

SOLICITUD DE GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL

Folio:

ns			

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

ni espacios sin contest	ar. Este docume	nto no será válido con	tachaduras, enmenda	aduras y de lo dec	clarado no se ac	ceptan cam	nbios posteriores.
Datos Personales	del Contrata	nte					
Nombre(s)		Apellido I	Paterno		Apellido Ma	iterno	
Número de serie de	l certificado di	gital FIEL (cuando s	se cuente con ella)	Ocupación	Prof	fesión	Giro
R.F.C.		CURP (cuando se c	uente con ella)	Correo elec	ctrónico		
País de Nacimiento	N	acionalidad		Fecha de N	lacimiento (dd/mm/a	аааа)	
Domicilio del Con	tratante						
Domicilio: Calle	(3	No. Exterior	No. Interior	Colonia		
Código Postal	Delegación o	municipio	Ciudad		Estado		
Teléfono Particular		10	Teléfono Oficin	а			
Datos del Seguro	(Plan Nacion	al)		1	1		
1,000,000	00,000	$\begin{array}{c ccccccccccccccccccccccccccccccccccc$	Deducib Exceso 100,000 250,000 1,000,000 1,500,000	S Coaseguri	Alto 110,000 100,000 90,000	Medio 80,000 70,000 60,000	40,000
Beneficios Adicio	nales			0			
Gastos Funerarios** Enfermedades Graves Ayuda Diaria por Hosp		Multi-Región ☐ Protección ☐ Continua	Eliminación de Dedu por Accidente*** Disminución de Coa Enfermedades Grav	seguro en Enferr	C medad		nternacional nternacional ión
Nota: la elección del * Sólo se podrá eleg ** Al contratar este b ***No se podrá otorg Nota: si ha estado as solicitud la carátula o comprobante de pag	ir un sólo nivel peneficio debel gar esta cobert segurado con de la póliza en	hospitalario y un só rá hacer la designac ura si su deducible e otras compañías y re donde se indique la	olo monto de tabula ión de beneficiarios es de excesos. equiere reducir o el	dor. s en el apartado iminar los períod	del mismo no	ombre (pá	agina 5 de 6).
Forma de pago (***	**la forma de pa	go mensual sólo podrá	hacerse con cargo a t	arjeta de crédito y	deberá llenar la	a solicitud o	correspondiente)
Mensual	Tr	imestral	Semestr	al 🗌	Anua	ıl 🔲	
Opciones de pago)						
Ofrecemos múltiples Tarjetas de crédito Pago referenciado Cargo a cuenta de	o y débito 🔲	Domicili	•	□ F	Pago en línea Pago en venta		caria 🗆

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

Datos de los Asegurados										
Titular										
Nombre Completo						Sexo M [l F 🗆			acimiento /aaaa)
Domicilio: Calle			No. Exterior	No.	Interior	Colonia				Código Postal
Delegación o municipio		Ciuda	udad Estado			0		P	aís	
R.F.C.	Estado ci	vil	il Estatura (mts) Peso (kg			g) Ocupa	ación	Profesi	ión	Giro
Reconocimiento de Antigüedad (dd/mm/a aa)	Asegura	dora				Núm	ero de Pó	liza		
2º Solicitante										
Nombre Completo						Sexo M [l F□			acimiento /aaaa)
Domicilio: Calle			No. Exterior	No.	Interior	Colonia		,		Código Postal
Delegación o municipio		Ciuda	d	ı	Estad	0		P	aís	
R.F.C.	Estado ci	vil	Estatura (mts)	Peso (kg	g) Ocupa	ación	Profesi	ión	Giro
Reconocimiento de Antigüedad (dd/mm/aaaa)	Asegura	dora	'			Núm	ero de Pó	liza		
3° Solicitante		O								
Nombre Completo			7			Sexo M \square	l F 🗆			acimiento /aaaa)
Domicilio: Calle			No. Exterior	No.	Interior	Colonia	<u> </u>			Código Postal
Delegación o municipio		Ciuda	d		Estad	0		P	aís	
R.F.C.	Estado ci	vil	Estatura (mts)	Peso (kg	g) Ocupa	ación	Profesi	ión	Giro
Reconocimiento de Antigüedad (dd/mm/aaaa)	Asegura	dora	·			Núm	ero de Pó	liza		·
4º Solicitante										
Nombre Completo						Sexo M	F	Fecha (de	de N d/mm	acimiento /aaaa)
Domicilio: Calle			No. Exterior	No.	Interior	Colonia	2			Código Postal
Delegación o municipio		Ciuda	d		Estad	0	0	P	aís	
R.F.C.	Estado ci	vil	Estatura (mts)	Peso (kg	g) Ocupa	ación	Profesi	ión	Giro
Reconocimiento de Antigüedad (dd/mm/aaaa)	Asegura	dora				Núm	ero de Pó	liza		
5° Solicitante	1									
Nombre Completo						Sexo M	l F 🗆			acimiento /aaaa)
Domicilio: Calle			No. Exterior	No.	Interior	Colonia	<u> </u>			Código Postal
Delegación o municipio		Ciuda	d		Estad	0		P	aís	
R.F.C.	Estado ci	vil	Estatura (mts)	Peso (kg	g) Ocupa	ación	Profesi	ión	Giro
Reconocimiento de Antigüedad (dd/mm/aaaa)	Asegura	dora	1			Núm	ero de Pó	liza		'

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

Datos de los Asegurados											
Nombre Completo		Se	exo		Fec	ha de Na		0			
Domicilio: Calle	r Co	M oloni			(dd/mm/	aaaa) Código F	Postal				
Domicilo. Calle	Interio		JIOITI	ia			Jouigo F	UStai			
Delegación o municipio		Ciudad		Esta	ado				País		
R.F.C.	Estado ci	vil	Estatura (mts)	Peso	(kg)	Ocu	ıpación	Prof	esión	Giro	
December of Antique de d	A = = = = = = = = = = = = = = = = = = =	d =				N 1.4		Dálina			
Reconocimiento de Antigüedad (dd/mm/aaaa)	Asegura	dora				Nu	mero de	Poliza			
							200	20	10	=0	0.1
Cuestionario Médico					Titu	ılar	2° Solicitante	3° Solicitante	4° Solicitante	5° Solicitante	Otro Solicitante
					Si	Nο	Si No				
1. ¿Padece actualmente de alguna	enfermedad	12									
 ¿Está en algún tratamiento médio 			ción?								
3. ¿Se le han practicado pruebas de	laboratorio										
Electrocardiogramas, biopsia, en		on conción o	uirúraiga u baanital	orio?							
4. ¿Se le ha practicado y/o tiene progra5. ¿Ha recibido alguna transfusión o		ervencion q	ulrurgica u nospital	ana?							
6. ¿Padece o ha padecido enfermed		orazón?									
7. ¿Padece o ha padecido presión a											
8. ¿Padece o ha padecido enfermed											
(Tuberculosis, bronquitis, asma, r 9. ¿Padece o ha padecido enfermed											
Aneurismas, entre otros)?	aaaoo ao. o.		(varioss,								
10. ¿Padece o ha padecido enfermeda											
Estómago, intestinos, recto, vesícul 11. ¿Padece o ha padecido de enferi				os)?							
(Riñón, vejiga, próstata, entre otre		o Sisterna	geriitodririario			ш					
12. ¿Padece o ha padecido enferme	dades del si		vioso (epilepsia,	7 .							
Pérdida del conocimiento y/o atac											
13. ¿Padece o ha padecido enferme Óseo (huesos, músculos o articu		parato mu	sculo esquelético								
14. ¿Padece o ha padecido enferme	,	istema inn	nunológico (lupus	,		Zh.					
Púrpura, artritis reumatoide, entre		,					5_				
 ¿Padece enfermedades endocrir Hipertiroidismo, azúcar elevada, 											
16. ¿Padece o ha padecido enferme						▫▝					
Sífilis, entre otros)?		`				_		رعدا			
17. ¿Padece o ha padecido enfermed				a?							
18. ¿Padece o ha padecido enferme Trombosis, entre otros)?	dades vasci	ulares cer	ebraies (embolia,			Ш					
19. ¿Padece o ha padecido cualquie	r tipo de cár	ncer?									
20. ¿Se le ha diagnosticado o tiene i						6)					
Quistes, piedras, hernias o fibros											
21. ¿Tiene alguna anomalía de la vis 22. ¿Tiene algún mal congénito ó de											
23. ¿Le falta algún órgano y/o miemb		de él?									
24. ¿Fuma? Cigarro ☐ puro											
Cantidad Frecuencia											
25. ¿Consume bebidas alcohólicas?											
Cantidad de copas											
Frecuencia											

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

Cuestionario Médico	Titular	2° Solicitante	3° Solicitante	4° Solicitante	5° Solicitante	Otro Solicitante
26. ¿Hace uso de drogas o estimulantes? Clase Cantidad	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Frecuencia 27. ¿Practica algún deportes o afición de riesgo: motociclismo, buceo, paracaidismo, Alpinismo, equitación, box, lucha, artes marciales, charrería, entre otros?¿Cuál?						
28. ¿Viaja en o hace uso de vehículos motorizados como: motocicleta o Avión particular (vuelos no comerciales)? Frecuencia						
 Mujeres 29. ¿Padece o ha padecido enfermedades de los ovarios, de la matriz de las Glámdulas mamarias? 30. ¿Actualmente está embarazada? 						
¿De cuantos meses? 31. Indique el número de embarazos que ha tenido 32. Indique el número de partos que ha tenido						
33. ¿Le han practicado legrados, cesáreas o abortos?34. ¿Está o se ha sometido a tratamientos por infertilidad?						
En caso de que alguna respuesta sea afirmativa, deberá ampliar la in	nformaci	ón por c	ada soli	citante		
Titular y/o # de Solicitante Pregunta	¿Hace Enferm	cuánto pa nedad / ac	ideció la cidente?	Duració	n Estad	o actual
10/						
¿Desea manifestar algún hecho importante o relevante adicional?		1.				
		-(0)		>		
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, 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,

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

De interés para el solicitante (leer antes de firmar)

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. 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.

Designación de beneficiarios (en caso de que desee contratar la cobertura gastos funerarios o en el caso que el asegurado no pueda cobrar alguna indemnización, favor de designar a sus beneficiarios)

Advertencia: en el caso de que se de el nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que,en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombrará 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.

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 del titular.

Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno Del beneficiario	Domicilio completo de (los) Beneficiario(s)	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa)	Parentesco	Participación
1.				%
2.	1)×			%
3.).		%
4.		7		%
5.		12		%

Nota: en caso de que el asegurado titular llegase a fallecer y se tuviese algún importe pendiente de pago defivado de algún reembolso por gastos médicos cubiertos, dicho reembolso será entregado de acuerdo a la declaración de beneficiarios realizada en éste apartado.

Estas preguntas deberán ser contestadas sólo por el contratante (sólo si se trata de persona física)

Diputado local Ministro de la S IFE), Procurad	o federal, Dire Suprema Corte o or General de la	ctor General de la C.F.E., Director general de Pemex, Gobernador de Estado, Jefe de Gobierno del D.F., de Justicia de la Nación, Presidente de la República, Presidente de Partido Político Registrado en el INE (antes a República, Procurador de Justicia de los Estados, Secretario de Finanzas del Distrito Federal, Secretario de retario de Gobierno de los Estados, Senador (para extranjeros presidente o mandatario).
Sí 🗆	No 🗆	En caso afirmativo indique cual
Comerciante dagentes aduar	nal, casinos, lot	actividades? ciosos, antigüedades, joyas, objetos de arte, piedras preciosas, productos militares de alta sofisticación, erías, juegos de azar, centros nocturnos, distribución de armas, inmobiliaria, organizaciones de caridad, acción de armas, consultor financiero.
Sí 🗆	No 🗆	En caso afirmativo indique cual

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

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. Artículos 25 de la ley sobre el contrato de seguro: si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día que reciba la póliza, transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones. Esta solicitud es nula si carece de la firma del asegurado o por falsas o inexactas declaraciones contenidas en la solicitud, aún cuando estas no hayan influido en la causa del siniestro, previa lectura y debidamente enterado de las condiciones y oblicacion es que establece la solicitud del seguro, confirmo haber declarado los datos exactos para la correcta evaluación de la misma.

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

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 negocioso 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 ofreceny/o prestan, así como el desarrollo e implementación de procesos de análisis de información y estadísticos que se derivende 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 apartir 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 sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

<u>'</u>		
	•	a en el cuidado del ambiente y en la reducción del uso de papel. Le ales de tu producto por cualquiera de los siguientes medios.
En Papel 🗆	CD 🗆	Vía correo electrónico □

	Lugar y Fecha en que se Firma	Firma del Contratante	Firma del Solicitante Titu	ular
En ca	so de minoría de edad del Solicit	ante Titular, se requiere el nombre y la	firma de su Representa	nte Legal.
	Nombre del Representante Legal	Parentesco o relación con el Solicitante	Firma del Representant	e Legal
Datos	s del agente			
No. de	e agente Nombre			Distribucion
1. ¿Re	comienda usted a su cliente, tanto por	aspecto saludable como por su moralidad,	hábitos y reputación?	Sí No 🗆
2. ¿Tie	ene algún parentesco con el s olic itante Indique cuál:	?		Si □ No □
cot		atante y/o solicitante-titular de es on contenida en la identificación of te 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 a su 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 http://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 seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 26 de marzo de 2019, con el número CNSF-S0016-0132-2019./CONDUSEF-000889-07.



SOLICITUD DE GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL

Folio:

	10	0	•	PΙ	п	~	\sim		10	-	-
ı	n	3	ш	ш	u	u	u	U	ш	u	┝

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

TH COPACIOS SITI CONIC	otal. Lote do	Curricin	o no sera valido con ta	oriado	nao, crimen	aaat	arao y ao io acon	arado no	oc acc	pian cai	noido posteriores.
Datos Personale	es del Cont	ratant	te								
Nombre(s)			Apellido Pa	aterno)			Apellid	o Mate	erno	
Número de serie	del certificad	do digi	tal FIEL* (cuando se	cuer	nte con ella	a)	Ocupación		Profe	sión	Giro
R.F.C.		С	URP (cuando se cue	ente d	con ella)		Correo elect	rónico			
País de Nacimien	to	Nac	cionalidad				Fecha de Na		to mm/aa	aaa)	
*FIEL= Firma elec	trónica avan	zada									
Domicilio del Co	ontratante										
Domicilio: Calle		0	A	No.	Exterior	N	No. Interior	Coloni	a		
Código Postal	Delegacio	ón o m	unicipio	Ciu	dad			Estado)		
Teléfono Particula	ır		C	Tele	éfono Ofic	ina					
Datos del Segur	o (Plan Nac	cional		X							
1,000,000	,000,000 ,000,000 ,000,000	5,000 6,000 8,000	☐ 20,000 ☐ 40,00 ☐ 25,000 ☐ 45,00	00 00 00 00	Deduci Exces 100,00 250,00 500,00 1,000,00 1,500,00	os 0 [0 [10% 15% 20% 25% 1	Alto 110,0 100,0 90,0	00 🗆	Medio 80,000 70,000 60,000 50,000	50,000 C 40,000 C
Beneficios Adic	ionales								r		
Gastos Funerarios** Enfermedades Grav Ayuda Diaria por Ho	es es		Protección D p Continua D	or Aco Dismin	cidente*** ución de Co	oase	ible y Coaseguro eguro en Enferm s en el Extranjer	edad C	Co		Internacional [Internacional Internacional I
* Sólo se podrá ele ** Al contratar este ***No se podrá oto Nota: si ha estado	egir un sólo e beneficio c orgar esta co o asegurado óliza en Don	nivel h deberá obertu con o	rá ser única, no se p nospitalario y un sólo hacer la designació ra si su deducible es tras compañías y red indique la antigüeda	mon n de l de e quiere	to de tabul beneficiario xcesos. e reducir o	ado os e elin	or. en el apartado ninar los períod	del misi	no nor	nbre (pa	ágina 6 de 8). a esta solicitud
Forma de pago	(la forma de p	ago me	nsual sólo podrá hacer	se cor	n cargo a tar	jeta	de crédito y debe	erá llenai	r la solic	citud corr	respondiente)
Mensual		Trin	nestral 🗌		Semes	tral			Anual		
Opciones de pa	go										
Ofrecemos múltip Tarjetas de créo Cargo a cuenta	dito y débito		ago para que elija la Domiciliación Transferencia bano	•	☐ Pag	go e	nga: en línea en ventanilla ba	ancaria		Pago r	eferenciado 🗆
			Comurae Va nor Miss	C A	Cruno Fin		siana Va mar Ma				GMM 02

Datos de los Asegurados												
Titular												
Nombre Completo						Sex	2 -					imiento
Damiella Cella			Nia Eustanian	NI.	latanian		/ 🗆	F 🗆		(dd/mr		/
Domicilio: Calle			No. Exterior	INO.	interior	Colo	nıa				C	idigo Postal
Delegación o municipio		Ciudad	d		Estad	lo				País		
R.F.C.	Estado ci	vil	Estatura (mts) Peso (kg			g) O	cupac	ión	Profe	esión		Giro
Reconocimiento de Antigüedad (dd/mm/aaaa)	Asegura	dora				٨	lúmer	o de Pó	liza			
2º Solicitante						<u> </u>						
Nombre Completo						Sexc) // [F 🗆		na de l (dd/mr		imiento aaa)
Domicilio: Calle			No. Exterior	No.	Interior	Colo	nia		'		Cd	odigo Postal
Delegación o municipio	3	Ciudad	d		Estad	lo				País		
R.F.C.	Estado ci	vil	Estatura (mts)	Peso (ko	g) Od	cupac	ión	Profe	esión		Giro
Reconocimiento de Antigüedad (dd/mm/aaaa)	Asegura	dora				N	lúmer	o de Pó	liza			
3º Solicitante		N	•			'						
Nombre Completo			7-			Sexc) // 🔲	F 🗆		na de l (dd/mr		imiento aaa)
Domicilio: Calle		•	No. Exterior	No.	Interior	Colo	nia				Cć	odigo Postal
Delegación o municipio		Ciudad	d CV		Estad	lo				País		
R.F.C.	Estado ci	vil	Estatura (mts)	Peso (kg	g) O	cupac	ión	Profe	esión		Giro
Reconocimiento de Antigüedad (dd/mm/aaaa)	Asegura	dora				١	lúmer	o de Pó	liza			
4º Solicitante							<u> </u>					
Nombre Completo						Sexo		F		na de l (dd/mr		imiento aaa)
Domicilio: Calle			No. Exterior	No.	Interior	Colo)			Cć	odigo Postal
Delegación o municipio		Ciudad	d		Estad	lo	4	3		País		
R.F.C.	Estado ci	vil	Estatura (mts)	Peso (kg	g) Od	cupac	ión	Profe	esión		Giro
Reconocimiento de Antigüedad (dd/mm/aaaa)	Asegura	dora				٨	lúmer	o de Pó	liza			
5° Solicitante												
Nombre Completo						Sexc) // [F 🗆		na de l (dd/mr		imiento aaa)
Domicilio: Calle			No. Exterior	No.	Interior	Colo	nia				Cć	odigo Postal
Delegación o municipio		Ciudad	d		Estad	lo				País		
R.F.C.	Estado ci	vil	Estatura (mts)	Peso (kg	g) O	cupac	ión	Profe	esión		Giro
Reconocimiento de Antigüedad (dd/mm/aaaa)	Asegura	dora			1	N	Númer	o de Pó	liza			

Datos de los Asegurados												
Nombre Completo						Se	XO M	□ F[ha de Na (dd/mm/		0
Domicilio: Calle No. Exterior No. Inte				Interio	r Co	oloni		_	`	Código F	Postal	
Delegación o municipio		Ciudad			Esta	ado				País		
R.F.C.	Estado ci	vil	Estatura (mts)	Peso ((kg)	Ocu	pación	Prof	esión	Giro	
Reconocimiento de Antigüedad (dd/mm/asaa)	Asegura	dora					Nú	mero de	Póliza			
								00	30	40	F 0	Ohre
Cuestionario Médico Simplific	cado					Titul	ar	2° Solicitante	•		5° Solicitante	Otro Solicitante
						Si N	No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
1 ¿Actualmente padece de algu2 ¿Actualmente se encuentra	n tratamier	nto, terap		itacić	n?							
 ¿Se le han practicado estudio (Resonancia magnética, biop 	sia entre ot	ros)?										
4 ¿Ha estado hospitalizado o ti quirúrgica?												
 ¿Padece o ha padecido de en presión arterial alta, entre otra 	as)?											
6 ¿Padece o ha padecido de el (columna vertebral o cadera,7 ¿Padece o padecido de cánc	entre otras) er, o cualqu)? uier tipo	de tumor?									
8 ¿Padece o ha padecido de al como Hepatitis C, Lupus Erite entre otras?												
 ¿En caso de ser mujer algún o hermanas) han padecido cá 			o (abuela, m	adre,	tías							
En caso de haber contes trámite de solicitud del se Aplica para cada uno de l	eguro, se	rá nec	esario co									
Cuestionario Médico Comple	mentario					Titul	lar	2° Solicitante	3° Solicitante	4° Solicitante	5° Solicitante	Otro Solicitant
 ¿Padece actualmente de alguna ¿Está en algún tratamiento médi ¿Se le han practicado pruebas d 	ico, terapia d le laboratorio	rehabilit				_ = :	No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Electrocardiogramas, biopsia, entre otros? 4. ¿Se le ha practicado y/o tiene programada una intervención quirúrgica u hospitalaria? 5. ¿Ha recibido alguna transfusión de sangre? 6. ¿Padece o ha padecido enfermedades del corazón? 7. ¿Padece o ha padecido presión arterial alta? 8. ¿Padece o ha padecido enfermedades de las vías respiratorias				aria?								
	perculosis, bronquitis, asma, neumonía, entre otros)? dece o ha padecido enfermedades del sistema circulatorio (várices,											

Aneurismas, entre otros)?

Cuestionario Médico Complementario	Titular	2° Solicitante	3° Solicitante	4° Solicitante	5° Solicitante	Otro Solicitante
10. ¿Padece o ha padecido enfermedades del aparato digestivo (esófago,	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No
Estómago, intestinos, recto, vesícula biliar, hígado, páncreas, bazo, entre otros)? 11. ¿Padece o ha padecido de enfermedades del sistema genitourinario (Pigón veiga próctato entre etros)?						
(Riñón, vejiga, próstata, entre otros)? 12. ¿Padece o ha padecido enfermedades del sistema nervioso (epilepsia,						
Pérdida del conocimiento y/o ataques, entre otros)? 13. ¿Padece o ha padecido enfermedades del aparato musculo esquelético						
Óseo (huesos, músculos o articulaciones)? 14. ¿Padece o ha padecido enfermedades del sistema inmunológico (lupus, Púrpura, artritis reumatoide, entre otros)?						
15. ¿Padece enfermedades endocrinas o metabólicas (diabetes, tiroides, Hipertiroidismo, azúcar elevada, colesterol, ácido úrico, entre otros)?						
16. ¿Padece o ha padecido enfermedades transmisibles (hepatitis, sida, Sífilis, entre otros)?						
 17. ¿Padece o ha padecido enfermedades de la piel (vitíligo o cualquier otra? 18. ¿Padece o ha padecido enfermedades vasculares cerebrales (embolia, Trombosis, entre otros)? 						
19. ¿Padece o ha padecido cualquier tipo de cáncer?20. ¿Se le ha diagnosticado o tiene indicios de la existencia de tumores,						
Quistes, piedras, hernias o fibrosis quística? 21. ¿Tiene alguna anomalía de la vista o audición? 22. ¿Tiene algún mal congénito ó deformidad? 23. ¿Le falta algún órgano y/o miembro o parte de él? 24. ¿Fuma? Cigarro puro puro						
Cantidad						
Frecuencia 25. ¿Consume bebidas alcohólicas?						
Cantidad de copas						
Frecuencia 26. ¿Hace uso de drogas o estimulantes?						
Clase						
Cantidad Frecuencia		7.				
27. ¿Practica algún deportes o afición de riesgo: motociclismo, buceo, paracaidismo, Alpinismo, equitación, box, lucha, artes marciales, charrería, entre otros?¿Cuál?			DO			
28. ¿Viaja en o hace uso de vehículos motorizados como: motocicleta o Avión particular (vuelos no comerciales)? Frecuencia						
Mujeres 29. ¿Padece o ha padecido enfermedades de los ovarios, de la matriz de las						
Glámdulas mamarias? 30. ¿Actualmente está embarazada? ¿De cuantos meses?						
31. Indique el número de embarazos que ha tenido 32. Indique el número de partos que ha tenido 33. ¿Le han practicado legrados, cesáreas o abortos? 34. ¿Está o se ha sometido a tratamientos por infertilidad?						

En caso de	En caso de que alguna respuesta sea afirmativa, deberá ampliar la información por cada solicitante								
Titular y/o # de Solicitante	Núm Pregunta	Cantidad y/o frecuencia	Enfermedad/ accidente	¿Hace cuánto padeció la Enfermedad / accidente?	Duración	Estado actual			
¿Desea mai	nifestar a	gún hecho	o importante o relevante adicional?						

RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD

En caso de solicitar reconocimiento de antigüedad favor de anexar la "carta de reconocimiento de antigüedad" expedida por la aseguradora anterior, la cual deberá contener la fecha de antigüedad de cada uno de los integrantes a reconocer, o en caso de no presentar la "carta de reconocimiento de antigüedad", será necesario entregar la carátula de póliza de la aseguradora anterior, misma que deberá contener la fecha de antigüedad para cada uno de los integrantes a reconocer y el último comprobante de pago de la póliza.

Importante: El reconocimiento de antigüedad podrá hacerse válido siempre y cuando el asegurado en cuestión no tenga un periodo al descubierto mayor a 30 días entre la fecha de baja de la aseguradora anterior y la fecha de solicitud de contratación del seguro en Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más.

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 conocer los en forma verídica almomento de firmar, en la inteligencia que la omisión o inexacta o falsa de claración 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 aseguado (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 deacuerdo 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, aefecto 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 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 oblígaciones que establece la solicitud de gastos médicos mayores, confirmo haber declarado los datos exactos para la correcta evaluación de la misma.

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

Designación de beneficiarios (en caso de que desee contratar la cobertura gastos funerarios o en el caso que el asegurado no pueda cobrar alguna indemnización, favor de designar a sus beneficiarios)

Advertencia: en el caso de que desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben 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.

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 estamentaria del titular.

Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno Del beneficiario	Domicilio completo de (los) Beneficiario(s)	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa)	Parentesco	Participación
1.				%
2.	'			%
3.				%
4.	(0)			%
5.	1 0.			%

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.

Estas preguntas deberán ser contestadas sólo por el contratante (sólo si se trata de persona física)

LStas pregui	itas deberait se	i contestadas solo por el contratan	ite (solo si se trata de persona risica)				
Diputado local o Ministro de la S (antes IFE), Pro-	o federal, Director (Suprema Corte de curador General de	Justicia de la Nación, Presidente de la Re e la República, Procurador de Justicia de lo	nio actual o anterior? Pemex, Gobernador de Estado, Jefe de Gobierno de la CDM2 epública, Presidente de Partido Político Registrado en el INI os Estados, Secretario de Finanzas de la CDMX, Secretario d para extranjeros presidente o mandatario).				
Sí 🗆	No 🗆	En caso afirmativo indique cual					
2. ¿Realiza alguna de estas actividades? Comerciante de: metales preciosos, antigüedades, joyas, objetos de arte, piedras preciosas, productos militares de alta sofisticación, agentes aduanal, casinos, loterías, juegos de azar, centros nocturnos, distribución de armas, inmobiliaria, organizaciones de caridad, pirámides, prestamistas, producción de armas, consultor financiero.							
Sí 🗆	No 🗆	En caso afirmativo indique cual					

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. Artículos 25 de la ley sobre el contrato de seguro: si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día que reciba la póliza, transcurrido este plazo de considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones. Esta solicitud es nula si carece de la firma de la segurado o por falsas o inexactas declaraciones contenidas en la solicitud, aún cuando estas no hayan influido en la causa del siniestro, previa lectura y debidamente enterado delas condiciones y oblicacion es que establece la solicitud del seguro, confirmo haber declarado los datos exactos para la correcta evaluación de la misma.

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

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 negocioso 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 apartir 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 personal es 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 sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna
de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la
aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

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 🗆	Vía correo electrónico □				

	Lugar y Fecha en que se Firma	gar y Fecha en que se Firma Firma del Contratante Fi		
En cas	so de minoría de edad del Solici	tante Titular, se requiere el nombre y l	a firma de su Representa	nte Legal.
	Nombre del Representante Legal	Parentesco o relación con el Solicitante	Firma del Representant	e Legal
Datos	del agente			
No. de	agente Nombre			Distribucion
1. ¿Red	comienda usted a su cliente, tanto po	r aspecto saludable como por su moralidad	l, hábitos y reputación?	Sí No 🗆
2. ¿Tier	ne algún parentesco con el solicitante Indique cuál:	e?		Si 🗌 No 🗍
cote	•	atante y/o solicitante-titular de es ón contenida en la identificación o te 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 a su 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.como 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 http://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 seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 26 de marzo de 2019, con el número CNSF-S0016-0132-2022./CONDUSEF-000889-07.



PÓLIZA DE SEGURO PARA GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL/FAMILIAR

Nombre del Contratante:				Ran	no/Subramo:	Oficina:	Póli	iza Inicia	l: l	Póliza:
Discosión					Moneda	•		Forma	de pag	JO:
Dirección:						Vigencia de	la D	áliza		
					Desde:	vigencia de	ia F		asta:	
					Desue.	-			asia.	
Catada	C.F	ъ.			ID Controto				la Finsia	
Estado: R.F.C.:	C.F	P.:	-		ID Contrata	nte:		Fecha c	ie Emis	ion:
SEGUROS VE POR MÁS, S.A. O										
las condiciones generales y endos										
y sumas aseguradas respectivas, excluido en las estipulaciones del		accide	ente o enterr	nedad	i se manifieste	dentro de la	vigen	cia de la	poliza	/ no este
excluido em las estipulaciones del	♦	Dot	oo do loo A		radaa					
			os de los A							
Nombre	Número d	_	Fecha o Nacimie		Fecha de	Parente	sco	Edad	S	exo
	Asegurad	0	Nacimie	nto	antigüedad					
	CY.									
	7/									
	1/0)								
		V.								
			7							
			6.							
			Detalle del	Segu	ro					
Seguro	Suma Asegu	rada	Deducil	ble	Coaseguro		Cara	acterístic	as	
						Región de la	a Póliz	za:		
						Nivel Hospi				
						Tope de Coaseguro:				
						Honorarios				
Cobertura Básica				ance	Y	/2	Suma	a Asegur	ada	
Cuarto y Alimentos	:		o Estándar	_		·O.				
Visitas Médicas			de Honorari			4/	*			
Intervenciones Quirúrgicas		Tabla de Honorarios Quirúrgicos			200/ 11		.			
Honorarios de Anestesiólogo		Incluida			30% Honor	arios	Quirurgio	os		
Segunda Opinión Médica		Incluida			ļ	M/ 1 00	I'			
Honorarios de Enfermera		Incluid				Máximo 30	aias r	aturales		
Ambulancia Terrestre		Incluid		_						
Ambulancia Aérea	20% de Coasegu			U	ļ	100/ da la C	,,,,,,,,	٨٥٥٥٠٠٠	40	
Prótesis y Aparatos Ortopédicos Protección Dental	Incluida Incluida			10% de la Suma Asegurada Hasta \$120,000				ıd		
Asistencia al Viajero	÷	Incluid			ļ	Descrito en		ondiciona	s Cana	aralas
Asserbia ai viajelu	İ			ducible	v v 0% do	DESCUITO GII	ias U	oi iuioioi le	o Gene	זו מוכט
Emergencia en el Extranjero	50 Dólares de Deducible y 0% de Coaseguro			y ∪ /o u e	50,000 Dólares					

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 .

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

Paseo de la Reforma No. 243, Piso 16, Colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc C.P. 06500, Ciudad de México. Teléfono 11021800 www.vepormas.com; serviciopersonas.df@segurosvepormas.com En caso de siniestros llama al 018008303676



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

		-
Coberturas Adicionales	Alcance	Suma Asegurada
V		
/) +		
'//		
O _A		
1		
	D	
	N.	
· ·		
	CV A	
	'/).	
	'/^	
	•	
		CYX.
		7//
		4/ /

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 .

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



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

Datos de los Beneficiarios				
Nombre	Parentesco	% de Participación		
/ -				

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	\$		
	LV.A.	\$		
	Prima Total	\$		

Agente:

La presente carátula de póliza forma parte integrante de su contrato de seguros, el cual, consta de: I) solicitud y cuestionarios; II) carátula de póliza; III) condiciones generales; IV) endosos; V) 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 No. 243, Piso 16, Colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06500, o 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 No. 762, Colonia Del Valle, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03100, teléfono (55)5340 0999 en la Ciudad de México y el interior de la República al 01 800 999 8080; correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx, o visite la página http://www.gob.mx/condusef

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 .

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

Paseo de la Reforma No. 243, Piso 16, Colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc C.P. 06500, Ciudad de México. Teléfono 11021800 www.vepormas.com; serviciopersonas.df@segurosvepormas.com En caso de siniestros llama al 018008303676



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

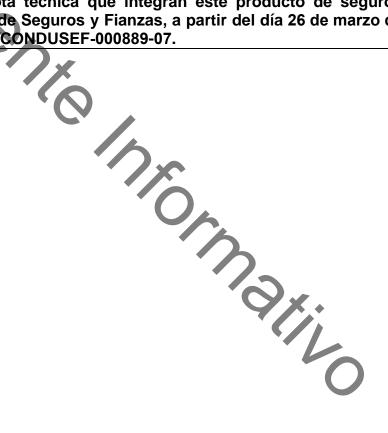
Se hace del conocimiento de nuestros clientes que podrán consultar todos los preceptos y referencias legales mencionadas en el contrato, en nuestra página de internet "http://www.vepormas.com", Condiciones Generales, sección, Anexo denominado "Preceptos Legales".

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.

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 representarle un esfuerzo financiero importante.

"De acuerdo con mi elección, acepto que la Institución me ha hecho entrega de las Condiciones Generales del presente contrato".

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 26 de marzo de 2019, con el número CNSF-S0016-0132-2019./CONDUSEF-000889-07.



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 .

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