

Datos del Asegurado

*Nombre(s): _____ *Apellido paterno: _____ *Apellido materno: _____

*REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES (10 POSICIONES) + HOMOClave (3 POSICIONES):

| | | | | | | | | | | | | | | |

Sexo: M F Edad: _____ *Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA): _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Unión libre Ocupación: _____

Domicilio del Asegurado

Calle: _____ Núm. Ext.: _____ Núm. Int.: _____ Colonia: _____

Delegación / Municipio: _____ Estado: _____ C.P.: _____

Teléfono casa / oficina (clave LADA + Número + Ext.): _____

Datos del Seguro

Nombre del Contratante: _____ Número de Póliza: _____

Beneficio a reclamar

- Fallecimiento
- Sobrevivencia
- Muerte accidental
- Doble Indemnización por muerte accidental y/o pérdidas orgánicas
- Triple Indemnización por muerte accidental colectiva y/o pérdidas orgánicas colectiva
- Pago anticipado de suma asegurada por invalidez total y permanente
- Exención de pago de primas por invalidez total y permanente

Documentación requerida

Todos los documentos deberán entregarse en original o copia certificada.

Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más, se reserva el derecho de solicitar algún documento adicional a los mencionados, cuando lo crea conveniente.

Fallecimiento por enfermedad	Fallecimiento por accidente	Invalidez, pérdidas orgánicas o sobrevivencia
<input type="checkbox"/> Comprobante de domicilio del Asegurado	<input type="checkbox"/> Comprobante de domicilio del Asegurado	<input type="checkbox"/> Comprobante de domicilio del Asegurado
<input type="checkbox"/> Identificación oficial del Asegurado	<input type="checkbox"/> Identificación oficial del Asegurado	<input type="checkbox"/> Identificación oficial del Asegurado
<input type="checkbox"/> Acta de defunción del Asegurado	<input type="checkbox"/> Acta de defunción del Asegurado	<input type="checkbox"/> Formulario Médico sobre las causas del fallecimiento o invalidez del Asegurado (sólo para invalidez y pérdidas orgánicas)
<input type="checkbox"/> Acta de nacimiento del Asegurado	<input type="checkbox"/> Acta completa levantada ante el Ministerio Público	
<input type="checkbox"/> Acta de matrimonio del Asegurado (sólo si aplica)	<input type="checkbox"/> Acta de nacimiento del Asegurado	

Documentación requerida

Fallecimiento por enfermedad	Fallecimiento por accidente	Invalidez, pérdidas orgánicas o sobrevivencia
<input type="checkbox"/> Formulario Médico sobre las causas del fallecimiento o invalidez del Asegurado <input type="checkbox"/> Certificado individual del seguro <input type="checkbox"/> Último comprobante de pago de la Póliza <input type="checkbox"/> Comprobante de domicilio de los Beneficiarios <input type="checkbox"/> Identificación oficial de los Beneficiarios <input type="checkbox"/> Acta de nacimiento de los Beneficiarios	<input type="checkbox"/> Acta de matrimonio del Asegurado (solo si aplica) <input type="checkbox"/> Formulario médico sobre las causas del fallecimiento o invalidez del Asegurado <input type="checkbox"/> Certificado individual del seguro <input type="checkbox"/> Último comprobante de pago de la Póliza <input type="checkbox"/> Comprobante de domicilio de los Beneficiarios <input type="checkbox"/> Identificación oficial de los Beneficiarios <input type="checkbox"/> Acta de nacimiento de los Beneficiarios	<input type="checkbox"/> Dictamen de invalidez emitido por institución autorizada (sólo para invalidez) <input type="checkbox"/> Acta de nacimiento del Asegurado <input type="checkbox"/> Certificado individual del seguro <input type="checkbox"/> Último comprobante de pago de la Póliza

Documentación adicional

Si al ocurrir el fallecimiento del Asegurado no había sido aún comprobada su edad por Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más, el reclamante deberá comprobarla presentando el acta certificada de nacimiento.

En caso de muerte violenta por accidente, los interesados deberán facilitar los detalles completos del Siniestro, indicando si el finado recibió o no asistencia médica y, en su caso, deberán presentar a Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más, copia del acta levantada por las autoridades.

Si el Beneficiario fuera menor de edad, deberán firmar la solicitud las personas que ejerzan la tutela del menor.

En caso de que no exista designación de Beneficiarios o a falta de ellos, y por esa razón, cuando la suma asegurada deba pagarse a los herederos del Asegurado, la solicitud deberá ser firmada por el albacea, quien deberá presentar una copia certificada de su nombramiento por aceptación del cargo que así lo justifique.

Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más. Paseo de la Reforma 243, piso 16, Col. Cuauhtémoc, C.P. 06500, CDMX, te recuerda que tus datos personales serán utilizados para dar trámite y seguimiento a la solicitud del producto o servicio de tu interés. Para mayor información sobre el uso de tus datos personales, puedes acceder a nuestro aviso de privacidad integral a través de www.vepormas.com

Datos de los Beneficiarios

Nombre completo	Domicilio	Parentesco	Firma
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Todos los Beneficiarios deben presentar una identificación oficial vigente con fotografía.

Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más. Paseo de la Reforma 243, piso 16, Col. Cuauhtémoc, C.P. 06500, CDMX, te recuerda que tus datos personales serán utilizados para dar trámite y seguimiento a la solicitud del producto o servicio de tu interés. Para mayor información sobre el uso de tus datos personales, puedes acceder a nuestro aviso de privacidad integral a través de www.vepormas.com, ubicándose en la sección de "Seguros Bx+", dentro del apartado, "Tu Información personal está segura con Bx+".

Nombre y Firma del Beneficiario y/o Reclamante y/o Albacea