

**Aviso de Accidente o Enfermedad**

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 obligada 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 la Póliza**

Nombre del Contratante		R.F.C.
No. de Póliza	Subgrupo	Terminación de vigencia (dd/mm/aaaa)

**Datos del Asegurado**

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)
R.F.C.	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:      Reembolso       Pago directo       Programación de cirugía o tratamiento       Segunda opinión

Tipo:      Accidente       Embarazo       Enfermedad       Reclamación:      Inicial       Complementaria

**Información General**

¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o enfermedad en esta u otra compañía?      Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué compañía?	
	Núm. Siniestro:	Fecha de Reclamación (dd/mm/aaaa)
¿Cuenta actualmente con otro Seguro?      Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿En qué compañía?	
Fecha en que ocurrió el accidente o la aparición de síntomas de la enfermedad: (dd/mm/aaaa)	Fecha de la primera consulta médica: (dd/mm/aaaa)	
Indique el diagnóstico o padecimiento:	Motivo de la Atención Médica:	

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

¿Cuenta con Seguro de Automóvil? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Con qué compañía?	No. de Póliza:
Tipo de Cobertura:	Suma Asegurada:	Compañía del Tercero:
¿Estuvo hospitalizado o requiere de hospitalización?      Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Días de hospitalización:	Hospital:

**Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más.**



- 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 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 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 podrá manifestarlo desde este momento a través del correo electrónico [atención@segurosvepormas.com.mx](mailto:atención@segurosvepormas.com.mx) 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 <http://vepormas.com.mx>, dentro de la página de Seguros Ve por Más, seleccionando el apartado “su información personal está segura con Ve por Más”.

**Lugar y fecha (dd/mm/aaaa)**

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Asegurado Afectado

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Contratante

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Agente

### **Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más.**

Paseo de la Reforma 243, piso 16, Col. Cuauhtémoc, C.P. 06500, CDMX. En caso de Siniestro llama al 01 800 830 3676.  
[www.vepormas.com](http://www.vepormas.com)

Fecha de Hospitalización Desde: (dd/mm/aaaa) Hasta: (dd/mm/aaaa)

¿Qué estudios se realizaron para el diagnóstico o tratamiento?

Nombre del médico tratante	Especialidad:
Dirección	Teléfono/correo electrónico

Lugar donde fue atendido: Hospital  Consultorio  Domicilio del Asegurado  Otros:

**Mencione los médicos que ha consultado en los dos últimos años**

Nombre	Especialidad	Causa	Fecha (dd/mm/aaaa)	Teléfono

**Segunda Opinión Médica**

Es una 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 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 la 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.

**Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más.**