado		C.P.	País
R.F.C.		Estado Civil		Estatura (mts)	Peso (kg)
Ocupación		Profesión		Giro	
Reconocimiento de antigüedad <i>(DD/MM/AAAA)</i>		Aseguradora		Número de Póliza	

Cuestionario Médico

Generales

1. ¿Fuma o ha fumado cigarrillos, puros, pipa y/o vapeadores?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿A qué edad comenzó a fumar?		
Clase, cantidad y frecuencia (actual):		
En caso de haberlo suspendido, ¿cuánto tiempo tiene sin fumar?		
2. ¿Ingiere bebidas alcohólicas?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cantidad por semana:		
3. ¿En el último año se le han practicado pruebas de laboratorio, estudios de imagen, electrocardiogramas, biopsia, entre otros?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Cuál(es)?		
Motivo:		
Resultados: Normal <input type="checkbox"/> Alterado <input type="checkbox"/>		
4. ¿Padece y/o ha padecido de alguna enfermedad?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Cuál(es)?		
Estado actual de salud:		
5. ¿Toma algún medicamento de manera recurrente?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Cuál(es) y para qué?		
6. ¿Ha sido hospitalizado?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, describa brevemente el motivo:		
7. ¿Se le ha practicado y/o tiene pendiente una cirugía u hospitalización?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, describa brevemente el motivo:		

Cáncer Mujer. Contestar esta sección únicamente si la cobertura a contratar es Cáncer Mujer

8. ¿Padece y/o ha padecido de enfermedades de senos, útero o matriz (incluyendo cérvix) y/u ovarios?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Especificar:		
9. ¿Algún familiar directo ha padecido cáncer en senos, útero o matriz (incluyendo cérvix) y/u ovarios?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Especificar:		
Parentesco y edad al momento del diagnóstico:		

10. ¿Se le ha diagnosticado Virus del Papiloma Humano (VPH)? Sí No

11. ¿Se ha realizado algún estudio en los últimos 2 años de Papanicolaou, mastografía o ultrasonido mamario o vaginal?
Sí No

En caso afirmativo especificar estudio:

Fecha del estudio:

Resultados del estudio: Normal Alterado

12. Del siguiente listado seleccione si ha presentado alguno de los siguientes antecedentes, signos o síntomas:

Masas o bultos mamarios	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sangrado intermenstrual	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Irritación o hundimiento mamario	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Retracción pezón	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dolor en las relaciones sexuales	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Uso de anticonceptivos hormonales	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cambios en piel	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sangrado después de la menopausia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Embarazos	Número de embarazos:
Salida de líquido o secreción por el pezón	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Pérdida de peso injustificada	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Lactancia	Tiempo de lactancia:

Cáncer Hombre. Contestar esta sección únicamente si la cobertura a contratar es Cáncer Hombre

13. ¿Padece y/o ha padecido de enfermedades de próstata, pene y/o testículos? Sí No

Especificar:

14. ¿Algún familiar directo ha padecido cáncer de próstata, pene y/o testículos?

Especificar:

Parentesco y edad al momento del diagnóstico:

15. ¿Le han realizado el antígeno prostático? Sí No

En caso afirmativo especificar fecha del estudio y resultado

16. Del siguiente listado seleccione si ha presentado alguno de los siguientes antecedentes, signos o síntomas:

Orinar en la noche	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sensación de no terminar de orinar	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Alteraciones al descenso testicular	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Dolor de huesos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Pérdida de peso injustificada	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Circuncisión	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Urgencia para orinar	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Disminución del chorro de orina	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tumorações en las ingles	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Disfunción eréctil	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sangre al orinar	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Agrandamiento de testículos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Cáncer. Contestar esta sección únicamente si la cobertura a contratar es Cáncer

17. ¿Padece o ha padecido de cáncer o tumores de cualquier clase? Sí No

¿Cuál(es)?

18. ¿Algún familiar directo suyo ha tenido cáncer? Sí No

Especificar:

Parentesco y edad al momento del diagnóstico:

19. ¿Padece y/o ha padecido de enfermedades de la sangre (linfomas o leucemias)? Sí No

¿Cuál(es)?

20. ¿En los últimos 6 meses ha presentado diarrea con sangre en las evacuaciones, con color amarillento en la piel y/o pérdida de peso injustificada? Sí No

Especificar:

21. ¿Ha presentado tos con flemas frecuentes de color amarillento, con sangre, acompañada de pérdida de peso injustificada durante los últimos 6 meses? Sí No

Especificar:

22. Del siguiente listado seleccione si ha presentado alguno de los siguientes signos o síntomas:

Diarrea	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Dificultad para orinar	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sangre en la orina	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hinchazones o bultos en el cuello	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Mareo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fiebre injustificada	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Estreñimiento	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hinchazones o bultos en axilas	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ronquera	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Moretones injustificados	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hinchazones o bultos en estómago	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Vómito	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cansancio grave	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Alteraciones en la piel	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Hinchazones o bultos en ingles	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nauseas	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Flemas con sangre	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Evacuaciones con sangre	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Pérdida o aumento de peso injustificado	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Ayuda diaria por hospitalización. Contestar esta sección únicamente si la cobertura a contratar es Ayuda diaria por hospitalización

23. ¿Practica algún deporte o afición? Sí No

¿Cuál(es)?

¿Cuántas veces a la semana?

¿De forma: profesional o recreativa?

¿Practica: paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, box, box thai, lucha libre, motonáutica y/o automovilismo?

24. Del siguiente listado seleccione si ha presentado alguno de los padecimientos, antecedentes, signos o síntomas:

Asma	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Bronquitis crónica	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Reflujo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
EPOC	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Enfermedades del corazón	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Inmunodeficiencia	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tuberculosis	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Afección arterias coronarias	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Embolias	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Infarto	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Colesterol elevado	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Sangre en orina	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Gastritis	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Triglicéridos elevados	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Alteraciones de columna	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Colitis	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Piedras en riñones	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cirugía de columna	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Diabetes	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Varices	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Enfermedad por Covid-19	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

25. ¿Es hipertenso? Sí No

¿Se encuentra controlado?

¿Qué medicamentos se administra?

¿Cuándo se realizó su diagnóstico?

26. ¿Padeció y/o padece trastornos congénitos y/o genéticos? Sí No

¿Cuál(es)?

27. ¿Ha tenido algún accidente grave (por ejemplo: choque automovilístico, accidente en moto, atropellamiento, caída de más de dos metros, envenenamiento y/o quemaduras)?

En caso afirmativo, describa brevemente el evento:

¿Presenta alguna secuela?: Sí No

En caso afirmativo, describa brevemente la afectación:

¿Deseas manifestar algún hecho importante o relevante adicional?

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 la información solicitada, la cual es la base 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 en términos de lo previsto por los artículos 8, 9 y 10 y en relación con el 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.

Por lo anterior, 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 que ésta le requiera.

Declaraciones adicionales del solicitante (leer antes de firmar)

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.

Asimismo, autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado pólizas, para que proporcionen a Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más, la información de su conocimiento, para la correcta evaluación de esta solicitud y a su vez a Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más, para que proporcione a cualquier otra empresa del ramo, la información que se derive de esta solicitud y de otras que sean de su conocimiento, a efecto de que pueda evaluar cualquier otra propuesta de contratación de seguro del sector que le sea solicitada por mi persona. Esta información puede ser requerida al momento de presentar este documento, en caso de fallecimiento o en cualquier momento en que Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más, lo considere oportuno.

Estoy de acuerdo con que, en caso de ser aceptada esta solicitud, la misma formará parte del contrato de seguro cuyas condiciones generales, me serán entregadas con el método elegido más adelante; mismas que declaro conocer y manifiesto me han sido explicadas y estoy de acuerdo con ellas.

En caso de solicitar la recepción de las condiciones generales vía correo electrónico, dichas condiciones generales se tendrán por recibidas desde el momento en que Seguros Ve Por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más realice su envío al solicitante; lo anterior en el entendido que el correo electrónico señalado en la presente solicitud, es consultado periódicamente por el solicitante y/o usuario de la cuenta o bien por una persona designada por el solicitante para recibirlas en su nombre; en consecuencia la recepción vía electrónica surtirá los mismos efectos que la entrega física de las condiciones generales de Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más hacia el solicitante de la póliza de seguro.

Igualmente acepto y autorizo a Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más para enviar al mencionado correo electrónico cualquier otra comunicación y/o notificación que pudiera derivar de la solicitud y en su caso contratación del seguro, incluyendo sin limitar: a) requerimientos de información; b) reclamaciones; c) póliza, d) endosos; e) rescisiones; f) procedencia e improcedencia de siniestros.

Cualquier cambio en la dirección de correo electrónico del solicitante, así como de Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más, deberá ser comunicado por escrito.

En caso de no hacerlo, todos los avisos, notificaciones y demás diligencias que se hagan se efectuarán en el correo electrónico indicado en esta solicitud y surtirán plenamente efectos. Finalmente, 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.

Estas preguntas deberán ser contestadas por el contratante (solo si se trata de Persona Física)

1. ¿Desempeñas o has 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 de la CDMX, 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 indica 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 o consultor financiero.

Sí No En caso afirmativo indica cuál _____

3. ¿Ha estado relacionado en algún proceso penal?

Sí No En caso afirmativo indica 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.

Artículo 25. 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 en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

Declaro de manera libre y espontánea, bajo protesta de decir la verdad, que los recursos destinados para el pago de la prima de seguro que en su caso se llegue a celebrar con motivo de la presente solicitud, son de procedencia lícita.

Aviso de privacidad

Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más, con domicilio en Paseo de la Reforma No. 243, Piso 16, Colonia 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: datospersonales@vepormas.com.mx, 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.

Este documento solo 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.

Apreciable solicitante, en caso de que sea aceptada su solicitud, le agradeceremos nos indique cuál es la mejor forma de recibir sus condiciones generales del contrato en cuestión. Le invitamos a sumarse al cuidado de la naturaleza evitando el uso del papel aceptando medio electrónico para su recepción.

Vía correo electrónico a la siguiente dirección _____

Impresión en papel

Lugar y Fecha en que se firma

Firma del Solicitante Titular

Firma del Contratante

En caso de minoría de edad del Solicitante Titular, se requiere el nombre y la firma de su Representante Legal.

Nombre del Representante Legal

Firma del Representante Legal

Parentesco o relación con el Solicitante

Datos del agente

No. de agente

Nombre

Distribución

1. ¿Tiene algún parentesco con el solicitante?

Indique cuál:

Sí

No

2. Informo que entrevisté al contratante y/o solicitante-titular de esta solicitud de seguro, así mismo cotejé contra original la información contenida en la identificación oficial y documentos que me fueron entregados para el trámite de este seguro.

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 con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía ubicada en Avenida Paseo de la Reforma, número 243 Piso 16, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06500, al teléfono 5511021919 u 800 8376 762 opción 0 y solicitar ser canalizado a la UNE de Seguros Bx+, en un 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, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03100, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y el interior de la República al 800 999 8080; correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.condusef.gob.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día a partir del día 06 de abril de 2022 con el número CNSF-S0016-0048-2022/CONDUSEF-005213-03.

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

SEGUROS VE POR MÁS, S.A. GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS cubre a los asegurados citados y los protege de acuerdo a las condiciones generales y endosos de este contrato en caso de accidente o enfermedad, conforme a las coberturas enumeradas y sumas aseguradas respectivas, siempre que el accidente o enfermedad se manifieste dentro de la vigencia de la póliza y no esté excluido en las estipulaciones del contrato.

Datos de los Asegurados

Nombre	Número de Asegurado	Fecha de Nacimiento	Fecha de antigüedad	Parentesco	Edad	Sexo

Detalle del Seguro

Seguro	Suma Asegurada	Deducible	Coaseguro	Características
				Región de la Póliza: Nivel Hospitalario Tope de Coaseguro: Honorarios Quirúrgicos:
Cobertura Básica	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 (nombre de la ciudad) el día (día) de (mes) del (año).

Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más
Paseo de la Reforma No. 243, Piso 16, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía
Cuauhtémoc C.P. 06500, Ciudad de México. Teléfono 11021800

www.vepormas.com; serviciopersonas.df@segurosvepormas.com
En caso de siniestros llama al 018008303676

FUNCIONARIO AUTORIZADO

Datos de los Beneficiarios (Cuando aplique)

Nombre	Parentesco	% de Participación

Datos de la Póliza

Vigencia de la Póliza

Ramo/Subramo:	No. Póliza:	Desde	Hasta

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 seguro, el cual, consta de: I) solicitud y cuestionarios; II) carátula de póliza; III) condiciones generales; IV) endosos; V) recibos de pago, y VI) folleto de derechos básicos, que están siendo entregadas por el medio indicado en la solicitud en un plazo no mayor a 30 días naturales, adicionalmente puede 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

En testimonio de lo cual SEGUROS VE POR MÁS, S.A. GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS firma el presente documento en la Ciudad de (nombre de la ciudad) el día (día) de (mes) del (año).

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

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

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

En caso de siniestros llama al 018008303676

FUNCIONARIO AUTORIZADO

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

Para cualquier aclaración o duda no resuelta en relación a esta solicitud de seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía al teléfono 800-8376-762 opción 0, 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 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 este seguro de gastos médicos, a partir de que el asegurado alcance una edad avanzada, las primas tendrán incrementos anuales que pueden ser cada vez más elevados, lo cual se debe a que la frecuencia y monto de reclamaciones de personas de esas edades se incrementa en forma importante. En este sentido, se advierte que, a partir de esas edades, el pago de primas de este seguro podría representar un esfuerzo financiero importante.

El periodo de gracia para el pago de la prima es de 30 (treinta) días, contado a partir de su vencimiento, en términos de lo establecido en las condiciones generales del producto.

“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 06 de abril de 2022, con el número CNSF-S0016-0048-2022” / CONDUSEF-005213-03.

En testimonio de lo cual SEGUROS VE POR MÁS, S.A. GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS firma el presente documento en la Ciudad de (nombre de la ciudad) el día (día) de (mes) del (año).

Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más
 Paseo de la Reforma No. 243, Piso 16, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía
 Cuauhtémoc C.P. 06500, Ciudad de México. Teléfono 11021800

www.vepormas.com; serviciopersonas.df@segurosvepormas.com
 En caso de siniestros llama al 018008303676

 FUNCIONARIO AUTORIZADO
 Página 4 de 4

ENDOSO DE SEGURO PARA GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL INDEMNIZATORIO

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

Tipo de Endoso:	Oficina	Subgrupo	Certificado
Contratante:			
Asegurado Titular:			

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 de sus modificaciones.

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía ubicada en Avenida Paseo de la Reforma, número 243 Piso 16, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06500, a los teléfonos 55 1102 1919 o al 800 8376 762 elegir la opción 0 y solicitar ser canalizado con la UNE, en un 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, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03100, teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y el interior de la Republica al 800 999 8080; correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.gob.mx/condusef.

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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 06 de abril de 2022, con el número CNSF-S0016-0048-2022/CONDUSEF-005213-03.

En testimonio de lo cual Seguros Ve Por Más, S.A., Grupo Financiero Ve Por Más firma el presente documento en (nombre de la ciudad), (nombre del estado), el día (fecha de emisión).

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

Paseo de la Reforma 243 Piso 16, Col. Cuauhtémoc, C.P.
06500, Alcaldía Cuauhtémoc, Tel. 800 830 3676

FUNCIONARIO AUTORIZADO

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