

Folio:

1 DE 13

Instrucciones

Este formato debe ser llenado y firmado por el contratante y solicitante 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. 		C.U.R.P. (cuando se cuente con ella)		Correo electrónico	
País de nacimiento	Estado de nacimiento	Nacionalidad	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)		

Domicilio del contratante

Calle	Núm. ext.	Núm. int.	Colonia	Alcaldía o Municipio	
Ciudad	Estado	C.P.	Teléfono particular	Teléfono de oficina	

Datos del seguro

Suma asegurada	Deducible		Coaseguro	Nivel hospitalario	Tabulador
2,000,000 <input type="checkbox"/>	10,000 <input type="checkbox"/>	35,000 <input type="checkbox"/>	10% <input type="checkbox"/>	Elite <input type="checkbox"/>	50,000 <input type="checkbox"/>
5,000,000 <input type="checkbox"/>	15,000 <input type="checkbox"/>	40,000 <input type="checkbox"/>	15% <input type="checkbox"/>		60,000 <input type="checkbox"/>
10,000,000 <input type="checkbox"/>	20,000 <input type="checkbox"/>	45,000 <input type="checkbox"/>	20% <input type="checkbox"/>	Plus <input type="checkbox"/>	80,000 <input type="checkbox"/>
30,000,000 <input type="checkbox"/>	25,000 <input type="checkbox"/>	50,000 <input type="checkbox"/>	25% <input type="checkbox"/>		90,000 <input type="checkbox"/>
50,000,000 <input type="checkbox"/>	30,000 <input type="checkbox"/>	75,000 <input type="checkbox"/>	30% <input type="checkbox"/>	Estándar <input type="checkbox"/>	110,000 <input type="checkbox"/>
125,000,000 <input type="checkbox"/>		100,000 <input type="checkbox"/>			120,000 <input type="checkbox"/>

Coberturas adicionales con costo

Reconocimiento de antigüedad	<input type="checkbox"/>	Maternidad Plus ⁽²⁾		
Medicamentos fuera del hospital	<input type="checkbox"/>	30,000	<input type="checkbox"/>	40,000 <input type="checkbox"/>
C. tratamientos no amparados	<input type="checkbox"/>	50,000	<input type="checkbox"/>	
P. preexistentes declarados	<input type="checkbox"/>	Multi-Región		<input type="checkbox"/>
Eliminación de deducible por accidente ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/>	Emergencias médicas en el extranjero		<input type="checkbox"/>
Ampliación de servicios	<input type="checkbox"/>	Enfermedades graves en el extranjero		<input type="checkbox"/>
Beneficio hospitalario VIP	<input type="checkbox"/>	Cobertura internacional		<input type="checkbox"/>
Ayuda diaria por hospitalización	<input type="checkbox"/>	Xtensuz		
Indemnización enfermedades graves	<input type="checkbox"/>	Deducible:		
		500,000	<input type="checkbox"/>	1,000,000 <input type="checkbox"/>
				2,000,000 <input type="checkbox"/>
		3,500,000	<input type="checkbox"/>	
		Otro:	_____	

Consideraciones en coberturas adicionales:

- ⁽¹⁾ Para contratar esta Cobertura Adicional se requiere tener un deducible menor o igual a \$30,000 M.N.
- ⁽²⁾ Para contratar esta Cobertura Adicional se requiere tener un deducible menor o igual a \$20,000 M.N.

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

Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual

En caso de que ésta solicitud sea aceptada y se emita la póliza correspondiente, 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 elijas la que más te convenga:

Tarjetas de crédito/débito	Pago Referenciado
Domiciliación (Micrositio) <input type="checkbox"/>	Transferencia bancaria <input type="checkbox"/>
Portal web <input type="checkbox"/>	Pago en ventanilla bancaria <input type="checkbox"/>
Centro de atención telefónica (CAT) <input type="checkbox"/>	

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	Núm. ext.	Núm. int.	Colonia	Alcaldía o Municipio
-------	-----------	-----------	---------	----------------------

Ciudad	Estado	C.P.	País
--------	--------	------	------

R.F.C.	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.	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.	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.	Estado Civil	Estatura (mts)	Peso (kg)	Ocupación	Profesión	Giro
--------	--------------	-------------------	--------------	-----------	-----------	------

Reconocimiento de antigüedad (DD/MM/AAAA)	Aseguradora	Número de Póliza
--	-------------	------------------

Cuestionario Médico	Titular		Solicitantes									
			2°		3°		4°		5°		6°	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
24. ¿Fumas? Cigarro <input type="checkbox"/> Puro <input type="checkbox"/> Cantidad Frecuencia	<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"/>
25. ¿Consumes bebidas alcohólicas? Cantidad Frecuencia	<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"/>
26. ¿Haces uso de drogas o estimulantes? Clase Cantidad Frecuencia	<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"/>
27. ¿Practicas algún deporte 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. ¿Viajas en o haces uso de vehículos motorizados como: motocicleta o avión particular (vuelos no comerciales)? Frecuencia	<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"/>
Sólo aplica para mujeres												
29. ¿Padeces o has 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 estás embarazada? ¿De cuántos 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. Indica el número de embarazos que has tenido												
32. Indica el número de partos que has tenido												
33. ¿Te 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. ¿Estás o te has 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, deberás ampliar la información por cada solicitante

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

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

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

¿Deseas 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 desees contratar la cobertura gastos funerarios o en el caso que el asegurado no pueda cobrar alguna indemnización, favor de designar a sus beneficiarios.

Nombre completo del(los) beneficiario(s) (nombre(s), apellido paterno, apellido materno)	Domicilio completo de(los) beneficiario(s)	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Parentesco	Participación
1.				%
2.				%
3.				%

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. ¿Desempeñas o has 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 indica cuál _____

2. ¿Realizas alguna de estas actividades?

Comerciante de: metales preciosos, antigüedades, joyas, objetos de arte, piedras preciosas, productos militares de alta sofisticación, agente 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 indica cuál _____

3. ¿Has estado relacionado en algún proceso penal?

Sí No En caso afirmativo indica cuál _____

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 cuál 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 Solicitante Titular

Firma del Contratante

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

Nombre del Representante Legal

Firma del Representante Legal

Parentesco o relación con el Solicitante

Datos del agente

No. de agente	Nombre	Distribución

1. ¿Tiene algún parentesco con el solicitante?

Indique cuál: _____

Sí No

2. 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 u 800 8376 7627 opción 0 y solicitar ser canalizado a la UNE de Seguros Bx+, 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 55 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 22 de julio de 2021 con el número BADI-S0016-0022-2021/CONDUSEF-004888-02.