

Instrucciones

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

Datos 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.		CURP (cuando se cuente con ella)		Correo electrónico	
País de Nacimiento		Nacionalidad		Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	

Domicilio del Contratante

Domicilio: Calle		No. Exterior	No. Interior	Colonia
Código Postal	Delegación o municipio		Ciudad	Estado
Teléfono Particular		Teléfono Oficina		

Datos del Seguro (Plan Nacional)

Suma Asegurada		Deducible Tradicional			Deducible Excesos	Coaseguro	Nivel Hospitalario y Monto de Tabulador*						
		5,000	15,000	35,000			Alto	Medio	Estándar				
500,000	<input type="checkbox"/>	30,000,000	<input type="checkbox"/>	6,000	<input type="checkbox"/>	100,000	<input type="checkbox"/>	110,000	<input type="checkbox"/>	80,000	<input type="checkbox"/>	50,000	<input type="checkbox"/>
1,000,000	<input type="checkbox"/>	35,000,000	<input type="checkbox"/>	8,000	<input type="checkbox"/>	250,000	<input type="checkbox"/>	100,000	<input type="checkbox"/>	70,000	<input type="checkbox"/>	40,000	<input type="checkbox"/>
2,000,000	<input type="checkbox"/>	45,000,000	<input type="checkbox"/>	10,000	<input type="checkbox"/>	500,000	<input type="checkbox"/>	90,000	<input type="checkbox"/>	60,000	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3,000,000	<input type="checkbox"/>	50,000,000	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	1,000,000	<input type="checkbox"/>	70,000	<input type="checkbox"/>	50,000	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5,000,000	<input type="checkbox"/>	75,000,000	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	1,500,000	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
10,000,000	<input type="checkbox"/>	100,000,000	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
20,000,000	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Beneficios Adicionales

Gastos Funerarios**	<input type="checkbox"/>	Multi-Región	<input type="checkbox"/>	Eliminación de Deducible y Coaseguro por Accidente***	<input type="checkbox"/>	Cobertura Internacional	<input type="checkbox"/>
Enfermedades Graves	<input type="checkbox"/>	Protección Continua	<input type="checkbox"/>	Disminución de Coaseguro en Enfermedad	<input type="checkbox"/>	Cobertura Internacional y Multi-Región	<input type="checkbox"/>
Ayuda Diaria por Hospitalización	<input type="checkbox"/>			Enfermedades Graves en el Extranjero	<input type="checkbox"/>		

Nota: la elección del deducible deberá ser única, no se podrá seleccionar un deducible tradicional y un deducible de excesos.

* Sólo se podrá elegir un sólo nivel hospitalario y un sólo monto de tabulador.

** Al contratar este beneficio deberá hacer la designación de beneficiarios en el apartado del mismo nombre (página 5 de 6).

***No se podrá otorgar esta cobertura si su deducible es de excesos.

Nota: si ha estado asegurado con otras compañías y requiere reducir o eliminar los períodos de espera, anexe a esta solicitud la carátula de la póliza en donde se indique la antigüedad de cada asegurado, condiciones de aseguramiento y el comprobante de pago de las mismas.

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

Opciones de pago

Ofrecemos múltiples opciones de pago para que elija la que más le convenga:

Tarjetas de crédito y débito	<input type="checkbox"/>	Domiciliación	<input type="checkbox"/>	Pago en línea	<input type="checkbox"/>
Pago referenciado	<input type="checkbox"/>	Transferencia bancaria	<input type="checkbox"/>	Pago en ventanilla bancaria	<input type="checkbox"/>
Cargo a cuenta de cheques	<input type="checkbox"/>				

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

GMM 02

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

1/7

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.				%
3.				%
4.				%
5.				%

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)**1. ¿Desempeña o ha 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 del D.F., 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 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 _____

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

GMM 02

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 5/7

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 obligación 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 negocios 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, 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.

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

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 6/7

Lugar y Fecha en que se Firma

Firma del Contratante

Firma del Solicitante Titular

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

Nombre del Representante Legal

Parentesco o relación con el Solicitante

Firma del Representante Legal

Datos del agente

No. de agente	Nombre	Distribucion
---------------	--------	--------------

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? Si No

Indique cuál: _____

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

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.

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

GMM 02

7/7

Instrucciones

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

Datos 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.	CURP (cuando se cuente con ella)		Correo electrónico		
País de Nacimiento	Nacionalidad		Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)		

*FIEL= Firma electrónica avanzada

Domicilio del Contratante

Domicilio: Calle		No. Exterior	No. Interior	Colonia
Código Postal	Delegación o municipio	Ciudad		Estado
Teléfono Particular		Teléfono Oficina		

Datos del Seguro (Plan Nacional)

Suma Asegurada		Deducible Tradicional			Deducible Excesos	Coaseguro	Nivel Hospitalario y Monto de Tabulador*		
							Alto	Medio	Estándar
500,000 <input type="checkbox"/>	30,000,000 <input type="checkbox"/>	5,000 <input type="checkbox"/>	15,000 <input type="checkbox"/>	35,000 <input type="checkbox"/>	100,000 <input type="checkbox"/>	10% <input type="checkbox"/>	110,000 <input type="checkbox"/>	80,000 <input type="checkbox"/>	50,000 <input type="checkbox"/>
1,000,000 <input type="checkbox"/>	35,000,000 <input type="checkbox"/>	6,000 <input type="checkbox"/>	20,000 <input type="checkbox"/>	40,000 <input type="checkbox"/>	250,000 <input type="checkbox"/>	15% <input type="checkbox"/>	100,000 <input type="checkbox"/>	70,000 <input type="checkbox"/>	40,000 <input type="checkbox"/>
2,000,000 <input type="checkbox"/>	45,000,000 <input type="checkbox"/>	8,000 <input type="checkbox"/>	25,000 <input type="checkbox"/>	45,000 <input type="checkbox"/>	500,000 <input type="checkbox"/>	20% <input type="checkbox"/>	90,000 <input type="checkbox"/>	60,000 <input type="checkbox"/>	
3,000,000 <input type="checkbox"/>	50,000,000 <input type="checkbox"/>	10,000 <input type="checkbox"/>	30,000 <input type="checkbox"/>	50,000 <input type="checkbox"/>	1,000,000 <input checked="" type="checkbox"/>	25% <input type="checkbox"/>	70,000 <input type="checkbox"/>	50,000 <input type="checkbox"/>	
5,000,000 <input type="checkbox"/>	75,000,000 <input type="checkbox"/>				1,500,000 <input type="checkbox"/>				
10,000,000 <input type="checkbox"/>	100,000,000 <input type="checkbox"/>								
20,000,000 <input type="checkbox"/>									

Beneficios Adicionales

Gastos Funerarios** <input type="checkbox"/>	Multi-Región <input type="checkbox"/>	Eliminación de Deducible y Coaseguro por Accidente*** <input type="checkbox"/>	Cobertura Internacional <input type="checkbox"/>
Enfermedades Graves <input type="checkbox"/>	Protección Continua <input type="checkbox"/>	Disminución de Coaseguro en Enfermedades Graves en el Extranjero <input type="checkbox"/>	Cobertura Internacional y Multi-Región <input type="checkbox"/>
Ayuda Diaria por Hospitalización <input type="checkbox"/>			

Nota: la elección del deducible deberá ser única, no se podrá seleccionar un deducible tradicional y un deducible de excesos.

* Sólo se podrá elegir un sólo nivel hospitalario y un sólo monto de tabulador.

** Al contratar este beneficio deberá hacer la designación de beneficiarios en el apartado del mismo nombre (página 6 de 8).

***No se podrá otorgar esta cobertura si su deducible es de excesos.

Nota: si ha estado asegurado con otras compañías y requiere reducir o eliminar los períodos de espera, anexe a esta solicitud la carátula de la póliza en Donde se indique la antigüedad de cada asegurado, condiciones de aseguramiento y el comprobante de pago de las mismas.

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

Opciones de pago

Ofrecemos múltiples opciones de pago para que elija la que más le convenga:

Tarjetas de crédito y débito Domiciliación Pago en línea Pago referenciado
Cargo a cuenta de cheques Transferencia bancaria Pago en ventanilla bancaria

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

GMM 02

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

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

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.				%
5.				%

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)

1. ¿Desempeña o ha 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 de la CDMX, Secretario de Finanzas de los Estados, Secretario de Gobierno de los Estados, Senador (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 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 obligación 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 negocio 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, 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

Firma del Contratante

Firma del Solicitante Titular

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

Nombre del Representante Legal

Parentesco o relación con el Solicitante

Firma del Representante Legal

Datos del agente

No. de agente	Nombre	Distribucion
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: _____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

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

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-S0016-0132-2022./CONDUSEF-000889-07.

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:	

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
Cuarto y Alimentos	Privado Estándar	
Visitas Médicas	Tabla de Honorarios Quirúrgicos	
Intervenciones Quirúrgicas	Tabla de Honorarios Quirúrgicos	
Honorarios de Anestesiólogo	Incluida	30% Honorarios Quirúrgicos
Segunda Opinión Médica	Incluida	
Honorarios de Enfermera	Incluida	Máximo 30 días naturales
Ambulancia Terrestre	Incluida	
Ambulancia Aérea	20% de Coaseguro	
Prótesis y Aparatos Ortopédicos	Incluida	10% de la Suma Asegurada
Protección Dental	Incluida	Hasta \$120,000
Asistencia al Viajero	Incluida	Descrito en las Condiciones Generales
Emergencia en el Extranjero	50 Dólares de Deducible y 0% de Coaseguro	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

FUNCIONARIO AUTORIZADO

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	\$
	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 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 .

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

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

FUNCIONARIO AUTORIZADO