

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	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. ext.	Núm. int.	Colonia	Alcaldía o municipio
Ciudad	Estado	C.P.	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	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	

Domicilio del solicitante

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

Datos de los asegurados

Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco	Sexo

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: _____

Cobertura básica y beneficios básicos

<input checked="" type="checkbox"/> Gastos funerarios + servicio de asistencia funeraria*	Suma asegurada contratada <input type="checkbox"/> \$50,000 <input type="checkbox"/> \$100,000 <input type="checkbox"/> Otra:	Elegibilidad <input type="checkbox"/> Titular
---	--	--

* Para los hijos menores de 12 años, el pago que se hará será, previa comprobación de estos, hasta por la Suma Asegurada contratada, con un límite máximo de 60 veces el valor de la Unidad de Medida de Actualización Mensual vigente en el momento del siniestro.

Coberturas adicionales

<input type="checkbox"/> Complemento de suma asegurada al fallecimiento del titular+	Suma asegurada contratada <input type="checkbox"/> \$12,000 <input type="checkbox"/> \$24,000 <input type="checkbox"/> Otra:
--	---

Forma de pago

Anual
 Semestral
 Trimestral
 Bimestral
 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

Beneficiarios

Para el caso de cobertura principal, se determina como beneficiarios del titular a su cónyuge, en ausencia de éste, serán los hijos de ambos por partes iguales y en ausencia de ellos los padres del titular por partes iguales, y en ausencia de alguno de ellos, el que sobreviva.

En caso de contratar la cobertura conyugal, el beneficiario del cónyuge de que se trate será el otro cónyuge, en ausencia de ambos, serán beneficiarios los hijos de ambos por partes iguales y en ausencia de ellos, los padres del titular por partes iguales y en ausencia de alguno de ellos, el que sobreviva.

En caso de contratar la cobertura familiar, para el caso del titular y cónyuge serán beneficiarios los señalados en la cobertura conyugal, los beneficiarios de los hijos serán los asegurados cónyuges por partes iguales y a falta de uno de ellos, el que sobreviva. En caso de que en dicha cobertura se encuentren asegurados los ascendientes, los beneficiarios de éstos serán el titular, y en ausencia de él, su cónyuge y en ausencia de éstos, los hijos de ambos por partes iguales.

En caso de que el titular o el cónyuge o cualquiera de los hijos mayores de edad o los ascendientes deseen que otras personas sean los beneficiarios, en cualquier momento podrán designar o cambiar sus beneficiarios, siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor y no exista restricción legal para hacerlo. Para que tales designaciones surtan efecto deberán hacerse por escrito ante la Institución.

Si alguno de los beneficiarios hubiera fallecido antes o al mismo tiempo que el titular o cónyuge o de cualquiera de los hijos o de los ascendientes, según corresponda, su porción acrecerá por partes iguales la de los demás, salvo especificación en contrario hecha por escrito por el titular o cónyuge o dependientes económicos mayores de edad o ascendientes.

Cuando no existan sobrevivientes de los supuestos anteriores, el importe del seguro se pagará a quien demuestre haber cubierto el monto total de los Gastos Funerarios del o de los finados asegurados.

ADVERTENCIA PARA LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS:

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se deberá 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 para disponer de la suma asegurada.

Declaración de Salud y estado físico del solicitante

1. ¿Padece alguna de las siguientes enfermedades, antecedentes o condición?

EPOC, tromboembolia pulmonar	Sí	No
Tuberculosis	Sí	No
Hipertensión, infarto al corazón, angina de pecho, accidente cerebrovascular o cualquier enfermedad del corazón	Sí	No
Cáncer incluyendo leucemias o linfomas	Sí	No
Cirrosis hepática, insuficiencia hepática, hepatitis "C" o hepatitis "B"	Sí	No
Artritis reumatoide	Sí	No
Esclerosis múltiple	Sí	No
Lupus eritematoso	Sí	No
Cerebrales o de cualquier otra parte del sistema nervioso	Sí	No
Consumo de drogas no prescritas por un médico	Sí	No
Diabetes o cualquier otro problema de azúcar en la sangre o con el manejo de insulina	Sí	No
VIH, SIDA o seropositivo al VIH	Sí	No

2. ¿Padece o ha padecido COVID – 19? Sí No

3. ¿Ingiera más de tres copas por semana de bebidas alcohólicas? Sí No

4. ¿Practica: paracaidismo, parapente, vuelo en ala delta, vuelo en ultraligero, buceo, alpinismo, rapel, charrería, esquí, tauromaquia, box, box thai, lima lama, lucha libre, motonáutica, motociclismo y/o automovilismo? Sí No

5. ¿Padece o ha padecido de alguna otra enfermedad? Sí No
Especifique cual(es), fecha, duración y estado actual

6. ¿Acepta que la cobertura de este seguro aplica exclusivamente para el fallecimiento derivado de los padecimientos diagnosticados o accidentes ocurridos a partir de la fecha de inicio de vigencia? Sí No

7 ¿Desea manifestar algún hecho importante o relevante adicional?

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.

En caso de que alguna autoridad requiera más información de algún asegurado, tendré un expediente de la información antes mencionada y en caso de que Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más requiera o solicite el expediente será mi responsabilidad entregarlo a Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más en un plazo no mayor a 10 días hábiles a partir de la fecha de solicitud.

Queda convenido que Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más tendrá hasta 30 días hábiles, contados desde la fecha de recepción de esta solicitud, para comunicar la aceptación o negación de esta, si dentro de este periodo la institución no comunica la aceptación o negación a esta solicitud, esta se considerará como rechazada.

Declaraciones adicionales del solicitante (leer antes de firmar)

Previa 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 y acepto las obligaciones que tengo como contratante, con independencia a lo anterior también podré consultarlas en el siguiente enlace de internet: <https://www.vepormas.com/fwvf/portal/documents/buscador>. De igual manera, 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.

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 contratante; lo anterior en el entendido que el correo electrónico señalado en la presente solicitud, es consultado periódicamente por el contratante y/o usuario de la cuenta o bien por una persona designada por el contratante 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 contratante y/o asegurado 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 contratante, así como de Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más, deberá ser comunicado por escrito, con cuando menos 5 (cinco) días hábiles de anticipación a la fecha en que surta efectos dicho cambio.

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.

Aviso de Privacidad

Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más, con domicilio en Av. Paseo de la Reforma No. 243 piso 16, Col. Cuauhtémoc, C.P. 06500, CDMX, le informa que los datos personales y/o datos personales sensibles que se recaban de usted, serán utilizados para las siguientes finalidades que son necesarias para el servicio y/o producto que solicita:

La realización de todas y cada una de las operaciones y la prestación de los servicios, así como la celebración de los demás actos que Seguros Ve por Más puede realizar conforme a la legislación que les sea aplicable y a sus estatutos sociales la identificación y contacto del titular de los datos personales; Para la evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos, y en su caso, la emisión del contrato de seguro, la aplicación de exámenes de estado general de salud, previo a la contratación del seguro; Para realizar las gestiones de cobro que son inherentes a la contratación o renovación del seguro; Para el trámite y seguimiento de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro; Las revisiones y correcciones requeridas por actualización de datos o para mayor conocimiento de los titulares y sus operaciones, tanto para efectos legales como de prevención o seguridad; La comunicación con los clientes, proveedores, consejeros y auditores externos, actuales o anteriores, para tratar cualquier tema relacionado con asuntos contractuales, comerciales, laborales, de negocios o con sus datos personales o el presente aviso de privacidad.

Las consultas, investigaciones y revisiones con 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, de lo contrario se entenderá que usted acepta el uso de sus datos para estos fines.

Para conocer más 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 estos 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.

El contratante conoce el contenido de las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, por lo que se compromete a integrar y conservar los expedientes de identificación de cada uno de los asegurados, obligándose a ponerlos a disposición de Seguros Ve por Más o de la autoridad que los requiera.

SEGUROS VE POR MÁS podrá en todo momento verificar que dichos expedientes se encuentren integrados de conformidad con las reglas de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales.

Declaro conocer y estar de acuerdo con el Aviso de Privacidad de Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ver por Más por lo que autorizo lo convenido en él.

Lugar y fecha en que
se firma

Firma del contratante

Firma del solicitante

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.

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

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

- Vía correo electrónico (en formato PDF) a la siguiente dirección: _____
- Impresión en papel

Datos del agente

No. de Agente	Nombre Completo	Distribución

1. ¿Tiene algún parentesco con el solicitante? Sí No
Indique cual: _____

Informo que entrevisté al contratante y/o solicitante, 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

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 y 800 8376 762 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 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 20 de Julio de 2022, con el número CNSF-S0016-0240-2021/CONDUSEF-005035-03.

Instrucciones

Este formato debe ser llenado y firmado con letra molde y tinta de un solo color. Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar. No será válido si presenta tachaduras o falta alguno de los datos solicitados.

Datos del Contratante

Nombre completo o razón social:	Número de Póliza:
---------------------------------	-------------------

Datos del Asegurado

Nombre completo:		Sexo:	
R.F.C		Fecha de nacimiento:	
C.U.R.P	País de nacimiento:	Nacionalidad:	
Calle:	No. Exterior	No. Interior	Colonia:
Alcaldía o municipio:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono particular o móvil:		Correo electrónico:	

Datos del seguro

Coberturas

Consentimiento del Asegurado

Otorgo mi consentimiento para ser Asegurado en la Póliza de seguro que el Contratante ha solicitado a Seguros Ve por Más de acuerdo con las condiciones generales del producto. Declaro que todo lo anteriormente expuesto es verídico.

Designación de Beneficiarios

Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre indemnización. Lo anterior por que las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombrara beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicional de disponer de la suma asegurada. Los beneficiarios declarados a continuación, pertenecen al Asegurado titular, es decir, en caso de fallecimiento de este, 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 Asegurado titular. Si se llegase a presentar la muerte simultánea de todos los asegurados, la suma asegurada se otorgará de acuerdo con la sucesión testamentaria.

Beneficiarios

Nombre completo	Parentesco	Porcentaje

Aviso de privacidad

Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más, con domicilio en Av. Paseo de la Reforma No. 243 piso 16, Col. Cuauhtémoc C.P. 06500 CDMX, le informa que los datos personales y/o datos personales sensibles que se recaban de usted, serán utilizados para las siguientes finalidades que son necesarias para el servicio y/o producto que solicita:

La realización de todas y cada una de las operaciones y la prestación de los servicios, así como la celebración de los demás actos que Seguros Ve por Más puede realizar conforme a la legislación que les sea aplicable y a sus estatutos sociales la identificación y contacto del titular de los datos personales; Para la evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos, y en su caso, la emisión del contrato de seguro, la aplicación de exámenes de estado general de salud, previo a la contratación del seguro; Para realizar las gestiones de cobro que son inherentes a la contratación o renovación del seguro; Para el trámite y seguimiento de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro; Las revisiones y correcciones requeridas por actualización de datos o para mayor conocimiento de los titulares y sus operaciones, tanto para efectos legales como de prevención o seguridad; La comunicación con los clientes, proveedores, consejeros y auditores externos, actuales o anteriores, para tratar cualquier tema relacionado con asuntos contractuales, comerciales, laborales, de negocios o con sus datos personales o el presente aviso de privacidad. Las consultas, investigaciones y revisiones con 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, de lo contrario se entenderá que usted acepta el uso de sus datos para estos fines.

Para conocer más 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.

El contratante conoce el contenido de las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, por lo que se compromete a integrar y conservar los expedientes de identificación de cada uno de los asegurados, obligándose a ponerlos a disposición de seguros ve por más o de la autoridad que los requiera.

SEGUROS VE POR MÁS podrá en todo momento verificar que dichos expedientes se encuentren integrados de conformidad con las reglas de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales.

Declaro conocer y estar de acuerdo con el Aviso de Privacidad de Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ver por Más por lo que autorizo lo convenido en él.

Sí No

Lugar y fecha

Firma del Asegurado

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 762 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 55 53 40 0999 en la Ciudad de México y el interior de la Republica al 800 999 8080; correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página <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 20 de Julio de 2022, con el número CNSF-S0016-0240-2021/CONDUSEF-005035-03.

Nombre del Contratante:		Ramo/Su bramo:	Oficina:	Póliza Inicial:	Póliza:
Dirección:		Moneda:		Forma de pago:	
Vigencia de la Póliza					
Estado:		Desde:		Hasta:	
R.F.C.:	C.P.:	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 esta póliza.

Datos del Asegurado

Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad Real	Edad de cálculo	Sexo

Detalle del Seguro

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

Datos de los Asegurados

Nombre	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Sexo

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.

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

Beneficiarios

Para el caso de cobertura principal, se determina como beneficiarios del titular a su cónyuge, en ausencia de éste, serán los hijos de ambos por partes iguales y en ausencia de ellos los padres del titular por partes iguales, y en ausencia de alguno de ellos, el que sobreviva.

En caso de contratar la cobertura conyugal, el beneficiario del cónyuge de que se trate será el otro cónyuge, en ausencia de ambos serán beneficiarios los hijos de ambos por partes iguales y en ausencia de ellos, los padres del titular por partes iguales y en ausencia de alguno de ellos, el que sobreviva.

En caso de contratar la cobertura familiar, para el caso del titular y cónyuge serán beneficiarios los señalados en la cobertura conyugal, los beneficiarios de los hijos serán los asegurados cónyuges por partes iguales y a falta de uno de ellos, el que sobreviva.

En caso de que en dicha cobertura se encuentren asegurados los ascendientes, los beneficiarios de éstos serán el titular, y en ausencia de él, su cónyuge y en ausencia de éstos, los hijos de ambos por partes iguales.

En caso de que el titular o el cónyuge o cualquiera de los hijos mayores de edad o los ascendientes deseen que otras personas sean los beneficiarios, en cualquier momento podrán designar o cambiar sus beneficiarios, siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor y no exista restricción legal para hacerlo. Para que tales designaciones surtan efecto deberán hacerse por escrito ante la Institución.

Si alguno de los beneficiarios hubiera fallecido antes o al mismo tiempo que el titular o cónyuge o de cualquiera de los hijos o de los ascendientes, según corresponda, su porción acrecerá por partes iguales la de los demás, salvo especificación en contrario hecha por escrito por el titular o cónyuge o dependientes económicos mayores de edad o ascendientes.

Cuando no existan sobrevivientes de los supuestos anteriores, el importe del seguro se pagará a quien demuestre haber cubierto el monto total de los Gastos Funerarios del o de los finados asegurados.

ADVERTENCIA PARA LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS:

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se deberá 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 considerar 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 nombré 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 para disponer de la suma asegurada.

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 \$

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
Desde	Hasta	

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) recibos de pago, VI) folleto de derechos básicos y VII) cualquier otra información proporcionada por el Contratante y/o Asegurado para la contratación de esta seguro, incluyendo cuestionarios y formatos de la Compañía que, este o un tercero, haya requisitado a solicitud de la Compañía.

Además, puede consultar las coberturas, exclusiones, restricciones y alcance de su póliza, en las propias condiciones generales y/o en nuestra página de internet www.vepormas.com.

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

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 762 elegir la opción Oy 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 55 53 40 0999 en la Ciudad de México y el interior de la Republica al 800 999 8080; correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página <http://www.condusef.gob.mx>

Se informa que el producto ligado a esta Póliza 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>.

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 20 de Julio de 2022, con el número CNSF-S0016-0240-2021/CONDUSEF-005035-03.

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

No. Póliza:	
No. Endoso:	
Moneda:	1 Forma de pago:

Tipo de Endoso:		1 Fecha emisión Endoso:	
INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATANTE		DESGLOSE DE PRIMA	
		Prima Neta: Recargo: Derechos: Bonificación: LV.A.:	
Subgrupo	Certificado	Prima Total:	
		Vigencia del Endoso	
		Desde dd/mm/aaaa 12Horas	Hasta dd/mm/aaaa 12Horas
<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 20 de Julio de 2022, con el número CNSF-S0016-0240-2021/CONDUSEF-005035-03.

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

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 20 de Julio de 2022, con el número CNSF-S0016-S0016-0240-2021/CONDUSEF-005035-03.

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