

Folio: _____

Instrucciones

Este formato debe ser llenado y firmado por el contratante y asegurado titular con letra molde. 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 de la póliza

Nombre del contratante:

Teléfono:

No. de la póliza:

No. de certificado:

Vigencia de la póliza (DD/MM/AAAA):

Datos de los solicitantes

Solicitante	Nombre completo	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)
Titular		
Cónyuge		
Hijo (1)		
Hijo (2)		
Hijo (3)		
Otro		

NOTA: Si has estado asegurado con otras compañías y requieres reducir o eliminar los períodos de espera, anexa 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.

Cuestionario médico	Titular		Cónyuge		Hijo (1)		Hijo (2)		Hijo (3)		Otro	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Estatura (ejemplo: 1.50m):												
Peso (ejemplo: 50kg):												
1.¿Padece actualmente de alguna enfermedad?												
2.¿Está en algún tratamiento médico, terapia o rehabilitación?												
3.¿Se le han practicado pruebas de laboratorio, estudios de imagen, electrocardiogramas, biopsia, entre otros?												
4.¿Se le ha practicado y/o tiene programada una intervención quirúrgica u hospitalaria?												
5.¿Ha recibido alguna transfusión de sangre?												
6.¿Padece o ha padecido enfermedades del corazón?												

Cuestionario médico	Titular		Cónyuge		Hijo (1)		Hijo (2)		Hijo (3)		Otro	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
7.¿Padece o ha padecido presión arterial alta?												
8.¿Padece o ha padecido enfermedades de las vías respiratorias (tuberculosis, bronquitis, asma, neumonía, entre otros)?												
9.¿Padece o ha padecido enfermedades del sistema circulatorio (várices, aneurismas, entre otros)?												
10.¿Padece o ha padecido enfermedades del aparato digestivo (esófago, estómago, intestinos, recto, vesícula biliar, hígado, páncreas, bazo, entre otros)?												
11.¿Padece o ha padecido de enfermedades del sistema genitourinario (riñón, vejiga, próstata, entre otros)?												
12.¿Padece o ha padecido enfermedades del sistema nervioso (epilepsia, pérdida del conocimiento y/o ataques, entre otros)?												
13.¿Padece o ha padecido enfermedades del aparato músculo esquelético óseo(huesos, músculos o articulaciones)?												
14.¿Padece o ha padecido enfermedades del sistema inmunológico (lupus, púrpura, artritis reumatoide, entre otros)?												
15.¿Padece enfermedades endocrinas o metabólicas (diabetes, tiroides, hipertiroidismo, azúcar elevada, colesterol, ácido úrico, entre otros)?												
16.¿Padece o ha padecido enfermedades transmisibles (hepatitis, SIDA, sífilis, entre otros)?												
17.¿Padece o ha padecido enfermedades de la piel (vitiligo o cualquier otra)?												
18.¿Padece o ha padecido enfermedades vasculares cerebrales (embolia, trombosis, entre otros)?												
19.¿Padece o ha padecido cualquier tipo de cáncer?												
20.¿Se le ha diagnosticado o tiene indicios de la existencia de tumores, quistes, piedras, hernias o fibrosis quística?												
21.¿Tiene alguna anomalía de la vista o audición?												
22.¿Tiene algún mal congénito ó deformidad?												
23.¿Le falta algún órgano y/o miembro o parte de él?												

Cuestionario médico	Titular		Cónyuge		Hijo (1)		Hijo (2)		Hijo (3)		Otro	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
24.¿Fuma? Cigarro Puro Cantidad Frecuencia												
25.¿Consume bebidas alcohólicas? Cantidad de copas Frecuencia												
26.¿Hace uso de drogas o estimulantes? Clase Cantidad Frecuencia												
27.¿Practica algún deportes o afición de riesgo: Motociclismo, buceo, paracaidismo, alpinismo, equitación, box, lucha, artes marciales, charrería, entre otros? ¿Cuál?												
28.¿Viaja en o hace uso de vehículos motorizados como: motocicleta o avión particular (vuelos no comerciales)? Frecuencia												
Mujeres												
29.¿Padece o ha padecido enfermedades de los ovarios, de la matriz de las glándulas mamarias?												
30.¿Actualmente está embarazada? ¿De cuántos meses?												
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?												
34.¿Está o se ha sometido a tratamientos por infertilidad?												

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

Solicitante	No. 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 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, facultarás 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 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. 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. Así mismo, reconozco que los padecimientos preexistentes no quedarán cubiertos en la póliza, aunque sean declarados en la presente solicitud, considerando este documento como parte integrante de mi contrato para todos los efectos a que haya lugar. 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. 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.

Firma del solicitante titular

Firma del contratante

Aviso de privacidad

La información personal del solicitante titular y/o contratante, consistente en su nombre completo, domicilio, teléfono y demás datos personales que Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más, recolecte mediante la solicitud de seguro, cuestionarios, a través de terceros autorizados, por vía electrónica, mediante grabación de conversaciones telefónicas, o a través de cualquier otro medio, será utilizada para el cumplimiento del contrato de seguro al que se incorpora el presente aviso, así como para la realización de estudios estadísticos, para la gestión de otras solicitudes y contratos con entidades de Grupo Financiero Ve por Más así para remitirle información sobre productos y servicios del mismo.

La información personal del solicitante titular y/o contratante que Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más recabe en esta forma se trata con la confidencialidad debida y no se vende, ni cede a terceras personas. Sin embargo, se autoriza a Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más, a compartirla en los siguientes casos:

a) Cuando dicha transferencia de información se efectuó con terceros con lo que Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más, la compañía celebre contratos en interés del solicitante titular y/o contratante o para dar cumplimiento al contrato de seguro celebrado con el mismo.

b) En los casos que lo exija la ley, o la procuración o administración de justicia.

La información personal será resguardada por el departamento de datos personales de Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más, ante quién el solicitante titular y/o contratante puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación, mediante solicitud por escrito.

Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más se reserva el derecho a modificar este aviso de privacidad en cualquier momento, mediante la publicación de un anuncio destacado en su portal electrónico en internet www.vepormas.com

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.

Firma del solicitante titular

Firma del contratante

Lugar y fecha (DD/MM/AAAA)

Firma del solicitante titular

Firma del contratante

Datos del agente

No. agente:	Nombre:	Distribución:	
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?		Sí	No
Indique cuál:			

Lugar y fecha (DD/MM/AAAA)

Firma del agente

Este documento solo 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, esta concuerde totalmente con los términos de la solicitud. Esta solicitud es nula si carece de la firma del solicitante y/o contratante.

“La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de Conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-a, 36-b y 36-d de La Ley general de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el (los) registro(s) número(s) CNSF-S0016-____-____ de fecha ____ de _____ de _____.”