

Fecha

No. De Solicitud:

Día

Mes

Año

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

Nombre (Nombre(s), Apellido paterno, Apellido materno)		Sexo	R. F. C.	Nacionalidad
Ocupación	Profesión	Giro	Domicilio	
Alcaldía o municipio		C.P	Colonia, fraccionamiento o localidad	
Estado	Teléfono	Correo Electrónico		

Datos del Solicitante

Nombre (Nombre(s), Apellido paterno, Apellido materno)			
Domicilio	Municipio, población o ciudad	Estado	C.P.
Alcaldía o municipio	Teléfono	Ocupación	Profesión
Giro	Ingreso mensual por su trabajo \$	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	

Inversión Patrimonial Bx+

Perfil

<input type="checkbox"/> Crecimiento	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Conservador	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Crecimiento dólares	<input type="checkbox"/> Moderado dólares	<input type="checkbox"/> Conservador dólares	

Suma Asegurada

Prima inicial deseada

Plan	Cobertura		Plazo del plan
<input type="checkbox"/>	Edad < 55	Suma asegurada más el valor del fondo de reserva	Edad alcanzada 60 años
<input type="checkbox"/>	Edad ≥ 55	Suma asegurada más el valor del fondo de reserva	Temporal a 5 años

Información de cobranza

Moneda:	
<input type="checkbox"/> MX	<input type="checkbox"/> USD <input type="checkbox"/> UDI
Forma de pago:	
<input type="checkbox"/> Único	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Anual
Le recordamos que en caso de no cubrir el pago de la prima de acuerdo a lo establecido en las condiciones generales, la póliza podría cancelarse	
Opciones de pago	
<input type="checkbox"/> Transferencia Bancaria <input type="checkbox"/> Pago en ventanilla bancaria	<input type="checkbox"/> Domiciliación (Micrositio) <input type="checkbox"/> Portal web <input type="checkbox"/> Centro de atención telefónica (CAT)

Designación de Beneficiarios

Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios 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 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) (Nombre(s), Apellido paterno, Apellido materno)	Domicilio completo del (los) Beneficiario (s)	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Parentesco	Porcentaje
1.				
2.				
3.				

4.				
5.				

De interés para el solicitante (leer antes de firmar)

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

Por lo anterior, en mi carácter de solicitante titular y/o contratante y en representación de los solicitantes, bajo protesta de decir verdad declaro que todos los hechos aquí mencionados son verídicos y estoy de acuerdo en que con base en ellos la aseguradora valorará el riesgo a contratar.

Por lo anterior, autorizo a los médicos, hospitales o clínicas que me hayan asistido o a los que haya accedido para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad y para el efecto, relevo a las personas arriba mencionadas del secreto profesional, aceptando que se proporcione a **Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más**, la información que ésta le sea requerida.

Declaraciones adicionales del solicitante

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 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

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

Paseo de la Reforma 243 piso 16, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc C.P. 06500 Ciudad de México.

Teléfono 5511021800 www.vepormas.com

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".

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

Paseo de la Reforma 243 piso 16, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc C.P. 06500 Ciudad de México.

Teléfono 5511021800 www.vepormas.com

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.

Entrega de Documentación Contractual

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

- Vía correo electrónico a la siguiente dirección _____
- Impresión en papel

Firma del Solicitante

Firma del Contratante

Importante

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud. Esta solicitud es nula si carece de la firma del solicitante y/o contratante.

Se informa que el producto ligado a esta solicitud cuenta con exclusiones y limitantes, mismas que puede consultar dentro de las Condiciones Generales del mismo producto, que se encuentran en nuestra página de internet <http://www.vepormas.com> Se hace del conocimiento de nuestros clientes que podrán consultar todos los preceptos y referencias legales mencionadas en el contrato, en nuestra página de internet “<http://www.vepormas.com>”, Condiciones Generales, sección, Anexo denominado Preceptos Legales.

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía ubicada en Avenida Paseo de la Reforma, número 243 Piso 16, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06500, al teléfono 1102 1919 en la opción 0 ext. 80018 y/o al 800 8376 7627 opción 0 ext. 80018, 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

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

Paseo de la Reforma 243 piso 16, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc C.P. 06500 Ciudad de México.

Teléfono 5511021800 www.vepormas.com

CONDUSEF en Avenida Insurgentes Sur, número 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03100, teléfono 555340 0999 en la Ciudad de México y el interior de la Republica al 800 999 8080; correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.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 gYdljYa VfY de &\$% , con el número 7 BG: -G\$\$% -\$' , * -&\$% ./7 CB8I G9: -\$\$&\$%+-\$)

Únicamente Informativo

Folio:

No. De Solicitud:

Día

Mes

Año

Instrucciones

Este formato debe ser llenado y firmado por el 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 Solicitante						
Nombre Completo (Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno)			Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)		
Domicilio: Calle		No. Exterior	No. Interior	Colonia		Código Postal
Alcaldía o municipio		Ciudad		Estado		País
R.F.C.	Estado civil	Estatura (mts)	Peso (kg)	Ocupación	Profesión	Giro

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, entre otros?	<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)?	<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, entre otros)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Padece o ha padecido enfermedades transmisibles (hepatitis, sida, Sífilis, entre otros)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Padece o ha padecido enfermedades de la piel (vitíligo 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?	<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"/>

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

Paseo de la Reforma 243 piso 16, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc C.P. 06500 Ciudad de México.

Teléfono 5511021800 www.vepormas.com

21. ¿Tiene alguna anomalía de la vista o audición?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Tiene algún mal congénito ó 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? Cigarro <input type="checkbox"/> puro <input type="checkbox"/> 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 deporte 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: motocicleta o Avión particular (vuelos no comerciales)? Frecuencia _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. ¿Padece o ha padecido enfermedades de los ovarios, de la matriz de las Glándulas mamarias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. ¿Actualmente está embarazada? ¿De cuantos meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Indique el número de embarazos que ha tenido		
31. Indique el número de partos que ha tenido		
32. ¿Le han practicado legrados, cesáreas o abortos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. ¿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

Número de pregunta	Cantidad y/o frecuencia	Enfermedad/ Accidente	¿Hace cuánto tiempo padeció la enfermedad/accidente?	Duración	Estado actual

¿Desea manifestar algún hecho importante o relevante?

Lugar, fecha y Firma del Solicitante

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 gYdhjYa VfY de &\$% , con el número 7 BG: !G\$\$% !\$' , * !&\$% '7 CB8 I G9: !\$\$&\$%+!\$)

Únicamente Informativo

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

SEGUROS VE POR MÁS, S.A., GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS 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 Cálculo	Sexo	Fuma

Detalle del Seguro

Plan	Plazo del Plan	Prima inicial deseada	Suma Asegurada	Perfil
Cobertura Básica		Alcance		Suma Asegurada

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

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 el caso de que se desee nombrar beneficiarios 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 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 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

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 **XXXXX** de **XXXX**.

incondicionado de disponer de la suma asegurada.

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía ubicada en Avenida Paseo de la Reforma, número 243 Piso 16, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06500, al teléfono 1102 1919 en la opción 0 ext. 80018 y/o al 800 8376 7627 opción 0 ext. 80018, 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 555340 0999 en la Ciudad de México y el interior de la Republica al 800 999 8080; correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.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 gYdhjYa VfY de &\$%, con el número CNSF-S0016-\$', *-&\$% ./7 ONDUSEF-\$\$&\$%+!\$)

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.

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, al teléfono 1102 1919 en la opción 0 ext. 80018 y/o al 800 8376 7627 opción 0 ext. 80018, 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 555340 0999 en la Ciudad de México y el interior de la Republica al 800 999 8080; correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página www.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 gYdHjYa VfY de &\$% , con el número 7 BG: !G\$\$% !\$' , * !&\$% '7 CB8I G9: !\$\$&\$%+!\$)

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

Paseo de la Reforma 243 piso 16, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc C.P. 06500 Ciudad de México.

Teléfono 5511021800 www.vepormas.com