

Tipo de reclamación: Inicial <input type="checkbox"/> Complemento <input type="checkbox"/>	No.
--	-----

Póliza:

En caso de complemento indicar el número de Siniestro:

Nombre del Asegurado:

Lugar y fecha del Siniestro:

Llena la siguiente sección sólo si la reclamación corresponde a un Siniestro Inicial o en caso de requerir el cambio de cuenta bancaria.

****Datos para efectuar el pago por transferencia bancaria (agregar copia de tu estado de cuenta e identificación oficial)****

Banco:	Plaza:	Sucursal:
--------	--------	-----------

No. de cuenta:	Tipo de cuenta:
----------------	-----------------

CLABE Interbancaria (18 dígitos)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Email:

De conformidad con la reclamación presentada a esta Aseguradora, relativa al Siniestro ocurrido en la fecha y lugar arriba indicados y con cargo a la Póliza citada en la referencia, por este medio solicito(amos) a Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más, el pago de la Indemnización, vía transferencia bancaria. En el momento en que reciba(mos) el total de dicha transferencia bancaria a la cuenta y CLABE interbancaria que aquí se proporcionan, otorgo(amos) a Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más, el más amplio finiquito que en derecho proceda no reservándome (reservándonos) derecho ni acción alguna que ejercitar en lo futuro, ni en materia civil, penal y/o administrativa y/o ninguna otra manera, ni en México ni en cualquier parte del mundo en contra de Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más, y/o de sus representantes y/o sus apoderados, en el entendido de que la Suma Asegurada de la Cobertura afectada de la Póliza citada, será reducida en función de la Indemnización recibida.

Expresamente declaro(amos) bajo protesta de decir verdad que, al momento de ocurrida la Pérdida que se me(nos) indemniza, sólo existe sobre los Bienes afectados, la Póliza que se menciona en este finiquito y que no se tiene contratado seguro alguno con otra(s) compañía(s) sobre los Bienes indemnizados.

Así mismo, en este acto subrogo(amos) los derechos que correspondan a Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más en los Términos del Artículo 111 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, comprometiéndome(nos) a proporcionar conforme a mis (nuestras) obligaciones legales y contractuales, todos los informes y documentos que le sean necesarios para ejercer acción de recobro. Así mismo, me(nos) obligo(amos) a la devolución del Bien Asegurado y/o entrega de la Indemnización según aplique, de cualquier Tercero responsable a Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más.

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 sus 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

Fecha en que se firma este documento: (DD/MM/AAAA)

Nombre y firma del Beneficiario

Nota. En caso de que el Beneficiario sea un menor de edad, el documento debe ser firmado por el padre o tutor.