

## Instrucciones

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

## Datos del Contratante

Apellido paterno:

Apellido materno:

Nombre(s):

Fecha de nacimiento:

Edad:

País de nacimiento:

Nacionalidad:

Sexo:

M ☐F ☐

CURP (18 POSICIONES):

REGISTRO FEDERAL DE CONTRIBUYENTES (10 POSICIONES) + HOMOClave:

Email:

Firma Electrónica avanzada (FIEL):

Si cuentas con otra Póliza en Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más indica su número de Póliza y certificado

Póliza:

Certificado:

## Domicilio del Contratante

Calle:

Núm. Ext.:

Núm. Int.:

Colonia:

Delegación / Municipio:

Ciudad:

Estado:

C.P.:

Teléfono particular:

Teléfono oficina:

## Datos del(os) Asegurado(s)

Número de  
Asegurado:

1

Nombre completo:

Domicilio:

Sexo:

M ☐F ☐

R.F.C.

Profesión u ocupación o giro:

Parentesco con el Contratante:

Nombre de la empresa donde labora:

Puesto:

¿Su ocupación requiere algún tipo de vehículo?

(auto, autobus, motocicleta, avión, helicóptero, entre otros):

No ☐Sí ☐

¿Cuál(es)?

¿Qué deporte de alto riesgo practica?:

Frecuencia:

¿Tiene o ha tenido licencia de  
aviador?

Fecha de vencimiento:

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

Paseo de la Reforma 243 piso 16, Col. Cuauhtémoc C.P. 06500 CDMX.

En caso de siniestro llama al Tel. 01 800 830 3676 [www.vepormas.com](http://www.vepormas.com)Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) 01800-8303-676 o [serviciopersonas.df@segurosvepormas.com](mailto:serviciopersonas.df@segurosvepormas.com)

¿Utiliza motocicleta? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Frecuencia:	¿En qué líneas comerciales vuela?	Frecuencia:	¿Vehículo que maneja?
--	-------------	-----------------------------------	-------------	-----------------------

Número de Asegurado: <b>2</b>	Nombre completo:	Domicilio:		
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	R.F.C.	Profesión u ocupación o giro:	Parentesco con el Contratante:	
Nombre de la empresa donde labora:	Puesto:	¿Su ocupación requiere algún tipo de vehículo? (auto, autobus, motocicleta, avión, helicóptero, entre otros): No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?		

¿Qué deporte de alto riesgo practica?:	Frecuencia:	¿Tiene o ha tenido licencia de aviador?	Fecha de vencimiento:
--	-------------	---	-----------------------

¿Utiliza motocicleta? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Frecuencia:	¿En qué líneas comerciales vuela?	Frecuencia:	¿Vehículo que maneja?
--	-------------	-----------------------------------	-------------	-----------------------

Número de Asegurado: <b>3</b>	Nombre completo:	Domicilio:		
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	R.F.C.	Profesión u ocupación o giro:	Parentesco con el Contratante:	
Nombre de la empresa donde labora:	Puesto:	¿Su ocupación requiere algún tipo de vehículo? (auto, autobus, motocicleta, avión, helicóptero, entre otros): No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?		

¿Qué deporte de alto riesgo practica?:	Frecuencia:	¿Tiene o ha tenido licencia de aviador?	Fecha de vencimiento:
--	-------------	---	-----------------------

¿Utiliza motocicleta? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Frecuencia:	¿En qué líneas comerciales vuela?	Frecuencia:	¿Vehículo que maneja?
--	-------------	-----------------------------------	-------------	-----------------------

Número de Asegurado: <b>4</b>	Nombre completo:	Domicilio:		
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	R.F.C.	Profesión u ocupación o giro:	Parentesco con el Contratante:	
Nombre de la empresa donde labora:	Puesto:	¿Su ocupación requiere algún tipo de vehículo? (auto, autobus, motocicleta, avión, helicóptero, entre otros): No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?		

¿Qué deporte de alto riesgo practica?:	Frecuencia:	¿Tiene o ha tenido licencia de aviador?	Fecha de vencimiento:
--	-------------	---	-----------------------

¿Utiliza motocicleta? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Frecuencia:	¿En qué líneas comerciales vuela?	Frecuencia:	¿Vehículo que maneja?
--	-------------	-----------------------------------	-------------	-----------------------

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

Paseo de la Reforma 243 piso 16, Col. Cuauhtémoc C.P. 06500 CDMX.

En caso de siniestro llama al Tel. 01 800 830 3676 [www.vepormas.com](http://www.vepormas.com)

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) 01800-8303-676 o [serviciopersonas.df@segurosvepormas.com](mailto:serviciopersonas.df@segurosvepormas.com)

Número de Asegurado: <b>5</b>	Nombre completo:		Domicilio:	
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	R.F.C.	Profesión u ocupación o giro:	Parentesco con el Contratante:	
Nombre de la empresa donde labora:		Puesto:	¿Su ocupación requiere algún tipo de vehículo? (auto, autobus, motocicleta, avión, helicóptero, entre otros): No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> ¿Cuál(es)?	
¿Qué deporte de alto riesgo practica?:	Frecuencia:	¿Tiene o ha tenido licencia de aviador?	Fecha de vencimiento:	
¿Utiliza motocicleta? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Frecuencia:	¿En qué líneas comerciales vuela?	Frecuencia:	¿Vehículo que maneja?

### Datos del Seguro

Coberturas	Suma asegurada
Muerte accidental	
Pérdidas orgánicas Escala A <input type="checkbox"/> Escala B <input type="checkbox"/>	
Reembolso de gastos funerarios	
Indemnización diaria por incapacidad	
Reembolso de gastos médicos. Deducible:	

### Forma de pago

Mensual <input type="checkbox"/>	Trimestral <input type="checkbox"/>	Semestral <input type="checkbox"/>	Anual <input type="checkbox"/>
----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

### Designación de Beneficiarios

Advertencia: En 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 deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombre 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 incondicionario de disponer de la suma asegurada.

Los Beneficiarios declarados a continuación, pertenecen al Asegurado titular, es decir, en caso de fallecimiento de éste, le(s) será otorgada la suma asegurada. En caso de fallecimiento de alguno de los dependientes, la suma asegurada será otorgada directamente al Titular.

Si se llegase a presentar la muerte simultánea de todos los Asegurados se otorgará de acuerdo a la sucesión testamentaria del Titular.

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

Paseo de la Reforma 243 piso 16, Col. Cuauhtémoc C.P. 06500 CDMX.

En caso de siniestro llama al Tel. 01 800 830 3676 [www.vepormas.com](http://www.vepormas.com)

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) 01800-8303-676 o [serviciopersonas.df@segurosvepormas.com](mailto:serviciopersonas.df@segurosvepormas.com)

Nombre completo del(os) Beneficiario(s)

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	Fecha de nacimiento	Parentesco	Participación
1					%
Domicilio:					
2					%
Domicilio:					
3					%
Domicilio:					
4					%
Domicilio:					
5					%
Domicilio:					

De interés para el Contratante (debes leerlo 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 conozcas o debas conocerlos en forma verídica al momento de firmar en la inteligencia que la omisión o inexacta o falsa declaración de los datos importantes que se pregunten 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 y de abstenerse de realizar cualquier pago al Asegurado (art. 8 y 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 prortesta 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 controlar.

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.

Estoy de acuerdo que, en caso de ser aceptada esta solicitud formará parte del contrato de seguro celebrado enter el Solicitante titular y/o Contratante y Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más.

Estoy de acuerdo que me he enterado de las condiciones generales de la Póliza que en su caso extenderá Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más.

Hago constar que me he enterado de las condiciones generales de la Póliza que en su caso extenderá Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más y expresamente declaro mi conformidad con ellas, así mismo declaro que el agente de seguros, me ha informado de manera amplia y detallada sobre el alcance real de la cobertura y la forma de conservarla y darla por terminada.

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 efectos de que pueda evaluar cualquier otra propuesta de contratación de seguro

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

Paseo de la Reforma 243 piso 16, Col. Cuauhtémoc C.P. 06500 CDMX.

En caso de siniestro llama al Tel. 01 800 830 3676 [www.vepormas.com](http://www.vepormas.com)

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) 01800-8303-676 o [serviciopersonas.df@segurosvepormas.com](mailto:serviciopersonas.df@segurosvepormas.com)

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.

Firma del Solicitante titular

Firma del Contratante

¿Deseas manifestar algún hecho importante o relevante adicional?

Estas preguntas deberán ser contestadas sólo por el Contratante (sólo si se trata de Persona Física)

1. ¿Desempeñas o has desempeñado alguno de los cargos que se mencionan a continuación en el sexenio actual o anterior?  
Diputado Local o Federal, Director General de la C. F. E., Director General de Pemex, Gobernador de Estado, Jefe de Gobierno de la CDMX, Ministro de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Presidente de la República, Presidente de Partido Político Registrado en el IFE, Procurador General de la República, Procurador de Justicia de los Estados, Secretario de Finanzas de la CDMX, Secretario de Finanzas de los Estados, Secretario de Gobierno de los Estados, Senador (para extranjeros Presidente o Mandatario).

No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo indica cual
-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------

2. ¿Realizas alguna de estas actividades?  
Comerciante de: metales preciosos, antigüedades, joyas, objetos de arte, piedras preciosas, productos militares de alta sofisticación, agente aduanal, casinos, loterías, juegos de azar, centros nocturnos, distribución de armas, inmobiliaria, organizaciones de caridad, pirámides, prestamistas, producción de armas, consultor financiero.

No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo indica cual
-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------

Para todos los efectos legales que pueda tener esta solicitud, declaro que todas las respuestas contenidas en la misma, son verídicas y están completas, reconociendo que constituyen parte del contrato de seguro y aceptando en consecuencia la obligación de pagar la prima y ajustes correspondientes al contrato.

Con la presente acompaño debidamente firmados los consentimientos que forman parte de esta solicitud y que contienen los datos relativos a cada uno de los miembros de la colectividad asegurada.

## Aviso de privacidad

Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más, con domicilio en Paseo de la Reforma 243, piso 16, Col. Cuauhtémoc, C.P. 06500, CDMX, te informa que los datos personales y/o datos personales sensibles que se recaban de ti, serán utilizados para las siguientes finalidades que son necesarias para el servicio y/o producto que solicitas:

La realización de todas y cada una de las operaciones y la presatación 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 tu 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 tus 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 tus 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 tu información personal para las siguientes finalidades que no son necesarias para el servicio o producto solicitado, pero que permiten y facilitan brindarte 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 no desees que tus datos personales sean tratados ni transferidos para estos fines adicionales, contarás con 5 días hábiles a partir de la recepción de este aviso, para manifestar tu negativa al siguiente correo: [atencion.clientes@vepormas.com](mailto:atencion.clientes@vepormas.com) y adicionalmente debes marcar copia a [mcalderon@vepormas.com](mailto:mcalderon@vepormas.com) de lo contrario se entendera que aceptas el uso de tus datos personales para estos fines.

Para conocer mayor información sobre los términos y condiciones en que serán tratados tus datos personales y la forma en que podrás ejercer tus derechos ARCO, puedes consultar nuestro aviso de privacidad integral en <http://www.vepormas.com>, dentro de la página de Seguros Ve por Más, seleccionando el apartado “tu 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 tus datos persoanes y personales sensibles y tranferencia de los mismos a través de tu firma autógrafa o electrónica.

Declaro que los recursos por virtud de los cuales se realizará el pago de la prima de la presente Póliza, son lícitos.

Firma del Solicitante titular

Firma del Contratante

Declaro que los recursos por virtud de los cuales se realizará el pago de la prima de la presente Póliza, son lícitos.

**Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más**  
Paseo de la Reforma 243 piso 16, Col. Cuauhtémoc C.P. 06500 CDMX.  
En caso de siniestro llama al Tel. 01 800 830 3676 [www.vepormas.com](http://www.vepormas.com)

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) 01800-8303-676 o [serviciopersonas.df@segurosvepormas.com](mailto:serviciopersonas.df@segurosvepormas.com)

Lugar y fecha (DD/MM/AAAA)

Firma del Contratante

Firma del Asegurado

Datos del Agente		
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
Clave	Supervisor	Oficina
¿Conoce algún hecho en contradicción con las respuestas del Solicitante?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso de responder afirmativamente indique las causas y motivos		

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 a esta solicitud de seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía al teléfono 01-800-830-3676, en horario de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas; al correo electrónico "[aclaraciones.une@segurosvepormas.com](mailto:aclaraciones.une@segurosvepormas.com)", o comuníquese a CONDUSEF en Avenida Insurgentes Sur, número 762, Colonia Del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100, al teléfono (55)5340 0999 en la CDMX y el interior de la República al 01 800 999 80 80; correo electrónico [asesoria@condusef.gob.mx](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 24 de marzo de 2009, con el número CNSF-S0016-0011-2009".

Producto registrado ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS), bajo el número de registro CONDUSEF-001737-01.

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

Paseo de la Reforma 243 piso 16, Col. Cuauhtémoc C.P. 06500 CDMX.

En caso de siniestro llama al Tel. 01 800 830 3676 [www.vepormas.com](http://www.vepormas.com)

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) 01800-8303-676 o [serviciopersonas.df@segurosvepormas.com](mailto:serviciopersonas.df@segurosvepormas.com)