

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:	

Datos de póliza

Nombre del contratante:

Número de póliza:

Vigencia de la póliza (DD/MM/AAAA):

Cambio de plan

		Deducible tradicional				Deducible excesos		Coaseguro		Nivel hospitalario y monto de tabulador ¹									
		Alto		Medio		Estándar				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"/>		<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"/>		<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

Contratación de coberturas adicionales

	Contratación	Cancelación
Gastos funerarios ²	<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 ³	<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 2).

³ No se podrá contratar esta cobertura si el deducible es de excesos.

Cambio de forma de pago

Mensual ⁴	<input type="checkbox"/>	Trimestral	<input type="checkbox"/>	Semestral	<input type="checkbox"/>	Anual	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------	------------	--------------------------	-----------	--------------------------	-------	--------------------------

⁴ La forma de pago mensual sólo 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

Datos del nuevo 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

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 con la sucesión testamentaria.

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:

Aviso de privacidad

A. Responsable

Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más, con domicilio en Paseo de la Reforma 243, Piso 16, Col. Cuauhtémoc, Ciudad de México. C. P. 06500, es responsable de la protección de sus datos personales asegurando que éstos sean tratados ajustándose a lo estipulado en la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares.

B. Finalidad De Los Datos Personales

De conformidad con lo señalado en la Ley, se 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, S.A., Grupo Financiero 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 riesgo, y en su caso, la emisión del contrato seguro.
- La aplicación de exámenes de estado general 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 o para 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, proveedor, 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 aplicables a la entidad financiera.
- Cualquiera actividad complementaria o auxiliar necesaria para la realización de los fines anteriores.

De manera adicional, se utilizara su información personal para las siguientes finalidades que no son necesarias para el servicio o producto solicitado, pero que permiten y facilitan brindar 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 terceras nacionales o extranjeros con quienes cualquiera de dichas empresas mantengan alianzas comerciales.
- La relación 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 podrá manifestarlo desde este momento a través del correo atencion.clientes@vepormas.com con copia a: mcalderon@vepormas.com, indicándonos su nombre completo y número de empleado. La negativa para el uso de sus datos personales para estas finalidades no podrá ser un motivo para que le neguemos los servicios y productos que solicita o contrata con nosotros.

C. Conozca nuestro Aviso de Privacidad Integral.

Para mayor información acerca del tratamiento de sus datos personales, como los terceros con quienes compartimos su información personal, los cambios de nuestro Aviso de Privacidad y la forma en que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, limitación de uso y divulgación de su información, así como para revocar su consentimiento, usted podrá acceder a nuestro aviso de privacidad integral en www.vepormas.com, dentro de la página de Seguros Ve por Más, seleccionando el apartado "Seguros Ve por Más".

Firma del solicitante titular

Firma del contratante

Lugar y fecha (DD/MM/AAAA)

Nº Agente

Nombre de Agente

Firma del agente