

SOLICITUD DE SEGURO PARA AUTOMÓVILES

FOLIO:

Datos Personales del Asegurado

Nombre(s) o Razón Social		Apellido Paterno		Apellido Materno	
R.F.C.	CURP		Correo electrónico		Teléfono(s)
Ocupación, Profesión (o Giro)	Nacionalidad	Fecha de Nacimiento (Personas Físicas)		Fecha de Constitución (Personas Morales)	
Domicilio: Calle		No. Exterior	No. Interior		Colonia
Código Postal	Delegación o municipio		Ciudad		Estado

¿Desempeña o ha desempeñado algún cargo en alguna dependencia de Gobierno Federal, Local, Estatal o Municipal?

- Si
 No

En caso afirmativo, especifique : _____

Datos del Seguro

<input type="checkbox"/> Póliza Nueva <input type="checkbox"/> Renueva Póliza No. _____	Vigencia: A partir de las 12:00 hrs. del día (dd/mm/aaaa) Hasta las 12:00 hrs del día (dd/mm/aaaa)
---	--

Forma de Pago

Plazo: Mensual Trimestral Semestral Anual **Moneda:** Nacional Dólares

Forma: Tarjeta de Crédito Meses sin Intereses* Cuenta CLABE Pago referenciado Cargo por única ocasión

*Promoción a meses sin intereses solo disponible para pagos anuales. La promoción a meses sin intereses está sujeta a disponibilidad en el momento del cobro.

En caso de pago por transferencia bancaria, pago referenciado así como el pago a través de tarjeta de crédito, el estado de cuenta, recibo, folio o número de confirmación de la transacción, en donde aparezca dicho cargo, hará prueba plena del pago, hasta en tanto la institución entregué el comprobante de pago correspondiente.

Datos del vehículo

Línea:	Auto <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/> Especifique: _____			
Versión:	Marca:	Submarca o tipo:		Modelo:	
Bolsa de aire <input type="checkbox"/>		Quema cocos <input type="checkbox"/>	Aire acondicionado <input type="checkbox"/>	Vestiduras: Piel <input type="checkbox"/>	
Trasmisión:	Servicio	Puertas:	Cilindros:	Pasajeros:	Capacidad
	Privado foráneo				
Zona de circulación:	Privado urbano	Tipo de Carga:		Placa:	
	Público estatal				
Núm. de Motor	Público foráneo	No. de Serie / No. de Identificación Vehicular		No. de Constancia de Inscripción (NCI)	
	Privado urbano				
Uso:	Particular <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/>	Turismo <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	
Especifique: _____					

Remolque(s) (clave, tipo, modelo)

Equipo Especial (descripción y monto) anexas factura

¿Su vehículo ha sido decretado como Pérdida Total por otra Compañía Aseguradora?

SI

NO

Datos del conductor habitual

Propietario:	Conductor:	Empleado:
--------------	------------	-----------

Desglose de Coberturas

Coberturas	Amparado	Excluido	Suma Asegurada	Deducibles
Daños Materiales (DM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		% Aplicar al valor del vehículo a la fecha del siniestro
Robo total (RT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		% Aplicar al valor del vehículo a la fecha del siniestro
Responsabilidad Civil bienes y personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Responsabilidad Civil en exceso para fallecimiento de terceros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Responsabilidad Civil Ocupantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Gastos Médicos Ocupantes y al Conductor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Rotura de Cristales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		20% de la suma asegurada de los bienes asegurados
Asistencia Legal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Asistencia Vial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Cobertura de Muerte Accidental al conductor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
BX+ 10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Auto Sustituto por Pérdida Total	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Exención de deducible de DM por pérdida total	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Exención de deducible de RT por pérdida total	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Extensión de Responsabilidad Civil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Equipo Especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		25% de la suma asegurada de los bienes asegurados
Adaptaciones y Conversiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Regreso seguro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
0% Deducible con Tercero Responsable (Uso particular)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pago de Multas y Corralón (Uso Particular)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pérdida o Extravío de Llaves del Automóvil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pérdida o Extravío de Boleto de Estacionamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Auto Sustituto por Pérdida Parcial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Daño de Llantas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Otros (especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Antecedentes de Siniestralidad

¿En los últimos tres años, cuántas reclamaciones ha tenido? _____
 Describa la pérdida y especificar el monto de la misma:

Otros Seguros

¿Cuenta con algún Seguro similar y vigente al contrato de la presente solicitud? Sí No

Tipo de Seguro: _____ Vigencia: _____ Suma Asegurada: _____ Prima: _____

Declaraciones del solicitante

El solicitante declara y afirma que todos los datos relativos a su nombre y dirección, descripción del vehículo son verídicos, y que solicita el seguro propuesto de acuerdo con las anotaciones y límites indicados en esta solicitud.

Hago constar que la información y datos asentados en esta Solicitud son verdaderos y exactos, y que estoy de acuerdo en que sirvan de evaluación para el seguro que solicito por lo que en caso de que alguno de los datos proporcionados resulte falso o inexacto, estoy consciente en que el contrato será rescindido de pleno derecho, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Aviso de Privacidad

Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más, con domicilio en Av. Paseo de la Reforma No. 243 Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, México D.F., 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 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 contará con 5 días hábiles a partir de la recepción de este aviso, para manifestar su negativa al siguiente correo: atencion.clientes@vepormas.com con copia a: mcalderon@vepormas.com, 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 ARCO, 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.

Nombre, Firma y Fecha

Lugar y Fecha (dd/mm/aaaa)

Lugar y Fecha (dd/mm/aaaa)

Apreciable Asegurado y/o Contratante, Seguros Ve por Más está inmersa en el cuidado del ambiente y en la reducción del uso del papel. Te invitamos a sumarte a esta campaña aceptando las Condiciones Generales de tu producto por cualquier de los siguientes medios:

Papel Descarga de página web www.vepormas.com Vía correo electrónico: _____

Firma del Solicitante

Datos del Agente

De conformidad con lo descrito en el Artículo 96 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, declaro haber informado al solicitante el alcance real de la cobertura y la forma de conservarla o darla por terminada, de manera amplia y detallada.

Nombre(s)

Apellido Paterno

Apellido Materno

R.F.C.	CURP	Clave de Agente	Correo Electrónico
Inspección del estado del vehículo			
<input type="checkbox"/> Verificado por el agente			
Observaciones:			
_____ Firma del Agente			

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.

Asimismo, 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 encuentra en nuestra página de internet 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 www.vepormas.com, Condiciones Generales, sección, Anexo denominado Preceptos Legales.

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación a su de seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía ubicada en Avenida Paseo de la Reforma, número 243 Piso 16, Colonia Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06500, al teléfono 41618600 o 92000000 ext. 61656 , 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, Ciudad de México, C.P. 03100, al teléfono (55)5340 0999 en la CDMX y el interior de la República al 01 800 999 80 80; 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 noviembre de 2017, con el número CNSF-S0016-0581-2017.

Producto registrado ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS), bajo el número de registro CONDUSEF-000821-05.