

Folio:

### Instrucciones

Este cuestionario deberá ser llenado en su totalidad con letra de molde, con información completa y detallada, firmado por el Asegurado y el Contratante. Por el hecho de proporcionar este formulario, Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más no queda obligado a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la Póliza.

Este documento no será válido con tachaduras ni enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

### Datos de Póliza

Nombre del Contratante:

REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES (10 POSICIONES) + HOMOCLAVE (3 POSICIONES): 	No. de Póliza:
Subgrupo:	Terminación de vigencia (DD/MM/AAAA):

### Datos del Asegurado

Apellido paterno:	Apellido materno:	Nombre(s):		
REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES (10 POSICIONES) + HOMOCLAVE (3 POSICIONES): 	No. de Certificado:	Edad:	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA):
Parentesco con el Contratante/Titular:	Asegurado desde (DD/MM/AAAA):			
Ocupación (indicar labores diarias):				

### Datos de la reclamación

Motivo:	Antecedentes Gineco-Obtétricos <input type="checkbox"/>	Pago directo <input type="checkbox"/>	Programación de cirugía o tratamiento <input type="checkbox"/>	Segunda opinión <input type="checkbox"/>		
Tipo:	Accidente <input type="checkbox"/>	Embarazo <input type="checkbox"/>	Enfermedad <input type="checkbox"/>	Reclamación <input type="checkbox"/>	Inicial <input type="checkbox"/>	Complementaria <input type="checkbox"/>

### Información general

¿Has presentado gastos anteriores por este padecimiento o enfermedad en esta u otra compañía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿En qué compañía?:
¿Cuentas actualmente con otro Seguro?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿En qué compañía?:
Fecha en que ocurrió el accidente o la aparición de síntomas de la enfermedad (DD/MM/AAAA):	Fecha de la primer consulta médica (DD/MM/AAAA):
Indica el diagnóstico o padecimiento:	Motivo de la atención médica:

En caso de ser accidente, detalla cómo y dónde ocurrió e indica, en su caso, la autoridad que tomó conocimiento del accidente (favor de anexar copias M.P.):

¿Cuentas con Seguro de automóvil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Con qué compañía?:	No. de Póliza:
Tipo de cobertura:	Suma asegurada:	Compañía del tercero:
¿Has estado hospitalizado o requieres de hospitalización? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Días de hospitalización:	Hospital:



- La identificación y contacto del titular de los datos personales
- Para la evaluación de tu 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 de Seguro
- Para realizar las gestiones de cobro que son inherentes a la Contratación o renovación del Seguro
- Para trámite y seguimiento de tus 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, 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 identidad financiera
- Cualquier actividad complementaria o auxiliar necesaria para la realización de los fines anteriores

De manera adicional, se utilizará tu información personal para las siguientes finalidades que no son necesarias para el servicio o producto solicitado, pero que permiten y facilitan brindarte 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 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 no desees que tus datos personales sean tratados ni transferidos para estos fines adicionales, podrás manifestarlo desde este momento a través del correo electrónico [atención@segurosvepormas.com.mx](mailto:atención@segurosvepormas.com.mx), indicándonos tu nombre completo y número de empleado. La negativa para el uso de tus datos personales para estas finalidades no podrá ser un motivo para que te neguemos los servicios y productos que solicitaste con nosotros.

### C. Conoce nuestro Aviso de Privacidad integral

Para mayor información acerca del tratamiento de tus datos personales, como los terceros con quienes compartimos tu información personal, los cambios de nuestro Aviso de Privacidad y la forma en que podrás ejercer tus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, limitación de uso y divulgación de tu información, así como para revocar tu consentimiento, podrás acceder a nuestro Aviso de Privacidad integral en [www.vepormas.com](http://www.vepormas.com)

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

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Asegurado afectado

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Contratante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Agente

Fecha de hospitalización (DD/MM/AAAA):	Desde (DD/MM/AAAA):	Hasta (DD/MM/AAAA):
--	---------------------	---------------------

¿Qué estudios se realizaron para el diagnóstico o tratamiento?:

Nombre del médico tratante:	Especialidad:
-----------------------------	---------------

Dirección:	Teléfono / Email:
------------	-------------------

Lugar donde fuiste atendido:      Hospital       Consultorio       Domicilio del Asegurado       Otros

### Menciona los médicos que has consultado en los últimos dos años

Nombre	Especialidad	Causa	Fecha (DD/MM/AAAA)	Teléfono

### Segunda opinión

Es la opinión que puede ser requerida por el Asegurado por Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más en caso de duda o controversia en cuanto a un diagnóstico médico, el cual se otorgará por medio de médicos especialistas que no participen de ninguna manera en la atención médica del Asegurado designado por Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más. Los gastos que se deriven por una segunda opinión médica para el mismo padecimiento se cubrirán, siempre y cuando se trate de una enfermedad cubierta.

Solicito la autorización por parte de Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más para llevar a cabo una segunda opinión médica respecto al padecimiento en cuestión.

Comentarios y/o aclaraciones

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Asegurado afectado

### Documentación a presentar

- Copia de actuación del Ministerio Público o actuación recibida de la institución (en caso de accidente)
- Interpretación de estudios radiológicos o de gabinete
- Copia de identificación oficial del Asegurado afectado (INE, pasaporte o, en caso de menores de edad, acta de nacimiento)
- Recibos de gastos que cuenten con los requisitos fiscales
- Copia de identificación oficial del Contratante (INE, pasaporte vigente)
- Por cada médico tratante se deberán llenar los informes médicos correspondientes y su participación en el evento