

Datos de póliza

Nombre del contratante:

Número de póliza:

Vigencia de la póliza (DD/MM/AAAA)

Subgrupo (en caso GMMC)

Modificaciones a realizar

Cambio de plan	<input type="checkbox"/>	Alta o baja de asegurados	<input type="checkbox"/>	Cancelación de la póliza	<input type="checkbox"/>
Contratación de coberturas adicionales	<input type="checkbox"/>	Aviso de viaje	<input type="checkbox"/>	Cambio de agente	<input type="checkbox"/>
Cambio de forma de pago	<input type="checkbox"/>	Actualización de datos del contratante	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>
Cambio de ocupación	<input type="checkbox"/>	Designación de beneficiarios	<input type="checkbox"/>	Especifique:	

Cambio de plan para producto Únikuz B\*+

Suma asegurada		Deducible			Coaseguro	Nivel Hospitalario	Tabulador Médico	
\$2,000,000 <input type="checkbox"/>	\$30,000,000 <input type="checkbox"/>	\$10,000 <input type="checkbox"/>	\$30,000 <input type="checkbox"/>	\$50,000 <input type="checkbox"/>	10% <input type="checkbox"/>	Estándar <input type="checkbox"/>	\$50,000 / Plata <input type="checkbox"/>	\$90,000 / Iridio <input type="checkbox"/>
\$5,000,000 <input type="checkbox"/>	\$50,000,000 <input type="checkbox"/>	\$15,000 <input type="checkbox"/>	\$35,000 <input type="checkbox"/>	\$75,000 <input type="checkbox"/>	15% <input type="checkbox"/>	Plus <input type="checkbox"/>	\$60,000 / Paladio <input type="checkbox"/>	\$110,000 / Oro <input type="checkbox"/>
\$10,000,000 <input type="checkbox"/>	\$125,000,000 <input type="checkbox"/>	\$20,000 <input type="checkbox"/>	\$40,000 <input type="checkbox"/>	\$100,000 <input type="checkbox"/>	20% <input type="checkbox"/>	Elite <input type="checkbox"/>	\$80,000 / Osmio <input type="checkbox"/>	\$120,000 / Platino <input type="checkbox"/>
	Otro: <input type="text"/>	\$25,000 <input type="checkbox"/>	\$45,000 <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="text"/>	25% <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="text"/>		Otro: <input type="text"/>
					30% <input type="checkbox"/>			
					Otro: <input type="text"/>			

Sólo se podrán hacer estos cambios intervigencia para disminuir cobertura, por ejemplo: bajar nivel hospitalario y disminuir tabulador médico.

Las opciones que se podrán elegir son las que se encuentren disponibles para su comercialización al momento de requisitar esta orden de movimientos.

Contratación de coberturas adicionales para producto Únikuz B\*+

	Contratar	Cancelar		Contratar	Cancelar	
Reconocimiento de Antigüedad <sup>(3)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		30,000 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medicamentos Fuera del Hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maternidad Plus <sup>(2)</sup>	40,000 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C. Tratamientos No Amparados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		50,000 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
P. Preexistentes declarados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Otro: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	
Eliminación de deducible por accidente <sup>(1)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ampliación de Servicios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Xtensuz	500,000 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beneficio Hospitalario VIP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		1,000,000 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ayuda Diaria por Hospitalización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Deducible:	2,000,000 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indemnización Enfermedades Graves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		3,500,000 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Multi-Región	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Emergencias Médicas en el Extranjero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Enfermedades Graves en el Extranjero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Cobertura Internacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otra: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Consideraciones en Coberturas Adicionales:

- \* Sólo podrán ser contratadas al momento de la renovación o dentro de los 30 días naturales de iniciada la vigencia de la póliza.
- (1) Para contratar esta Cobertura Adicional se requiere tener un deducible menor o igual a \$ 30,000 M.N.
- (2) Para contratar esta Cobertura Adicional se requiere tener un deducible menor o igual a \$ 20,000 M.N.
- (3) Solo se podrá contratar dentro de los 30 días naturales después del inicio de vigencia o dentro de los 30 días naturales después del alta de asegurados siempre y cuando se tenga contratada la cobertura en la póliza.

Cambio de plan para producto GMM Bx+

Suma asegurada				Deducible tradicional				Deducible excesos		Coaseguro		Nivel hospitalario y monto de tabulador <sup>(1)</sup>							
												Alto		Medio		Estándar			
\$500,000	<input type="checkbox"/>	\$30,000,000	<input type="checkbox"/>	\$5,000	<input type="checkbox"/>	\$15,000	<input type="checkbox"/>	\$35,000	<input type="checkbox"/>	\$100,000	<input type="checkbox"/>	10%	<input type="checkbox"/>	\$110,000	<input type="checkbox"/>	\$80,000	<input type="checkbox"/>	\$50,000	<input type="checkbox"/>
\$1,000,000	<input type="checkbox"/>	\$35,000,000	<input type="checkbox"/>	\$6,000	<input type="checkbox"/>	\$20,000	<input type="checkbox"/>	\$40,000	<input type="checkbox"/>	\$250,000	<input type="checkbox"/>	15%	<input type="checkbox"/>	\$100,000	<input type="checkbox"/>	\$70,000	<input type="checkbox"/>	\$40,000	<input type="checkbox"/>
\$2,000,000	<input type="checkbox"/>	\$45,000,000	<input type="checkbox"/>	\$8,000	<input type="checkbox"/>	\$25,000	<input type="checkbox"/>	\$45,000	<input type="checkbox"/>	\$500,000	<input type="checkbox"/>	20%	<input type="checkbox"/>	\$90,000	<input type="checkbox"/>	\$60,000	<input type="checkbox"/>		
\$3,000,000	<input type="checkbox"/>	\$50,000,000	<input type="checkbox"/>	\$10,000	<input type="checkbox"/>	\$30,000	<input type="checkbox"/>	\$50,000	<input type="checkbox"/>	\$1,000,000	<input type="checkbox"/>	25%	<input type="checkbox"/>	\$70,000	<input type="checkbox"/>	\$50,000	<input type="checkbox"/>		
\$5,000,000	<input type="checkbox"/>	\$75,000,000	<input type="checkbox"/>							\$1,500,000	<input type="checkbox"/>								
\$10,000,000	<input type="checkbox"/>	\$100,000,000	<input type="checkbox"/>																
\$20,000,000	<input type="checkbox"/>																		

(1) Se podrá elegir un solo nivel hospitalario y un solo monto de tabulador.  
Sólo se podrán hacer estos cambios intervigencia para disminuir cobertura, por ejemplo: bajar nivel hospitalario y disminuir tabulador médico.

Contratación de coberturas adicionales para producto GMM Bx+

	Contratación	Cancelación
Gastos funerarios <sup>(2)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades graves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protección continua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ayuda diaria por hospitalización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eliminación de deducible y coaseguro en accidentes <sup>(3)</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multi-región	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disminución de coaseguro en enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cobertura internacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(2) Al contratar este beneficio deberás hacer la designación de beneficiarios en el apartado del mismo nombre (página 4).  
(3) No se podrá contratar esta cobertura si el deducible es de excesos.  
\*Sólo podrán ser contratadas al momento de la renovación o dentro de los 30 días naturales de iniciada la vigencia de la póliza.

Cambio de plan para otros productos

Nombre del plan _____			
Suma asegurada	Deducible	Coaseguro	Nivel Hospitalario

Contratación de coberturas adicionales para otros productos

Cobertura adicional	Contratación	Cancelación
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cambio de forma de pago

Mensual <sup>(4)</sup>	<input type="checkbox"/>	Bimestral	<input type="checkbox"/>	Trimestral	<input type="checkbox"/>	Semestral	<input type="checkbox"/>	Anual	<input type="checkbox"/>
------------------------	--------------------------	-----------	--------------------------	------------	--------------------------	-----------	--------------------------	-------	--------------------------

(4) La forma de pago mensual solo podrá hacerse con cargo a tarjeta de crédito y deberás llenar la solicitud correspondiente.

Aviso de viaje

(Aplica en caso de viaje al extranjero para asesoría sobre servicios de asistencia al viajero)

Por este medio doy aviso a Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más, de que el asegurado \_\_\_\_\_ realizará un viaje a \_\_\_\_\_ con duración de \_\_\_\_\_, comenzando el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, y finalizando el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_. El motivo del viaje es \_\_\_\_\_ y las actividades que realizará son: \_\_\_\_\_.

Para tales efectos solicito la cobertura correspondiente.

Alta o baja de asegurados

Nombre completo del asegurado	Dirección completa	Parentesco	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA):	Movimiento	
				Alta	Baja
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las bajas se realizarán de forma inmediata. En caso de ser alta, cuando aplique, favor de llenar el formato de declaración de salud. En caso de altas o bajas de GMMC, de requerir espacio, anexar listado de asegurados impreso incluyendo: Nombre completo del asegurado, Dirección completa, Parentesco, Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) y tipo de movimiento ( Alta / Baja).

Actualización de datos del contratante

Nombre completo / Razón Social (en caso de GMMC)

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES (10 POSICIONES) + HOMOClave:

| | | | | | | | | | | |

CURP (18 POSICIONES):

| | | | | | | | | | | | | | | | | |

Email:	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA):	País de nacimiento:
Nacionalidad:	Ocupación o Profesión (o Giro):	Firma electrónica avanzada (Fiel):

Domicilio del contratante

Calle:	Núm. Ext.:	Núm. Int.:	Colonia:
Delegación / Municipio:	Estado:	Ciudad:	C.P.:
Teléfono particular:		Teléfono de oficina:	

Designación de beneficiarios

(en el caso que el asegurado no pueda cobrar alguna indemnización, favor de designar a sus beneficiarios)

Advertencia: en el caso de que se de 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 nombrara beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría la 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.				%

Cancelación de póliza

Motivo de la cancelación:

Cambio de conducto (favor de completar la información solicitada)

No. de agente: Anterior	Nombre:
No. de agente: Nuevo	Nombre:

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 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.

La información mínima necesaria de la población a asegurar que debo proporcionar, en mi carácter de contratante, a la compañía es: nombre completo (apellido paterno, apellido materno y nombres), ocupación, fecha de alta, relación con el contratante, parentesco (dependiente con asegurado titular), fecha de nacimiento, sexo, subgrupo, en que otra compañía de seguros está cubierto.

En caso de que alguna autoridad requiera mayor 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 ésta solicitud, para comunicar la aceptación o negación de la misma, si dentro de este periodo la institución no comunica la aceptación o negación a esta solicitud, esta se considerará como rechazada.

Firma del asegurado titular\*

Firma del contratante

\* Solo aplica para productos de GMMI

**Lugar y fecha** (DD/MM/AAAA)

No. de agente

Nombre de agente

Firma del agente

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.

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 55 11021919 o 800 8376 7627 opción 0 y solicitar ser canalizado a la UNE de Seguros BX+, en un horario de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas; al correo electrónico [aclaraciones.une@segurosvepormas.com](mailto:aclaraciones.une@segurosvepormas.com), o visite [www.vepormas.com](http://www.vepormas.com); o bien contacte a CONDUSEF en Avenida Insurgentes Sur, número 762, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03100, Teléfono 55 5340 0999 en la Ciudad de México y el interior de la República al 800 999 8080; correo electrónico [asesoria@condusef.gob.mx](mailto:asesoria@condusef.gob.mx) o visite la página [www.condusef.gob.mx](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 15 de julio de 2021, con el número CGEN-S0016-0069-2021/CONDUSEF-G-01268-003.