

Folio:

INSTRUCCIONES

Este formato debe ser llenado y firmado por el Contratante y Solicitante 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 DEL CONTRATANTE (SI ES DIFERENTE DEL SOLICITANTE)

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)	
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a)	<input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Unión Libre	<input type="checkbox"/> Divorciado (a)
R.F.C.	C.U.R.P. (Sólo en caso de contar con él)		País de Nacimiento	Nacionalidad	
Ocupación, Profesión o Giro		No. FIEL	Relación con el Solicitante	Correo electrónico	
Domicilio del Contratante					
Calle	Núm. Exterior	Núm. Int.	Colonia	Alcaldía o municipio	
Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono Particular	Teléfono Oficina	

DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)	
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	Edad	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a)	<input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Unión Libre	<input type="checkbox"/> Divorciado (a)
R.F.C.	C.U.R.P. (Sólo en caso de contar con él)		País de Nacimiento	Nacionalidad	
Peso (KG)	Estatura (MTS)	Correo electrónico*	Ocupación, Profesión o Giro	Equipo que trabaja y material que utiliza	
Domicilio del Solicitante					
Calle	Núm. Exterior	Núm. Int.	Colonia	Alcaldía o municipio	
Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono Particular	Teléfono Oficina	
Nombre de la empresa donde trabaja		Puesto y en qué consisten sus labores		Ingresos mensuales	
Domicilio de la empresa donde trabaja				Giro de la empresa	

PLAN SOLICITADO

Plan	<input type="checkbox"/> 5 Años	<input type="checkbox"/> 10 Años	<input type="checkbox"/> 15 Años	<input type="checkbox"/> 20 Años
Plazo del Pago de Primas	Suma Asegurada contratada	Moneda <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Dólares <input type="checkbox"/> UDI		

Si cuenta con otra póliza en Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más, indicar su número de póliza Seguro Individual. En caso de contar con Seguro de Vida Grupo, No. de Póliza y Certificado.

Número de Póliza: _____ Número de Certificado: _____

*En caso de que sea aceptada esta solicitud, el Correo Electrónico deberá ser necesariamente el del Solicitante, ya que será a donde se enviarán los estados de cuenta, en caso de tener un fondo de administración activo (dotales vencidos).

BENEFICIOS ADICIONALES

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Muerte Accidental (MA) | <input type="checkbox"/> Pago Adicional de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente (PADI) |
| <input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas (DI) | <input type="checkbox"/> Exención de pago de Primas por Invalidez Total y Permanente (EXI) |
| <input type="checkbox"/> Doble Indemnización por Muerte Accidental colectiva y Pérdidas Orgánicas colectiva (TIA) | <input type="checkbox"/> Servicios de Asistencia Bx+ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Graves | |

FORMA DE PAGO

- Anual Semestral Trimestral Mensual

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

OPCIONES DE PAGO

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

Tarjetas de crédito/débito

- Domiciliación (Micrositio)
 Portal web
 Centro de atención telefónica (CAT)

Pago Referenciado

- Transferencia Bancaria
 Pago en ventanilla bancaria

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre 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 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.

NOMBRE COMPLETO DEL (LOS) BENEFICIARIO (S)	DOMICILIO COMPLETO DEL (LOS) BENEFICIARIO (S)	FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)	PARENTESCO	PARTICIPACIÓN %
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

CUESTIONARIO MÉDICO

	Si	No
1. ¿Padece actualmente de alguna enfermedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Está en algún tratamiento médico, terapia o rehabilitación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Se le han practicado pruebas de laboratorio, estudios de imagen, electrocardiogramas, biopsia, u otros (especificar)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Se le ha practicado y/o tiene programada una intervención quirúrgica u hospitalaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha recibido alguna transfusión de sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Padece o ha padecido enfermedades del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Padece o ha padecido presión arterial alta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Padece o ha padecido enfermedades de las vías respiratorias (tuberculosis, bronquitis, asma, neumonía, entre otros)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Padece o ha padecido enfermedades del sistema circulatorio (várices, aneurismas, entre otros)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Padece o ha padecido enfermedades del aparato digestivo (esófago, estómago, intestinos, recto, vesícula biliar, hígado, páncreas, bazo, entre otros)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Padece o ha padecido de enfermedades del sistema genitourinario (riñón, vejiga, próstata, entre otros)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Padece o ha padecido enfermedades del sistema nervioso (epilepsia, pérdida del conocimiento y/o ataques, entre otros)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Padece o ha padecido enfermedades del aparato musculo esquelético óseo (huesos, músculos o articulaciones, columna vertebral, pérdida de algún miembro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Padece o ha padecido enfermedades del sistema inmunológico (lupus, púrpura, artritis reumatoide, entre otros)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Padece enfermedades endocrinas o metabólicas (diabetes, tiroides, hipertiroidismo, azúcar elevada, colesterol, ácido úrico, hipófisis, entre otros)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Padece o ha padecido enfermedades transmisibles (hepatitis, sida, sífilis, virus de papiloma humano (VPH), virus de inmunodeficiencia humana (VIH), entre otros)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Padece o ha padecido enfermedades de la piel (vitiligo o cualquier otra)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Padece o ha padecido enfermedades vasculares cerebrales (embolia, trombosis, entre otros)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Padece o ha padecido cualquier tipo de cáncer o cualquier otro tumor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Se le ha diagnosticado o tiene indicios de la existencia de tumores, quistes, piedras, hernias o fibrosis quística?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Tiene alguna anomalía de la vista o audición?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Tiene algún mal congénito o deformidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Le falta algún órgano y/o miembro o parte de él?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Fuma? <input type="checkbox"/> cigarro <input type="checkbox"/> puro cantidad: frecuencia:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿Consume bebidas alcohólicas? Cantidad de copas: frecuencia:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿Hace uso de drogas o estimulantes? Clase: cantidad: frecuencia:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ¿Practica algún deportes o afición de riesgo: motociclismo, buceo, paracaidismo, alpinismo, equitación, box, lucha artes marciales, charrería, entre otros? ¿Cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ¿Viaja en o hace uso de vehículos motorizados como: motocicletas o avión particular (vuelos no comerciales)? Frecuencia:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mujeres

29. ¿Padece o ha padecido enfermedades de los ovarios, de la matriz de las glándulas mamarias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. ¿Actualmente está embarazada? ¿De cuantos meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Indique el número de embarazos que ha tenido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Indique el número de partos que ha tenido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. ¿Le han practicado legrados, cesáreas o abortos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. ¿Está o se ha sometido a tratamientos por infertilidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EN CASO DE QUE ALGUNA RESPUESTA SEA AFIRMATIVA, DEBERÁ AMPLIAR LA INFORMACIÓN

Núm. Pregunta	Cantidad y/o frecuencia	Enfermedad / Accidente	¿Hace cuánto padeció la enfermedad/accidente?	Duración	Estado actual

¿Desea manifestar algún hecho importante o relevante adicional?

REFERENCIAS PERSONALES (NO FAMILIARES)

<i>Nombre completo</i>	<i>Teléfono</i>
1.	
2.	
3.	

De interés para el Solicitante y/o Contratante (Leer antes de firmar)

Conforme a la ley sobre el contrato de seguro, se deben declarar todos los datos requeridos en esta solicitud tal y como los conozca o deba conocerlos en forma verídica al momento de firmar, en la inteligencia que la omisión o inexacta o falsa declaración de la información solicitada, la cual es la base para la apreciación del riesgo, facultará a Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más, para rescindir el contrato celebrado aunque tales datos no hayan influido en la causa del siniestro en términos de lo previsto por los artículos 8, 9 y 10 y en relación con el 47 de la ley sobre el contrato de seguro.

Por lo anterior, en mi carácter de solicitante y/o contratante y en representación del solicitante, 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.

Declaraciones adicionales del solicitante (leer antes de firmar)

Previo lectura y debidamente enterados de las condiciones y obligaciones que establece la solicitud de seguro de vida, confirmo haber declarado los datos exactos para la correcta evaluación de la misma.

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

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

En caso de solicitar la recepción de las condiciones generales vía correo electrónico, dichas condiciones generales se tendrán

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

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

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

En caso de no hacerlo, todos los avisos, notificaciones y demás diligencias que se hagan se efectuarán en el correo electrónico indicado en esta solicitud y surtirán plenamente efectos. Finalmente, declaro que el agente de seguros me ha informado de manera amplia y detallada sobre el alcance real de la cobertura y la forma de conservarla o darla por terminada.

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 a partir de la recepción de este aviso, para manifestar su negativa al siguiente correo: datospersonales@vepormas.com.mx, de lo contrario se entenderá que usted acepta el uso de sus datos para estos fines.

Para conocer mayor información sobre los términos y condiciones en que serán tratados sus datos personales y la forma en que podrá ejercer sus derechos, 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

Ciudad de México, C.P. 03100, teléfono 55 53 40 0999 en la Ciudad de México y el interior de la República al 800 999 8080; correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página <http://www.condusef.gob.mx>

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día % de bcj]Ya VfY de &\$\$, con el número CNSF-S0016-\$\$-\$\$/CONDUSEF-\$\$(' ' --\$).

Únicamente Informativo

Folio:

INSTRUCCIONES

Este formato debe ser llenado y firmado por el Contratante y Solicitante 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 DEL CONTRATANTE (SI ES DIFERENTE DEL SOLICITANTE)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Número de Póliza

DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)

Fecha de nacimiento	Correo electrónico*

DATOS DEL CONTRATANTE (SI ES DIFERENTE DEL SOLICITANTE)

Aportación	Plazo del Dotal	Fecha de la aportación	Medio de pago
	Vencimiento Mensual	dd/mm/aaaa	Transferencia electrónica <input type="checkbox"/> Depósito referenciado <input type="checkbox"/>

Firma del Agente

Nota: Se deberá adjuntar a este documento la ficha de depósito según sea la forma de pago elegida.

*El Correo Electrónico debe ser el del Asegurado, ya que será a donde se enviarán los estados de cuenta en el caso de tener un fondo de administración activo (dotales vencidos).

IMPORTANTE

Se informa que el producto ligado a esta solicitud cuenta con exclusiones y limitantes, mismas que puede consultar dentro de las Condiciones Generales del mismo producto, que se encuentran en nuestra página de internet <http://www.vepormas.com>.

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

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía ubicada en Avenida Paseo de la Reforma, número 243 Piso 16, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06500, a los teléfonos 55 1102 1919 o 800 8376 7627 elegir la opción 0 y solicitar ser canalizado a la UNE, en un horario de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas; al correo electrónico aclaraciones.une@segurosvepormas.com, o visite www.vepormas.com; o bien contactar a CONDUSEF en Avenida Insurgentes Sur, número 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03100, teléfono 5553400999 en la Ciudad de México y el interior de la Republica al 800 999 8080; correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página <http://www.condusef.gob.mx>

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día % de bcj JYa VfY de \$\$\$, con el número 7 BG: !G\$\$% !\$\$+!\$\$ CB8I G9: !\$\$(' ' - !\$("

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

SEGUROS VE POR MÁS, S.A. GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS pagará las sumas aseguradas correspondientes a los planes del seguro contratado que se indican a continuación, de conformidad con la solicitud y demás declaraciones del Asegurado y/o Contratante, sujeto a las condiciones generales, endosos y particularidades contenidas en ésta póliza.

Datos del Asegurado

Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad Real	Edad de cálculo	Sexo	Fuma

Detalle del Seguro

Seguro	Plazo del Plan	Suma Asegurada
Cobertura Básica	Alcance	Suma Asegurada
Coberturas Adicionales	Alcance	Suma Asegurada
Asistencias	Alcance	Suma Asegurada

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

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	\$
	Prima Total	\$

Agente:

La presente carátula de póliza forma parte integrante de su contrato de seguros, el cual, consta de: I) Las declaraciones de los solicitantes proporcionadas en la Solicitud del seguro; II) carátula de póliza; III) condiciones generales; IV) endosos; V) folleto de derechos básicos y cualquier otra información proporcionada por el Contratante y/o Asegurado para la contratación de esta póliza, incluyendo cuestionarios y formatos de la Compañía que, éste o un tercero, hayan requisitado a solicitud de la Compañía. Además, le 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 con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía ubicada en Avenida Paseo de la Reforma, número 243 Piso 16, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P.06500, a los teléfonos 55 1102 1919 o 800 8376 7627 elegir la opción 0 y solicitar ser canalizado a la UNE, en un horario de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas; al correo electrónico aclaraciones.une@segurosvepormas.com, o visite www.vepormas.com; o bien contactar a CONDUSEF en Avenida Insurgentes Sur, número 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, C.P.03100, teléfono 5553400999 en la Ciudad de México y el interior de la Republica al 800 999 8080; correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página <http://www.condusef.gob.mx>

Se hace del conocimiento de nuestros clientes que podrán consultar todos los preceptos y referencias legales mencionadas en el contrato, en las Condiciones Generales de este producto en el Anexo denominado “**Preceptos Legales**”.

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

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

Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro: Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o sus modificaciones.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día % de bcj JYa VfY de &&&, con el número 7 BG: !G\$\$% !\$\$+!&&# CB8I G9: !\$\$(' ' - !\$(.

Funcionalmente Informativo

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

Periodo del _____ al _____

Datos del contratante	
Nombre del contratante/asegurado:	
RFC:	
Domicilio:	
Nacionalidad:	

Datos de la Póliza	
Número de póliza:	
Seguro:	
Plan contratado:	
Moneda:	
Forma de pago:	
Fecha de emisión:	
Nombre del Asegurado:	

Saldo final	
Saldo inicial del periodo	
Total de ingresos del periodo	
Total de egresos del periodo	
Tasa de rendimiento	
Rendimiento del periodo	
Retención ISR	
Saldo total:	

Saldo inicial			Saldo final		
Valor al	Saldo	Egresos	Ingresos	Valor al	Saldo

Detalle de movimientos del periodo:				
Fecha	Concepto	Egresos	Ingresos	
	Total			

Los movimientos que se apliquen a los fondos de reserva están sujetos a la legislación fiscal vigente al momento de que sean realizados. Los rendimientos producidos en el pasado no garantizan un rendimiento similar en el futuro.

Préstamo automático para el pago de primas _____ Periodo _____

Datos del agente	

En caso de tener alguna solicitud, aclaración o reclamación puede comunicarse a la Unidad Especializada de nuestra compañía, dentro del plazo de noventa días naturales contados a partir de la fecha de corte.

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía ubicada en Avenida Paseo de la Reforma, número 243 Piso 16, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06500, a los teléfonos 55 1102 1919 o 800 8376 7627 elegir la opción 0 y solicitar ser canalizado a la UNE, en un horario de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas; al correo electrónico aclaraciones.une@segurosvepormas.com, o visite www.vepormas.com; o bien contactar a CONDUSEF en Avenida Insurgentes Sur, número 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03100, teléfono 5553400999 en la Ciudad de México y el interior de la Republica al 800 999 8080; correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página <http://www.condusef.gob.mx>

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día % de bcj]Ya VfYXe G&\$, 'Wn 'Yl' búmero '7 BG: !G\$\$% !\$\$+!&\$\$# CB8I G9: !\$\$(' ' - !\$("

Periodo del _____ al _____

Saldo final

Saldo del periodo anterior
Total de ingresos del periodo
Total de egresos del periodo
Tasa de rendimiento
Rendimiento del periodo
Saldo total:

Datos de la póliza

Número de póliza:
Seguro:
Plan contratado:
Moneda:
Forma de pago:
Fecha de emisión:
Nombre del Asegurado:

Únicamente Informativo

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

Tipo de Endoso	Oficina	Subgrupo	Certificado
Contratante:			
Asegurado titular:			

Únicamente Informativo

Este endoso es parte integrante del Contrato de Seguro y de sus Condiciones Generales, por lo que forman un documento indivisible. Los derechos y obligaciones se contienen conjuntamente en dichos documentos.

Para los demás términos y condiciones, aplicarán las Condiciones Generales vigentes del producto contratado.

ARTÍCULO 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.- Para fines de prueba, el contrato de seguro, así como sus adiciones y reformas, se harán constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo la confesional, será admisible para probar su existencia, así como la del hecho del conocimiento de la aceptación, a que se refiere la primera parte de la fracción I del artículo 21.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día de con el número #Vo7 o #\ V) y o- 7

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 .

No. Póliza:	
No. Endoso:	
Moneda:	Forma de pago:

Tipo de Endoso:		Fecha emisión Endoso:	
INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATANTE		DESGLOSE DE PRIMA	
		Prima Neta: Recargo: Derechos: Bonificación: I.V.A.:	
Subgrupo	Certificado	Prima Total:	
		Vigencia del Endoso	
		Desde dd/mm/aaaa 12Horas	Hasta dd/mm/aaaa 12 Horas
<p>POR MEDIO DE LA PRESENTE SE HACE CONSTAR QUE:</p> <p>A solicitud del Contratante y a partir del día ___ de _____ de _____ se realizan las siguientes modificaciones:</p>			

Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro: Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el ASEGURADO podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

Este endoso es parte integrante del Contrato de Seguro y de sus Condiciones Generales, por lo que forman un documento indivisible. Los derechos y obligaciones se contienen conjuntamente en dichos documentos.

Para los demás términos y condiciones, aplicarán las Condiciones Generales vigentes del producto contratado.

ARTÍCULO 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.- Para fines de prueba, el contrato de seguro, así como sus adiciones y reformas, se harán constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo la confesional, será admisible para probar su existencia, así como la del hecho del conocimiento de la aceptación, a que se refiere la primera parte de la fracción I del artículo 21.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día % de bcj jYa VfY de &&\$, con el número 7 BG: !G\$\$% !&\$+!&\$&\$# CB8I G9: !\$\$(' ' - !\$("

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