

|  |                                  |                 |                                  |                   |
|--|----------------------------------|-----------------|----------------------------------|-------------------|
| Nombre del Contratante:<br><br>Dirección:<br><b>JAVIER BARROS SIERRA NO. 245 INT. EDIF. D 603 COL. LOMAS DE SANTA FE,ALVARO OBREGON</b><br><br>Estado: <b>MICHOACAN</b> C.P.: <b>01219</b><br>R.F.C: <b>IAC010224PD1</b> | Ramo/Subramo<br>32101            | Oficina<br>LEON | Póliza Inicial<br>0118901        | Póliza<br>0118907 |
|  | Moneda<br>NACIONAL               |                 | Forma de Pago<br>SEMESTRAL       |                   |
|  | Vigencia de la Póliza            |                 |                                  |                   |
|  | Desde<br>08/OCT/2024 12:00 HORAS |                 | Hasta<br>08/OCT/2025 12:00 HORAS |                   |
|  | ID Contratante<br>000000000      |                 | Fecha de Emisión<br>08/OCT/2024  |                   |
| Seguro: <b>GMM COLECTIVO</b>   | Vigencia del Certificado         |                 |                                  |                   |
|  | Desde<br>08/OCT/2024 12:00 HORAS |                 | Hasta<br>08/OCT/2025 12:00 HORAS |                   |

**SEGUROS VE POR MÁS, S.A. GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS cubre a los asegurados citados por las coberturas y beneficios contratados en los términos y condiciones de la póliza antes citada. El pago de la indemnización se hará siempre que el certificado se encuentre en vigor, de acuerdo a la póliza arriba mencionada**

| Datos de los Asegurados |                     |                     |                  |            |      |      |
|-------------------------|---------------------|---------------------|------------------|------------|------|------|
| Nombre                  | Número de Asegurado | Fecha de Nacimiento | Fecha Antigüedad | Parentesco | Edad | Sexo |
|                         | 00000000000003-00   | 21/NOV/1990         | 08/OCT/2018      | TITULAR    | 33   |      |
|                         |                     |                     |                  |            |      |      |
|                         |                     |                     |                  |            |      |      |
|                         |                     |                     |                  |            |      |      |
|                         |                     |                     |                  |            |      |      |
|                         |                     |                     |                  |            |      |      |

| Detalle del Seguro |                |           |           |  |
|--------------------|----------------|-----------|-----------|--|
| Subgrupo           | Suma Asegurada | Deducible | Coaseguro | Características  |
| 001                | 1,000,000      | 2,000.00  | 10.00 %   | Región de la póliza: 16-003<br>Nivel Hospitalario: 5 MEDIO<br>Tope Coaseguro: 30,000.00<br>Honorarios Quirúrgicos: 50,000.00 |

Observaciones

| Datos de la Póliza |            | Vigencia de la Póliza   |                         |
|--------------------|------------|-------------------------|-------------------------|
| Ramo/Subramo       | No. Póliza | Desde                   | Hasta                   |
| 32101              | 0118907    | 08/OCT/2024 12:00 HORAS | 08/OCT/2025 12:00 HORAS |

| Cobertura Básica                | Alcance  | Suma Asegurada                                |
|---------------------------------|--|---|
| Cuarto y Alimentos              | Privado Estándar                               |   |
| Visitas Médicas                 | Tabla Honorarios Quirúrgicos                   |   |
| Intervenciones Quirúrgicas      | Tabla Honorarios Quirúrgicos                   |   |
| Honorarios de Anestesiólogo     | Incluída                                       | 30% de Honorarios Quirúrgicos                 |
| Segunda opinión médica          | Incluída                                       |   |
| Honorarios de Enfermera         | Incluída                                       | Máximo 30 días naturales                      |
| Ambulancia Terrestre            | Incluída                                       | Gasto Usual y Acostumbrado                    |
| Ambulancia Aérea                | 20% coaseguro                                  | Gasto Usual y Acostumbrado                    |
| Prótesis y aparatos Ortopédicos | Incluída                                       | 20% de la Suma Asegurada                      |
| Asistencia al Viajero           | Incluída                                       | Descrito en las Condiciones Generales         |
| Coberturas Adicionales          | Alcance  | Suma Asegurada                                |
| MATERNIDAD GMMC 2014            | No aplica Deducible ni Coaseguro               | De acuerdo al Nivel Hospitalario contratado   |
| BXM ASISTENCIA GMMC 2014        |  |   |
| GASTOS FUNERARIOS GMMC 2014     | Cobertura para los Asegurados que la contraten | De acuerdo a endoso                           |
| TRAS.REFRAC.OCULAR GMMC 2014    | No aplica Deducible ni Coaseguro               | Suma Asegurada de hasta \$10,000 por cada ojo |
| PROTECCION DENTAL GMMC 2014     | ( Plan )                                       | 120,000                                       |
|                                 |  |   |
|                                 |  |   |
|                                 |  |   |
|                                 |  |   |
|                                 |  |   |
|                                 |  |   |
|                                 |  |   |
|                                 |  |   |

| Datos de la Póliza |            | Vigencia de la Póliza   |                         |
|--------------------|------------|-------------------------|-------------------------|
| Ramo/Subramo       | No. Póliza | Desde                   | Hasta                   |
| 32101              | 0118907    | 08/OCT/2024 12:00 HORAS | 08/OCT/2025 12:00 HORAS |

| Datos de los Beneficiarios |            |                    |
|----------------------------|------------|--------------------|
| Nombre                     | Parentesco | % de Participación |
|                            |            |                    |
|                            |            |                    |
|                            |            |                    |
|                            |            |                    |
|                            |            |                    |

**Esta Póliza queda sujeta a las Condiciones Generales y Endosos anexos**

**Endosos**

Agente: **002191**

El presente certificado forma parte integrante de su contrato de seguros, el cual, consta de: I) solicitud y cuestionarios; II) carátula de póliza; III) condiciones generales; IV) endosos; V) certificados; VI) consentimientos; VII) recibos de pago, y folleto de derechos básicos, por lo que, invitamos a consultar las coberturas, exclusiones, restricciones y alcance de su póliza, en las propias condiciones generales y/o en nuestra página de internet [www.vepormas.com](http://www.vepormas.com)

En testimonio de lo cual SEGUROS VE POR MÁS, S.A., GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS firma el presente documento en la Ciudad de **ALVARO OBREGON, CIUDAD DE MEXICO** el día **18 DE OCTUBRE DE 2024**.

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

Paseo de la Reforma 243 Piso 16, Colonia Cuauhtémoc,  
Alcaldía Cuauhtémoc C.P. 06500 Ciudad de México, Teléfono: 55 1102 1800  
[www.vepormas.com](http://www.vepormas.com); [serviciopersonas.df@segurosvepormas.com](mailto:serviciopersonas.df@segurosvepormas.com)

**En caso de siniestro llama al 800 830 3676**



**FUNCIONARIO AUTORIZADO**

**Página 3 de 4**

| Datos de la Póliza |            | Vigencia de la Póliza   |                         |
|--------------------|------------|-------------------------|-------------------------|
| Ramo/Subramo       | No. Póliza | Desde                   | Hasta                   |
| 32101              | 0118907    | 08/OCT/2024 12:00 HORAS | 08/OCT/2025 12:00 HORAS |

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 (55) 1102 1919 en la opción 0 ext. 80018 y/o al 01 800 8376 7627 opción 0 ext. 80018, 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](http://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 01 800 999 8080; correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx)

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"**

Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro: 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 que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o sus modificaciones.

Advertencia: En este seguro de gastos médicos, a partir de que el asegurado alcance una edad avanzada, las primas tendrán incrementos anuales que pueden ser cada vez más elevados, lo cual se debe a que la frecuencia y monto de reclamaciones de personas de esas edades se incrementa en forma importante. En este sentido, se advierte que, a partir de esas edades, el pago de primas de este seguro podría representarle un esfuerzo financiero importante

**"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 19 de diciembre de 2014, con el número CNSF-S0016-0686-2014/CONDUSEF-001841-02"**

En testimonio de lo cual SEGUROS VE POR MÁS, S.A., GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS firma el presente documento en la Ciudad de **ALVARO OBREGON, CIUDAD DE MEXICO** el día **18 DE OCTUBRE DE 2024**.

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

Paseo de la Reforma 243 Piso 16, Colonia Cuauhtémoc,  
Alcaldía Cuauhtémoc C.P. 06500 Ciudad de México, Teléfono: 55 1102 1800  
[www.vepormas.com](http://www.vepormas.com); [serviciopersonas.df@segurosvepormas.com](mailto:serviciopersonas.df@segurosvepormas.com)

**En caso de siniestro llama al 800 830 3676**



**FUNCIONARIO AUTORIZADO**

**Página 4 de 4**