

☐ Nueva póliza      Folio:                                      ☐ Renovación de póliza      Número de póliza:

Instrucciones

Este formato debe ser llenado y firmado por el contratante con letra molde y tinta de un solo color. Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar. Todas sus declaraciones serán base del análisis que realiza la Institución a efecto de aprobar, en su caso, esta solicitud. Motivo por el que es muy importante que responda cada pregunta con precisión y veracidad.

Datos del Contratante

Régimen fiscal	<input type="checkbox"/> Persona Física	<input type="checkbox"/> Persona Física con actividad empresarial
	<input type="checkbox"/> Persona Moral	<input type="checkbox"/> Régimen simplificado
Nombre o Razón social		Ocupación o profesión o giro mercantil
Nombre del representante legal		Folio mercantil
R.F.C.	Firma electrónica avanzada (FIEL)	Fecha de nacimiento o fecha de constitución (DD/MM/AAAA)
País de nacimiento (no aplica para Personas Morales)		Nacionalidad
		Correo electrónico

Domicilio del contratante

Calle	No. Exterior	No. Interior	Colonia
Alcaldía o Municipio	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono particular o móvil		Teléfono oficina	

Características de la colectividad asegurada

(anexar relación de asegurados)

Se solicita la expedición de una póliza conforme a la información en esta solicitud y en los consentimientos de los miembros de la colectividad integrada por:

- ☐ Personal activo en la nómina
- ☐ Personal activo por honorarios
- ☐ Personal activo temporal
- ☐ Miembros asociados
- ☐ Personal activo sindicalizado
- ☐ Personal activo de confianza
- ☐ Personal jubilado o en retiro
- ☐ Otro: \_\_\_\_\_

¿El objeto del contrato será garantizar prestaciones u obligaciones a cargo del Contratante?      ☐ Sí      ☐ No

¿El Asegurado contribuye con el pago de primas?      ☐ Sí      ☐ No

En caso de haber seleccionado la opción "Sí", indique los porcentajes de contribución por subgrupo.

Subgrupo 1

\_\_\_\_\_ %

Subgrupo 2

\_\_\_\_\_ %

Subgrupo 3

\_\_\_\_\_ %

Subgrupo 4

\_\_\_\_\_ %

Subgrupo 5

\_\_\_\_\_ %

☐ **Pago de complementos**

Periodo de reporte de siniestralidad:

Del año:

al año:

Se deberá de anexar la relación de siniestralidad actual y deberá de incluir la información de cada asegurado; nombre del afectado, padecimiento, número de siniestro, fecha de inicio de siniestro, fecha de pago, monto reclamado y monto pagado en un archivo con formato .xls.

¿En qué aseguradoras has estado en los últimos dos años?

Compañía	Vigencia	Prima	Monto de siniestros	Asegurados totales

Periodo de vigencia

Inicio de vigencia  
(DD/MM/AAAA)

Fin de vigencia  
(DD/MM/AAAA)

Colectividad asegurada	Moneda de contratación		Entidad Federativa (Estado) a la que pertenece
Subgrupo 1	<input type="checkbox"/> Moneda Nacional	<input type="checkbox"/> UMA	
Subgrupo 2	<input type="checkbox"/> Moneda Nacional	<input type="checkbox"/> UMA	
Subgrupo 3	<input type="checkbox"/> Moneda Nacional	<input type="checkbox"/> UMA	
Subgrupo 4	<input type="checkbox"/> Moneda Nacional	<input type="checkbox"/> UMA	
Subgrupo 5	<input type="checkbox"/> Moneda Nacional	<input type="checkbox"/> UMA	

Actividades principales de la colectividad a asegurar

Colectividad asegurada	Actividades principales			
Subgrupo 1	<input type="checkbox"/> Funcionarios	<input type="checkbox"/> Empleados	<input type="checkbox"/> Obreros	<input type="checkbox"/> Otro (indicar):
Subgrupo 2	<input type="checkbox"/> Funcionarios	<input type="checkbox"/> Empleados	<input type="checkbox"/> Obreros	<input type="checkbox"/> Otro (indicar):
Subgrupo 3	<input type="checkbox"/> Funcionarios	<input type="checkbox"/> Empleados	<input type="checkbox"/> Obreros	<input type="checkbox"/> Otro (indicar):
Subgrupo 4	<input type="checkbox"/> Funcionarios	<input type="checkbox"/> Empleados	<input type="checkbox"/> Obreros	<input type="checkbox"/> Otro (indicar):
Subgrupo 5	<input type="checkbox"/> Funcionarios	<input type="checkbox"/> Empleados	<input type="checkbox"/> Obreros	<input type="checkbox"/> Otro (indicar):

Colectividad asegurada	Titulares	Depen- dientes	Total	Deducible	Coaseguro	Suma asegurada	Nivel hospitalario	Tabulador de honorarios quirúrgicos
Subgrupo 1 Ocupación:					%			
Subgrupo 2 Ocupación					%			
Subgrupo 3 Ocupación					%			
Subgrupo 4 Ocupación					%			
Subgrupo 5 Ocupación					%			

### Plan de Gastos Médicos Mayores Colectivo

Cobertura básica*	Subgrupo 1	Subgrupo 2	Subgrupo 3	Subgrupo 4	Subgrupo 5
Territorio nacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coberturas adicionales **	Subgrupo 1	Subgrupo 2	Subgrupo 3	Subgrupo 4	Subgrupo 5
Maternidad Especificar Suma Asegurada (S.A.)	<input type="checkbox"/> S.A._____	<input type="checkbox"/> S.A._____	<input type="checkbox"/> S.A._____	<input type="checkbox"/> S.A._____	<input type="checkbox"/> S.A._____
Condonación de deducible y coaseguro por accidente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emergencia médica en el extranjero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades graves extranjero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cobertura en el extranjero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indemnización de enfermedades graves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beneficio hospitalario VIP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coberturas adicionales por endoso	Subgrupo 1	Subgrupo 2	Subgrupo 3	Subgrupo 4	Subgrupo 5
Franja fronteriza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Privilegio de conversión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multiregión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía para corregir refracción ocular Especificar Suma Asegurada (S.A.)	<input type="checkbox"/> S.A._____	<input type="checkbox"/> S.A._____	<input type="checkbox"/> S.A._____	<input type="checkbox"/> S.A._____	<input type="checkbox"/> S.A._____
Complementos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Plan de Gastos Médicos Mayores Colectivo

Protección dental	Subgrupo 1	Subgrupo 2	Subgrupo 3	Subgrupo 4	Subgrupo 5
Plan					
Protección visual	Subgrupo 1	Subgrupo 2	Subgrupo 3	Subgrupo 4	Subgrupo 5
Plan					

\*Los subgrupos registrados deberán contar necesariamente con la cobertura básica para poder seleccionar coberturas adicionales.

\*\* Con costo

### Forma de pago (la forma de pago mensual sólo podrá hacerse mediante domiciliación)

☐ Mensual
 ☐ Bimestral
 ☐ Trimestral
 ☐ Semestral
 ☐ Anual

En caso de que ésta 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 carátula de póliza, 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:

#### Pago Referenciado

- ☐ Transferencia bancaria
- ☐ Pago en ventanilla bancaria

#### Tarjetas de crédito/débito\*\*

- ☐ Domiciliación (Micrositio)
- ☐ Portal web
- ☐ Centro de Atención Telefónica (CAT)

\*\* Esta opción de pago aplica únicamente para Personas Físicas.

### **De interés para el Contratante (debe 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 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, ésta se considerará como rechazada.

### **Declaraciones adicionales del contratante (leer antes de firmar)**

Prevía lectura y debidamente enterados de las condiciones y obligaciones que establece la solicitud de gastos médicos mayores, 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 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/fwpf/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.

Asimismo acepto la obligación de entregar los certificados individuales y condiciones generales del contrato de seguro a cada asegurado que integra la colectividad.

Convengo con Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más a integrar y mantener actualizado el expediente de identificación de todos y cada uno de los asegurados que integran la colectividad asegurada, con la información requerida por las disposiciones aplicables, dando acceso en todo momento a dicha información a Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más y en su caso estoy de acuerdo en proporcionar la información y los documentos que obren en los expedientes respectivos, en cuanto reciba la solicitud expresa por parte de Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más.

De igual manera, estoy de acuerdo en resguardar los consentimientos de uso de los datos personales y sensibles de los asegurados de la colectividad, y a entregarlos a Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más al momento en que lo requiera, así como entregar a los asegurados de la colectividad el Aviso de Privacidad en donde se establecen los lineamientos de uso de datos, ya sea por vía electrónica o física.

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 la colectividad asegurada 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) Certificados; e) Endosos; f) Rescisiones; g) 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.

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Contratante o  
Representante legal

**¿Desea manifestar algún hecho relevante para apreciar la posibilidad de cúmulos de pérdidas por la actividad de la colectividad?**

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

**1. ¿Usted, su cónyuge o concubino o pariente hasta segundo grado desempeña o ha desempeñado alguno de estos cargos 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 INE (antes IFE), Procurador General de la República, Procurador de Justicia de los Estados, Secretario de Finanzas del Distrito Federal, Secretario de Finanzas de los Estados, Secretario de Gobierno de los Estados, Senador (para extranjeros presidente o mandatario).

Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo indique cuál \_\_\_\_\_

Tiempo que laboró \_\_\_\_\_ Parentesco o vínculo \_\_\_\_\_

¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con una sociedad o asociación?

Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo indique cuál \_\_\_\_\_

**2. ¿Realiza 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.

Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo indique cuál \_\_\_\_\_



### 3. ¿Usted ha estado relacionado a algún proceso penal?

Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo indique cuál \_\_\_\_\_

**Esta pregunta deberá ser contestada por el Contratante (en caso de ser Persona Moral)**

### 1. ¿Algún accionista, su cónyuge o pariente colateral hasta segundo grado desempeña o ha desempeñado alguno de estos cargos 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 INE (antes IFE), Procurador General de la República, Procurador de Justicia de los Estados, Secretario de Finanzas del Distrito Federal, Secretario de Finanzas de los Estados, Secretario de Gobierno de los Estados, Senador (para extranjeros presidente o mandatario).

Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo indique cuál \_\_\_\_\_

Tiempo que laboró \_\_\_\_\_ Parentesco o vínculo \_\_\_\_\_

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.

**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 cuál 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

## 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 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 cinco (5) días hábiles a partir de la recepción de este aviso, para manifestar su negativa al siguiente correo: [atencion.clientes@vepormas.com](mailto:atencion.clientes@vepormas.com) y adicionalmente debe marcar copia a: [mcalderson@vepormas.com](mailto:mcalderson@vepormas.com) 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 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 miembros del grupo o colectividad, 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

---

Firma del Contratante o Representante legal

#### Datos del agente

No. de agente	Nombre	Distribución

1. ¿Tiene algún parentesco con el solicitante?

☐ Sí

☐ No

Indique cuál: \_\_\_\_\_

**2. Informo que entrevisté al contratante 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.**

---

Lugar y fecha

---

Firma del contratante o representante legal

---

Firma del Agente

**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 u 800 8376 7627 elegir la opción 0 y solicitar ser canalizado a la UNE, en un horario de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas; al correo electrónico [aclaraciones.une@segurosvepormas.com](mailto:aclaraciones.une@segurosvepormas.com), o visite [www.vepormas.com](http://www.vepormas.com); o bien contactar a CONDUSEF en Avenida Insurgentes Sur, número 762, Colonia Del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03100, teléfono 5553400999 en la Ciudad de México y el interior de la Republica al 800 999 8080; correo electrónico [asesoria@condusef.gob.mx](mailto: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 22 de junio de 2022, con el número CNSF-S0016-0005-2022/CONDUSEF -005164-04.**