

Instrucciones

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

Datos Personales del Contratante

Nombre(s)		Apellido Paterno		Apellido Materno	
Número de serie del certificado digital FIEL (cuando se cuente con ella)			Ocupación	Profesión	Giro
R.F.C.		CURP (cuando se cuente con ella)		Correo electrónico	
País de Nacimiento		Nacionalidad		Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	

Domicilio del Contratante

Domicilio: Calle		No. Exterior	No. Interior	Colonia
Código Postal	Alcaldía o municipio	Ciudad		Estado
Teléfono Particular		Teléfono Oficina		

Características del Seguro**Plan a contratar**

GMM BX+ GMM GEA/VIP OTRO PLAN _____

Elegibles para el plan GMM BX+/ OTRO PLAN

Suma Asegurada		Deducible Tradicional			Deducible Excesos	Coaseguro	Nivel Hospitalario y Monto de Tabulador		
		5,000	15,000	35,000			Alto	Medio	Estándar
500,000 <input type="checkbox"/>	30,000,000 <input type="checkbox"/>	6,000 <input type="checkbox"/>	20,000 <input type="checkbox"/>	40,000 <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"/>	8,000 <input type="checkbox"/>	25,000 <input type="checkbox"/>	45,000 <input type="checkbox"/>	250,000 <input type="checkbox"/>	15% <input type="checkbox"/>	100,000 <input type="checkbox"/>	70,000 <input type="checkbox"/>	60,000 <input type="checkbox"/>
2,000,000 <input type="checkbox"/>	45,000,000 <input type="checkbox"/>	10,000 <input type="checkbox"/>	30,000 <input type="checkbox"/>	50,000 <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"/>				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"/>		60,000 <input type="checkbox"/>		
10,000,000 <input type="checkbox"/>	100,000,000 <input type="checkbox"/>								
20,000,000 <input type="checkbox"/>									

Beneficios Adicionales

Gastos Funerarios** <input type="checkbox"/>	Multi-Región <input type="checkbox"/>	Eliminación de Deducible y Coaseguro por Accidente*** <input type="checkbox"/>	Cobertura Internacional* <input type="checkbox"/>
Enfermedades Graves <input type="checkbox"/>	Protección Continua <input type="checkbox"/>	Disminución de Coaseguro en Enfermedad <input type="checkbox"/>	
Ayuda Diaria por Hospitalización <input type="checkbox"/>		Enfermedades Graves en el Extranjero <input type="checkbox"/>	

Elegibles para el plan GMM GEA/VIP

Suma Asegurada		Deducible Tradicional		Deducible Excesos	Coaseguro	Nivel Hospitalario y Monto de Tabulador		
		5,000	10,000	100,000		Alto	Medio	Estándar
1,000,000 <input type="checkbox"/>	10,000,000 <input type="checkbox"/>	6,000 <input type="checkbox"/>	20,000 <input type="checkbox"/>	250,000 <input type="checkbox"/>	20% <input type="checkbox"/>			
1,500,000 <input type="checkbox"/>	20,000,000 <input type="checkbox"/>	7,000 <input type="checkbox"/>	25,000 <input type="checkbox"/>	500,000 <input type="checkbox"/>				
2,000,000 <input type="checkbox"/>	30,000,000 <input type="checkbox"/>	8,000 <input type="checkbox"/>	30,000 <input type="checkbox"/>	1,000,000 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3,000,000 <input type="checkbox"/>		9,000 <input type="checkbox"/>	50,000 <input type="checkbox"/>	1,500,000 <input type="checkbox"/>				
5,000,000 <input type="checkbox"/>								

Beneficios Adicionales

Gastos Funerarios** <input type="checkbox"/>	Eliminación de Deducible y Coaseguro en Accidente*** <input type="checkbox"/>	Cobertura Internacional <input type="checkbox"/>
Protección Continua <input type="checkbox"/>	Disminución de Coaseguro en Enfermedad Ayuda Diaria por Hospitalización <input type="checkbox"/>	Enfermedades Graves <input type="checkbox"/>

Nota: la elección del deducible deberá ser única, no se podrá seleccionar un deducible tradicional y un deducible de excesos.
 * No se podrá contratar esta cobertura sin haber contratado la cobertura Multi-Región. Excepto para los estados que no aplica Multi-Región.

** Al contratar este beneficio deberá hacer la designación de beneficiarios en el apartado "Designación de Beneficiarios".

***No se podrá otorgar esta cobertura si su deducible es de excesos.

Nota: si ha estado asegurado con otras compañías y requiere reducir o eliminar los períodos de espera, anexe a esta solicitud la carátula de la póliza en donde se indique la antigüedad de cada asegurado, condiciones de aseguramiento y el comprobante de pago de las mismas.

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

Mensual

Trimestral

Semestral

Anual

Le recordamos que en caso de no cubrir el pago de la prima antes de que concluya el periodo de gracia mencionado en la póliza de seguro, 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:

Tarjetas de crédito/débito

- Domiciliación (Micrositio)
 Portal web
 Centro de atención telefónica (CAT)

Pago Referenciado

- Transferencia Bancaria
 Pago en ventanilla bancaria

Datos de los solicitantes

Titular

Nombre (Apellido paterno, materno, nombre(s))					Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	
Domicilio: Calle			No. Exterior	No. Interior	Colonia			Código Postal
Alcaldía o municipio			Ciudad		Estado			País
R.F.C. <input type="text"/>		Estado civil		Estatura (mts)	Peso (kg)	Ocupación	Profesión	Giro
Reconocimiento de Antigüedad (dd/mm/aaaa)		Aseguradora			Número de Póliza			

2° Solicitante

Nombre (Apellido paterno, materno, nombre(s))					Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	
R.F.C. <input type="text"/>		Estado civil		Estatura (mts)	Peso (kg)	Ocupación	Profesión	Giro
Reconocimiento de Antigüedad (dd/mm/aaaa)		Aseguradora			Número de Póliza			

3° Solicitante

Nombre (Apellido paterno, materno, nombre(s))					Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	
R.F.C. <input type="text"/>		Estado civil		Estatura (mts)	Peso (kg)	Ocupación	Profesión	Giro
Reconocimiento de Antigüedad (dd/mm/aaaa)		Aseguradora			Número de Póliza			

4° Solicitante

Nombre (Apellido paterno, materno, nombre(s))					Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	
R.F.C. <input type="text"/>		Estado civil		Estatura (mts)	Peso (kg)	Ocupación	Profesión	Giro
Reconocimiento de Antigüedad (dd/mm/aaaa)		Aseguradora			Número de Póliza			

5° Solicitante

Nombre (Apellido paterno, materno, nombre(s))					Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	
R.F.C. <input type="text"/>		Estado civil		Estatura (mts)	Peso (kg)	Ocupación	Profesión	Giro
Reconocimiento de Antigüedad (dd/mm/aaaa)		Aseguradora			Número de Póliza			

6° Solicitante

Nombre (Apellido paterno, materno, nombre(s))					Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	
R.F.C. <input type="text"/>		Estado civil		Estatura (mts)	Peso (kg)	Ocupación	Profesión	Giro
Reconocimiento de Antigüedad (dd/mm/aaaa)		Aseguradora			Número de Póliza			

Cuestionario Médico	Titular		2° Solicitante		3° Solicitante		4° Solicitante		5° Solicitante		6° Solicitante	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
1. ¿Padece actualmente de alguna enfermedad?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Está en algún tratamiento médico, terapia o rehabilitación?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Se le han practicado pruebas de laboratorio, estudios de imagen, Electrocardiogramas, biopsia, entre otros?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Se le ha practicado y/o tiene programada una intervención quirúrgica u hospitalaria?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha recibido alguna transfusión de sangre?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Padece o ha padecido enfermedades del corazón?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Padece o ha padecido presión arterial alta?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Padece o ha padecido enfermedades de las vías respiratorias (Tuberculosis, bronquitis, asma, neumonía, entre otros)?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Padece o ha padecido enfermedades del sistema circulatorio (várices, Aneurismas, entre otros)?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Padece o ha padecido enfermedades del aparato digestivo (esófago, Estómago, intestinos, recto, vesícula biliar, hígado, páncreas, bazo, entre otros)?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Padece o ha padecido de enfermedades del sistema genitourinario (Riñón, vejiga, próstata, entre otros)?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Padece o ha padecido enfermedades del sistema nervioso (epilepsia, Pérdida del conocimiento y/o ataques, entre otros)?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Padece o ha padecido enfermedades del aparato musculo esquelético Óseo (huesos, músculos o articulaciones)?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Padece o ha padecido enfermedades del sistema inmunológico (lupus, Púrpura, artritis reumatoide, entre otros)?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Padece enfermedades endocrinas o metabólicas (diabetes, tiroides, Hipertiroidismo, azúcar elevada, colesterol, ácido úrico, entre otros)?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Padece o ha padecido enfermedades transmisibles (hepatitis, sida, Sífilis, entre otros)?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Padece o ha padecido enfermedades de la piel (vitiligo o cualquier otra)?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Padece o ha padecido enfermedades vasculares cerebrales (embolia, Trombosis, entre otros)?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Padece o ha padecido cualquier tipo de cáncer?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Se le ha diagnosticado o tiene indicios de la existencia de tumores, Quistes, piedras, hernias o fibrosis quística?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Tiene alguna anomalía de la vista o audición?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Tiene algún mal congénito ó deformidad?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Le falta algún órgano y/o miembro o parte de él?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Fuma? Cigarro <input type="checkbox"/> puro <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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cantidad												
Frecuencia												
25. ¿Consume bebidas alcohólicas?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cantidad de copas												
Frecuencia												
26. ¿Hace uso de drogas o estimulantes?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clase												
Cantidad												
Frecuencia												
27. ¿Practica algún deportes o afición de riesgo: motociclismo, buceo, paracaidismo, Alpinismo, equitación, box, lucha, artes marciales, charrería, entre otros? ¿Cuál?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ¿Viaja en o hace uso de vehículos motorizados como: motocicleta o Avión particular (vuelos no comerciales)?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frecuencia												

Cuestionario Médico	Titular		2° Solicitante		3° Solicitante		4° Solicitante		5° Solicitante		6° Solicitante	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Solo aplica para mujeres												
29. ¿Padece o ha padecido enfermedades de los ovarios, de la matriz de las Glándulas mamarias?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. ¿Actualmente está embarazada? ¿De cuantos meses?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Indique el número de embarazos que ha tenido												
32. Indique el número de partos que ha tenido												
33. ¿Le han practicado legrados, cesáreas o abortos?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. ¿Está o se ha sometido a tratamientos por infertilidad?	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En caso de que alguna respuesta sea afirmativa, deberá ampliar la información por cada solicitante

Titular y/o # de Solicitante	Núm Pregunta	Cantidad y/o frecuencia	Enfermedad/ accidente	¿Hace cuánto padeció la Enfermedad / accidente?	Duración	Estado actual

¿Desea manifestar algún hecho importante o relevante adicional?

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 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.

Por lo anterior, 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 que ésta le requiera.

Declaraciones adicionales del solicitante (leer antes de firmar)

Previa 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.

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 solicitante; lo anterior en el entendido que el correo electrónico señalado en la presente solicitud, es consultado periódicamente por el solicitante y/o usuario de la cuenta o bien por una persona designada por el solicitante 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 solicitante 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) Endosos; e) Rescisiones; f) procedencia e improcedencia de siniestros.

Cualquier cambio en la dirección de correo electrónico del solicitante así como de Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más, deberá ser comunicado por escrito.

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. Finalmente, 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.

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: Los beneficiarios designados, únicamente son para en caso de contar con la cobertura de gastos funerarios o bien reembolso de gastos hechos para la atención de enfermedades o accidentes cubiertos del asegurado y a falta de que este no pueda recibir, ya sea por fallecimiento o incapacidad.

Los beneficiarios designados, 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) (Nombre(s), Apellido paterno, Apellido materno)	Domicilio completo de (los) Beneficiario(s)	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa)	Parentesco	Participación
1.				%
2.				%
3.				%

Nota: en caso de que el asegurado titular llegase a fallecer y se tuviese algún importe pendiente de pago derivado de algún reembolso por gastos médicos cubiertos, dicho reembolso será entregado de acuerdo a la declaración de beneficiarios realizada en éste apartado.

“Advertencia: En el 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 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 nombra 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 incondicionado de disponer de la suma asegurada”

Estas preguntas deberán ser contestadas sólo por el contratante (sólo si se trata de persona física)

1. ¿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 cual _____

2. ¿Realiza alguna de estas actividades?

Comerciante de: metales preciosos, antigüedades, joyas, objetos de arte, piedras preciosas, productos militares de alta sofisticación, agentes 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 cual _____

3. ¿Usted ha estado relacionado en algún proceso penal?

Sí No En caso afirmativo indique 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.

Artículo 25. Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

Declaro de manera libre y espontánea, bajo protesta de decir la verdad, que los recursos destinados para el pago de la prima de seguro que en su caso se llegue a celebrar con motivo de la presente solicitud, son de procedencia lícita.

Aviso de privacidad

Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más, con domicilio en Paseo de la Reforma No. 243, Piso 16 Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Ciudad de México, 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 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 5 días hábiles a partir de la recepción de este aviso, para manifestar su negativa al siguiente correo: datospersonales@vepormas.com.mx, 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, 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.

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.

Apreciable solicitante, en caso de que sea aceptada su solicitud, le agradeceremos nos indique cual es la mejor forma de recibir sus condiciones generales del contrato en cuestión. Le invitamos a sumarse al cuidado de la naturaleza evitando el uso del papel aceptando medio electrónico para su recepción.

- Vía correo electrónico a la siguiente dirección _____
- Impresión en papel

Lugar y Fecha en que se Firma

Firma del Contratante

Firma del Solicitante Titular

En caso de minoría de edad del Solicitante Titular, se requiere el nombre y la firma de su Representante Legal.

Nombre del Representante Legal

Parentesco o relación con el Solicitante

Firma del Representante Legal

Datos del agente

No. de agente	Nombre	Distribucion
---------------	--------	--------------

1. ¿Recomienda usted a su cliente, tanto por aspecto saludable como por su moralidad, hábitos y reputación? Sí No

2. ¿Tiene algún parentesco con el solicitante? Si No

Indique cuál: _____

3. Informo que entrevisté al contratante y/o solicitante-titular 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.

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, al teléfono 5511021919 en la opción 0 ext. 80018 y/o al 800 8376 7627 opción 0 ext. 80018, en un horario de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas; al correo electrónico aclaraciones.une@segurosvepormas.com, o visite 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 5340 0999 en la Ciudad de México y el interior de la Republica al 800 999 8080; correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página 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 04 de septiembre de 2019, con el número CGEN-S0016-0077-2019./G-01115-001