

## 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"/>	Especifica: _____

## Datos de póliza

Nombre del contratante: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

Vigencia de la póliza (DD/MM/AAAA): \_\_\_\_\_

## Cambio de plan

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"/>																		

<sup>1</sup> Se podrá elegir un solo nivel hospitalario y un solo monto de tabulador

## Contratación de coberturas adicionales

	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"/>
Enfermedades graves en el extranjero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>2</sup> Al contratar este beneficio deberás hacer la designación de beneficiarios en el apartado del mismo nombre (página 3). <sup>3</sup> No se podrá contratar esta cobertura si el deducible es de excesos.

## Cambio de forma de pago

Mensual<sup>4</sup>  Trimestral  Semestral  Anual

<sup>4</sup> La forma de pago mensual solo podrá hacerse con cargo a tarjeta de crédito y deberás llenar la solicitud correspondiente.

## Aviso de viaje

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 solicitante	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, favor de llenar el formato de declaración de salud.

### Actualización de datos del contratante

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

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 caso de que desee contratar la cobertura gastos funerarios o en el caso que el asegurado no pueda cobrar alguna indemnización, favor de designar a sus beneficiarios)

Advertencia: en el caso de que se dé el 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.

Los beneficiarios declarados a continuación, pertenecen al asegurado titular, es decir, en caso de fallecimiento de éste, 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 titular.

Si se llegase a presentar la muerte simultánea de todos los asegurados, la suma asegurada se otorgará de acuerdo a la sucesión testamentaria del titular.

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 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 de aclaración 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 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.

Autorizo a los médicos, hospitales o clínicas que se 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.

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 formará parte del contrato de seguro celebrado entre el solicitante titular y/o contratante y 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 o darla por terminada.

Previo 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.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante titular

\_\_\_\_\_  
Firma del contratante

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

No. de agente

Nombre de agente

\_\_\_\_\_  
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 a su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra compañía en el domicilio Paseo de la Reforma 243, piso 16, Col. Cuauhtémoc, C.P. 06500, Ciudad de México, al teléfono (55) 5340 0999 en la CDMX y del interior de la república al 01800 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 24 de mayo de 2017, con el número CNSF-S0016-0286-2017.**

**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-000889-02.**