

Instrucciones

Este formato debe ser llenado y firmado por el contratante con letra molde y tinta de un solo color. Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar. Todas sus declaraciones serán base del análisis que realiza la Institución a efecto de aprobar en su caso, esta solicitud. Motivo por el que es muy importante que responda cada pregunta con precisión y veracidad.

Datos del Contratante

| | | |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Régimen fiscal | <input type="checkbox"/> Persona física | <input type="checkbox"/> Persona moral |
| Nombre completo o razón social | Ocupación/profesión o giro mercantil | |
| Nombre del representante legal | Folio mercantil | |
| R.F.C. | Firma electrónica avanzada (fiel) | Fecha de nacimiento o fecha de constitución (dd/mm/aaaa) |
| País de nacimiento (no aplica para personas morales) | Nacionalidad | Correo electrónico |

Si cuenta con otra póliza en Seguros Ve por Más, Grupo Financiero Ve por Más indicar su número de póliza y/o certificado:

Domicilio del Contratante

| | | | |
|-----------------------------|--------------|---------------------|---------------|
| Calle | No. Exterior | No. Interior | Colonia |
| Alcaldía o municipio | Ciudad | Estado | Código postal |
| Teléfono particular o móvil | | Teléfono de oficina | |

Características del Grupo Asegurado (Anexar relación de asegurados)

Se solicita la expedición de una póliza conforme a la información en esta solicitud y los consentimientos de los miembros del grupo integrado por:

- | | | |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Personal activo en la nómina | <input type="checkbox"/> Personal activo por honorarios | <input checked="" type="checkbox"/> Personal activo temporal |
| <input type="checkbox"/> Miembros asociados | <input type="checkbox"/> Personal activo sindicalizado | <input type="checkbox"/> Personal activo de confianza |
| <input type="checkbox"/> Personal jubilado o en retiro | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

¿El objeto del contrato será garantizar prestaciones u obligaciones a cargo del Contratante? Sí No

¿El asegurado contribuye con el pago de primas? Sí No

En caso de que la respuesta haya sido "Sí", indique los porcentajes de contribución por subgrupo.

| | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Subgrupo 1 _____ % | Subgrupo 2 _____ % | Subgrupo 3 _____ % | Subgrupo 4 _____ % |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

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 5511021800 www.vepormas.com

Cobertura Básica

Gastos Funerarios + Servicios de Asistencia Bx+

Plan

Indemnización de un evento por Asegurado titular.

Indemnización de todos los eventos de Asegurados Titulares y sus Dependientes.

| Grupo asegurado | Total de asegurados | Regla de suma asegurada | Actividad/Ocupación | Regla de elegibilidad |
|-----------------|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------|
| Subgrupo 1 | | <input type="checkbox"/> \$ 50,000 <input type="checkbox"/> \$100,000 <input type="checkbox"/> Otra*: _____ | | |
| Subgrupo 2 | | <input type="checkbox"/> \$ 50,000 <input type="checkbox"/> \$100,000 <input type="checkbox"/> Otra*: _____ | | |
| Subgrupo 3 | | <input type="checkbox"/> \$ 50,000 <input type="checkbox"/> \$100,000 <input type="checkbox"/> Otra*: _____ | | |
| Subgrupo 4 | | <input type="checkbox"/> \$ 50,000 <input type="checkbox"/> \$100,000 <input type="checkbox"/> Otra*: _____ | | |

***No aplica para Dependientes**

Nota: Para los hijos menores de 12 años, el pago que se hará será, previa comprobación de estos, hasta por la Suma Asegurada contratada, con un límite máximo de 60 veces el valor de la Unidad de Medida de Actualización Mensual vigente en el momento del siniestro.

Forma de pago (la forma de pago mensual solo podrá hacerse mediante domiciliación)

Mensual

Bimestral

Trimestral

Semestral

Anual

En caso de que esta solicitud sea aceptada y se emita la póliza correspondiente, le recordamos que en caso de no cubrir el pago de la prima antes de que concluya el período de gracia mencionado en la carátula de póliza, tendrá como consecuencia la cancelación de la póliza, tal como lo establecen las condiciones generales.

Opciones de pago

Ofrecemos múltiples opciones de pago para que elija la que más le convenga:

Pago referenciado

Transferencia bancaria

Pago en ventanilla bancaria

Tarjetas de crédito/débito*

Domiciliación(Micrositio)

Portal web

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 5511021800 www.vepormas.com

Centro de atención telefónica(CAT)

*Esta opción de pago aplica únicamente para personas físicas.

De interés para el Contratante (Debe leerlo antes de firmar)

Conforme a la ley sobre el contrato de seguro, se deben declarar todos los datos requeridos en esta solicitud tal y como los conozca o deba conocerlos en forma verídica al momento de firmar, en la inteligencia que la omisión o inexacta o falsa declaración de la información solicitada, la cual es la base para la apreciación del riesgo, facultará a Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más, para rescindir el contrato celebrado aunque tales datos no hayan influido en la causa del siniestro en términos de lo previsto por los artículos 8, 9 y 10 y en relación con el 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Por lo anterior, en mi carácter de contratante y en representación de los solicitantes, bajo protesta de decir verdad declaro que todos los hechos aquí mencionados son verídicos y estoy de acuerdo en que con base en ellos la aseguradora valorará el riesgo a contratar.

La información mínima necesaria de la población a asegurar que debo proporcionar, en mi carácter de contratante, a la compañía es: nombre completo (apellido paterno, apellido materno y nombres), ocupación, fecha de alta, relación con el contratante, parentesco (dependiente con asegurado titular), fecha de nacimiento, sexo y subgrupo.

En caso de que alguna autoridad requiera más información de algún asegurado, tendré un expediente de la información antes mencionada y en caso de que Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más requiera o solicite el expediente será mi responsabilidad entregarlo a Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más en un plazo no mayor a 10 días hábiles a partir de la fecha de solicitud.

Queda convenido que Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más tendrá hasta 30 días hábiles, contados desde la fecha de recepción de esta solicitud, para comunicar la aceptación o negación de la misma, si dentro de este periodo la institución no comunica la aceptación o negación a esta solicitud, esta se considerará como rechazada.

Declaraciones adicionales del Contratante (Debe leerlo antes de firmar)

Previa lectura y debidamente enterados de las condiciones y obligaciones que establece la solicitud de Vida Grupo, confirmo haber declarado los datos exactos para la correcta evaluación de la misma.

Asimismo, autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado pólizas, para que proporcionen a Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más, la información de su conocimiento, para la correcta evaluación de esta solicitud y a su vez a Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más, para que proporcione a cualquier otra empresa del ramo, la información que se derive de esta solicitud y de otras que sean de su conocimiento, a efecto que pueda evaluar cualquier otra propuesta de contratación de seguro del sector que le sea solicitada por mi persona. Esta información puede ser requerida al momento de presentar este documento, en caso de fallecimiento o en cualquier momento en que Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más, lo considere oportuno.

Estoy de acuerdo que, en caso de ser aceptada esta solicitud, la misma formará parte del contrato de seguro cuyas condiciones generales, me serán entregadas con el método elegido más adelante; mismas que declaro conocer y manifiesto me han sido explicadas y estoy de acuerdo con ellas y acepto las obligaciones que tengo como contratante, con independencia a lo anterior también podré consultarlas en el siguiente enlace de internet:

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 5511021800 www.vepormas.com

<https://www.vepormas.com/fwpf/portal/documents/buscador>. De igual manera, declaro que el agente de seguros me ha informado de manera amplia y detallada sobre el alcance real de la cobertura y la forma de conservarla o darla por terminada.

Así mismo acepto la obligación de entregar los certificados individuales y condiciones generales del contrato de seguro a cada asegurado que integra el grupo.

Convengo con Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más a integrar y mantener actualizado el expediente de identificación de todos y cada uno de los asegurados que integran el grupo asegurado, con la información requerida por las disposiciones aplicables, dando acceso en todo momento a dicha información a Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más y en su caso estoy de acuerdo en proporcionar la información y los documentos que obren en los expedientes respectivos, en cuanto reciba la solicitud expresa por parte de Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más.

De igual manera, estoy de acuerdo en resguardar los consentimientos de uso de los datos personales y sensibles de los asegurados del grupo, y a entregarlos a Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más al momento en que lo requiera, así como entregar a los asegurados del grupo el Aviso de Privacidad en donde se establecen los lineamientos de uso de datos, ya sea por vía electrónica o física.

En caso de solicitar la recepción de las condiciones generales vía correo electrónico, dichas condiciones generales se tendrán por recibidas desde el momento en que Seguros Ve Por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más realice su envío al contratante; lo anterior en el entendido que el correo electrónico señalado en la presente solicitud, es consultado periódicamente por el contratante y/o usuario de la cuenta o bien por una persona designada por el contratante para recibirlas en su nombre; en consecuencia la recepción vía electrónica surtirá los mismos efectos que la entrega física de las condiciones generales de Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más hacia el contratante y el grupo asegurado de la póliza de seguro.

Igualmente acepto y autorizo a Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más para enviar al mencionado correo electrónico cualquier otra comunicación y/o notificación que pudiera derivar de la solicitud y en su caso contratación del seguro, incluyendo sin limitar: a) Requerimientos de información; b) Reclamaciones; c) Póliza, d) Certificados; e) Endosos; f) Rescisiones; g) Procedencia e improcedencia de siniestros.

Cualquier cambio en la dirección de correo electrónico del contratante así como de Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más, deberá ser comunicado por escrito, con cuando menos 5 (cinco) días hábiles de anticipación a la fecha en que surta efectos dicho cambio.

En caso de no hacerlo, todos los avisos, notificaciones y demás diligencias que se hagan se efectuarán en el correo electrónico indicado en esta solicitud y surtirán plenamente efectos.

Aviso de privacidad

Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más, con domicilio en Av. Paseo de la Reforma No. 243 piso 16, Col. Cuauhtémoc C.P. 06500 CDMX, 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 con 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: datospersonales@vepormas.com, de lo contrario se entenderá que usted acepta el uso de sus datos para estos fines.

Para conocer más 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.

Se entenderá que el solicitante titular y/o contratante consiente tácitamente el tratamiento de su información personal en los términos indicados en el presente aviso de privacidad si no manifiesta su oposición al mismo. He leído y me doy por enterado del aviso de privacidad que antecede en relación con la póliza de seguro.

El contratante conoce el contenido de las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, por lo que se compromete a integrar y conservar los expedientes de identificación de cada uno de los asegurados miembros del grupo o colectividad, obligándose a ponerlos a disposición de seguros ve por más o de la autoridad que los requiera.

SEGUROS VE POR MÁS podrá en todo momento verificar que dichos expedientes se encuentren integrados de conformidad con las reglas de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales.

Declaro conocer y estar de acuerdo con el Aviso de Privacidad de Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ver por Más por lo que autorizo lo convenido en él.

Sí No

Lugar y fecha

Firma del Contratante o representante legal

Estas preguntas deberán ser contestadas por el Contratante(sólo si se trata de persona física)

1. ¿Usted, su cónyuge o concubino o pariente hasta segundo grado desempeña o ha desempeñado alguno de estos cargos en el sexenio actual o anterior?

Diputado local o federal, Director General de la C.F.E., Director general de Pemex, Gobernador de Estado, Jefe de Gobierno de la CDMX, Ministro de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Presidente de la República, Presidente de Partido Político Registrado en el INE (antes IFE), Procurador General de la República, Procurador de Justicia de los Estados, Secretario de Finanzas del Distrito Federal, Secretario de Finanzas de los Estados, Secretario de Gobierno de los Estados, Senador (para extranjeros presidente o mandatario).

Sí No En caso afirmativo indique cual: _____

Tiempo que laboró _____ Parentesco o vínculo _____

¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con una sociedad o asociación?

Sí No En caso afirmativo indique cual: _____

2. ¿Realiza alguna de estas actividades?

Comerciante de: metales preciosos, antigüedades, joyas, objetos de arte, piedras preciosas, productos militares de alta sofisticación, agente aduanal, casinos, loterías, juegos de azar, centros nocturnos, distribución de armas, inmobiliaria, organizaciones de caridad, pirámides, prestamistas, producción de armas, consultor financiero.

Sí No En caso afirmativo indique cual: _____

3. ¿Usted ha estado relacionado a algún proceso penal?

Sí No En caso afirmativo indique cual: _____

Estas preguntas deberán ser contestadas por el Contratante(sólo si se trata de persona física)

1. ¿Algún accionista, su cónyuge o pariente colateral hasta segundo grado desempeña o ha desempeñado alguno

de estos cargos en el sexenio actual o anterior?

Diputado local o federal, Director General de la C.F.E., Director general de Pemex, Gobernador de Estado, Jefe de Gobierno de la CDMX, Ministro de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, Presidente de la República, Presidente de Partido Político Registrado en el INE (antes IFE), Procurador General de la República, Procurador de Justicia de los Estados, Secretario de Finanzas del Distrito Federal, Secretario de Finanzas de los Estados, Secretario de Gobierno de los Estados, Senador (para extranjeros presidente o mandatario).

Sí No En caso afirmativo indique cual: _____

Tiempo que laboró _____ Parentesco o vínculo _____

Para todos los efectos legales que pueda tener esta solicitud, declaro que todas las respuestas contenidas en la misma son verídicas y están completas, reconociendo que constituyen parte del contrato de seguro y aceptando en consecuencia la obligación de pagar la prima y ajustes correspondientes al contrato.

ESTE DOCUMENTO SÓLO CONSTITUYE UNA SOLICITUD DE SEGURO Y, POR TANTO, NO REPRESENTA GARANTÍA ALGUNA DE QUE LA MISMA SERÁ ACEPTADA POR LA EMPRESA DE SEGUROS, NI DE QUE, EN CASO DE ACEPTARSE, LA ACEPTACIÓN CONCUERDE TOTALMENTE CON LOS TÉRMINOS DE LA SOLICITUD

Declaro de manera libre y espontánea, bajo protesta de decir la verdad, que los recursos destinados para el pago de la prima del contrato de seguro que en su caso se llegue a celebrar con motivo de la presente solicitud, son de procedencia lícita

Apreciable solicitante, en caso de que sea aceptada su solicitud, le agradeceremos nos indique cual es la mejor forma de recibir sus condiciones generales y el resto de la documentación contractual. Le invitamos a sumarse al cuidado de la naturaleza evitando el uso del papel aceptando medio electrónico para su recepción.

Vía correo electrónico (en formato PDF) a la siguiente dirección: _____

Impresión en papel

Datos del Agente

| | | |
|---------------|-----------------|--------------|
| No. De agente | Nombre completo | Distribución |
|---------------|-----------------|--------------|

1. ¿Tiene algún parentesco con el solicitante? Sí No

Indique cuál: _____

Informo que entrevisté al contratante de esta solicitud de seguro, así mismo cotejé contra original, información contenida en la identificación oficial y documentos que me fueron entregados para el trámite de este seguro.

Firma del Agente

Importante

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 encuentran en nuestra página de internet <http://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 “<http://www.vepormas.com>”, Condiciones Generales, sección, Anexo denominado Preceptos Legales.

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, a los teléfonos 55 1102 1919 o 800 8376 7627 elegir la opción 0 y solicitar ser canalizado a la UNE, 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, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03100, teléfono 55 53 40 0999 en la Ciudad de México y el interior de la Republica al 800 999 8080; correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página <http://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 de de , con el número #V07-0 - - /CONDUSEF- - .

Instrucciones

Este formato debe ser llenado y firmado con letra molde y tinta de un solo color. Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar. No será válido si presenta tachaduras o falta alguno de los datos solicitados.

Datos del Contratante

Nombre completo o razón social:

Número de Póliza: Subgrupo:

Datos del Asegurado

Nombre completo: Sexo:

R.F.C Fecha de nacimiento:

C.U.R.P País de nacimiento: Nacionalidad:

Calle: No. Exterior No. Interior Colonia:

Alcaldía o municipio: Ciudad: Estado: Código postal:

Teléfono particular o móvil: Correo electrónico:

Fecha de ingreso al empleo: Número de identificador y/o número de empleado:

Datos del seguro

Coberturas Regla de suma asegurada

Cuota o porcentaje de contribución al pago de la prima

Consentimiento del Asegurado

Otorgo mi consentimiento para ser Asegurado en la Póliza de seguro que el Contratante ha solicitado a Seguros Ve por Más de acuerdo con las condiciones generales del producto. Declaro que todo lo anteriormente expuesto es verídico.

Designación de Beneficiarios

Advertencia: En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre indemnización. Lo anterior por que las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombrara beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicional de disponer de la suma asegurada. Los

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 5511021800 www.vepormas.com

beneficiarios declarados a continuación, pertenecen al Asegurado titular, es decir, en caso de fallecimiento de este, se le(s) será otorgada la suma asegurada destinada a la cobertura de Gastos Funerarios. En caso de fallecimiento de alguno de los Dependientes, la suma asegurada será otorgada directamente al Asegurado titular. Si se llegase a presentar la muerte simultánea de todos los asegurados, la suma asegurada se otorgará de acuerdo con la sucesión testamentaria.

| Beneficiarios | | |
|------------------------|-------------------|-------------------|
| Nombre completo | Parentesco | Porcentaje |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Aviso de privacidad

Seguros Ve por Más, S.A., Grupo Financiero Ve por Más, con domicilio en Av. Paseo de la Reforma No. 243 piso 16, Col. Cuauhtémoc C.P. 06500 CDMX, 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 con 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

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 5511021800 www.vepormas.com

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: datospersonales@vepormas.com, de lo contrario se entenderá que usted acepta el uso de sus datos para estos fines.

Para conocer más 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.

Se entenderá que el solicitante titular y/o contratante consiente tácitamente el tratamiento de su información personal en los términos indicados en el presente aviso de privacidad si no manifiesta su oposición al mismo. He leído y me doy por enterado del aviso de privacidad que antecede en relación con la póliza de seguro.

El contratante conoce el contenido de las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, por lo que se compromete a integrar y conservar los expedientes de identificación de cada uno de los asegurados miembros del grupo o colectividad, obligándose a ponerlos a disposición de seguros ve por más o de la autoridad que los requiera.

SEGUROS VE POR MÁS podrá en todo momento verificar que dichos expedientes se encuentren integrados de conformidad con las reglas de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales.

Declaro conocer y estar de acuerdo con el Aviso de Privacidad de Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más por lo que autorizo lo convenido en él.

Sí No

Lugar y fecha

Firma del Asegurado

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 5511021800 www.vepormas.com

Importante

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 encuentran en nuestra página de internet <http://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 "<http://www.vepormas.com>", Condiciones Generales, sección, Anexo denominado Preceptos Legales.

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, a los teléfonos 55 1102 1919 o 800 8376 7627 elegir la opción 0 y solicitar ser canalizado a la UNE, en un horario de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas; al correo electrónico acclaraciones.une@segurosvepormas.com, o visite 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 53 40 0999 en la Ciudad de México y el interior de la Republica al 800 999 8080; correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página <http://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 de de , con el número #Vo7 o #V) yo-7

| | | | | |
|-------------------------|------------------------------|-----------------|-------------------|---------|
| Nombre del Contratante: | Ramo/Subramo: | Oficina: | Póliza Inicial: | Póliza: |
| | Moneda: | | Forma de pago: | |
| Dirección: | Vigencia de la Póliza | | | |
| Estado: | Desde: | | Hasta: | |
| C.P.: | R.F.C.: | ID Contratante: | Fecha de Emisión: | |

SEGUROS VE POR MÁS, S.A. GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS pagará las sumas aseguradas correspondientes a los planes del seguro contratado que se indican a continuación, de conformidad con la solicitud y demás declaraciones del Asegurado y/o Contratante, sujeto a las condiciones generales, endosos y particularidades contenidas en esta póliza.

Detalle del Seguro

Características del Grupo Asegurado

| Subgrupo | Nombre Identificador | Total de Asegurados | Regla de Suma Asegurada | Coberturas |
|----------|----------------------|---------------------|-------------------------|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Condiciones

| | |
|-----------------------------|--|
| Edad de Aceptación: | |
| Edad de Cancelación: | |
| Porcentaje de Contribución: | |

En testimonio de lo cual SEGUROS VE POR MÁS, S.A. GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS firma el presente documento en la Ciudad de el día de de .

| Datos de la Póliza | | Vigencia de la Póliza | |
|--------------------|-------------|-----------------------|-------|
| Ramo/Subramo: | No. Póliza: | Desde | Hasta |
| | | | |

Esta Póliza queda sujeta a las Condiciones Generales y Endosos anexos

| Endosos | Costo del Seguro | |
|---------|--------------------------|-----------|
| | Total de Primas | \$ |
| | Descuento | \$ |
| | Prima Neta | \$ |
| | Recargo Pago Fraccionado | \$ |
| | Gastos de Expedición | \$ |
| | Subtotal | \$ |
| | I.V.A. | \$ |
| | Prima Total | \$ |

Agente:

El presente Póliza forma parte integrante de su contrato de seguros, el cual, consta de: I) las declaraciones de los solicitantes, proporcionadas en la Solicitud del seguro ; II) carátula de póliza; III) condiciones generales; IV) endosos; V) certificado individual; VI) consentimiento; VII) recibos de pago, VIII) folleto de derechos básicos y IX) cualquier otra información proporcionada por el Contratante y/o Asegurado para la contratación de esta seguro, incluyendo cuestionarios y formatos de la Compañía que, este o un tercero, haya requisitado a solicitud de la Compañía.

Además puede 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.

Artículo 25.- 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 en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

En testimonio de lo cual SEGUROS VE POR MÁS, S.A. GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS firma el presente documento en la Ciudad de el día de de .

| Datos de la Póliza | | Vigencia de la Póliza | |
|--------------------|-------------|-----------------------|-------|
| Ramo/Subramo: | No. Póliza: | Desde | Hasta |
| | | | |

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, a los teléfonos 55 1102 1919 o 800 8376 7627 elegir la opción 0 y solicitar ser canalizado a la UNE, 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, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03100, teléfono 55 53 40 0999 en la Ciudad de México y el interior de la Republica al 800 999 8080; correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página <http://www.condusef.gob.mx>

Se informa que el producto ligado a esta Póliza cuenta con exclusiones y limitantes, mismas que puede consultar dentro de las Condiciones Generales del mismo producto, que se encuentran en nuestra página de internet <http://www.vepormas.com>.

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 de de con el número #Vo7 o #\ V) y o-7

En testimonio de lo cual SEGUROS VE POR MÁS, S.A. GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS firma el presente documento en la Ciudad de el día de de .

| | | | | |
|-------------------------|---------------------------------|-----------------|-------------------|---------|
| Nombre del Contratante: | Ramo/Subramo: | Oficina: | Póliza Inicial: | Póliza: |
| Dirección: | Moneda: | | Forma de pago: | |
| Estado: | Vigencia de la Póliza | | | |
| | Desde: | | Hasta: | |
| C.P.: | R.F.C.: | ID Contratante: | Fecha de Emisión: | |
| | Vigencia del Certificado | | | |
| Seguro: | Desde: | | Hasta: | |

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, al momento de la ocurrencia del siniestro y dentro de la vigencia de la póliza.

Datos de los Asegurados

| Nombre | Certificado | Fecha de Nacimiento | Parentesco | Edad | Sexo |
|--------|-------------|---------------------|------------|------|------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Detalle del Seguro

| Subgrupo | Suma Asegurada | Condiciones |
|--------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------|
| | | Edad de Aceptación Edad de Cancelación |
| Cobertura Básica | Alcance | Suma Asegurada |
| Gastos Funerarios | Fallecimiento de los Asegurados declarados. | |
| Servicios de Asistencia | Alcance | Suma Asegurada |
| Asistencia Funeraria | Incluida | Amparada |

En testimonio de lo cual SEGUROS VE POR MÁS, S.A. GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS firma el presente documento en la Ciudad de el día de de .

| Datos de la Póliza | | Vigencia del Certificado | |
|--------------------|-------------|--------------------------|-------|
| Ramo/Subramo: | No. Póliza: | Desde | Hasta |
| | | | |

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

Esta Póliza queda sujeta a las Condiciones Generales y Endosos anexos

Endosos

Únicamente Informativo

En testimonio de lo cual SEGUROS VE POR MÁS, S.A. GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS firma el presente documento en la Ciudad de el día de de .

| Datos de la Póliza | | Vigencia del Certificado | |
|--------------------|-------------|--------------------------|-------|
| Ramo/Subramo: | No. Póliza: | Desde | Hasta |
| | | | |

Agente:

El presente certificado forma parte integrante de su contrato de seguros, el cual, consta de: I) las declaraciones de los solicitantes, proporcionadas en la Solicitud del seguro; II) carátula de póliza; III) condiciones generales; IV) endosos; V) certificado individual; VI) consentimiento; VII) recibos de pago, VIII) folleto de derechos básicos y IX) cualquier otra información proporcionada por el Contratante y/o Asegurado para la contratación de esta seguro, incluyendo cuestionarios y formatos de la Compañía que, este o un tercero, haya requisitado a solicitud de la Compañía.

Además, puede 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.

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, a los teléfonos 55 1102 1919 o 800 8376 7627 elegir la opción 0 y solicitar ser canalizado a la UNE, 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, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03100, teléfono 55 53 40 0999 en la Ciudad de México y el interior de la Republica al 800 999 8080; correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx o visite la página <http://www.condusef.gob.mx>

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 encuentran en nuestra página de internet <http://www.vepormas.com>.

Artículo 17.- Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la

En testimonio de lo cual SEGUROS VE POR MÁS, S.A. GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS firma el presente documento en la Ciudad de el día de de .

Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Artículo 19.- En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida.

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 de de , el número #Vo7 o #\ V) y o-7

En testimonio de lo cual SEGUROS VE POR MÁS, S.A. GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS firma el presente documento en la Ciudad de el día de de .

Extracto de Condiciones Generales.**Objeto del seguro**

El objeto de este seguro, a efecto de brindar protección a las personas que hayan otorgado su consentimiento para formar parte del grupo asegurable, es compensar la pérdida económica ocasionada por los gastos funerarios generados por el fallecimiento del Asegurado titular o cualquiera de sus Dependientes designados en la Póliza y/o Certificado Individual, además de brindar los servicios de asistencia, por medio del Prestador de Servicios con contrato vigente. La Compañía cubrirá este beneficio de acuerdo con:

- Las especificaciones de la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual,
- Condiciones generales,
- Endosos y Cláusulas Adicionales,

Siempre y cuando el Siniestro ocurra durante el periodo de cobertura y cuando el Contrato de Seguro se encuentre en vigor además de que el Siniestro cumpla con lo enunciado en estas condiciones generales.

Características de la Cobertura Básica Gastos Funerarios

Si durante la vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual fallece el Asegurado titular o alguno de sus Dependientes designados en la Póliza y/o Certificado Individual, La Compañía pagará a los Beneficiarios, con límite de un evento por vigencia o todos los eventos dependiendo de la opción de cobertura contratada, la Suma Asegurada estipulada en la Póliza y/o Certificado Individual para esta cobertura. Mediante Endoso se especificará la opción de aseguramiento elegida en la solicitud. Lo anterior aplica con estricto apego a las presentes condiciones generales.

Para los hijos menores de 12 años, el pago que se hará será, previa comprobación de estos, hasta

por la Suma Asegurada contratada, con un límite máximo de 60 veces el valor de la Unidad de Medida de Actualización Mensual vigente en el momento del siniestro.

Asistencia Funeraria

En caso de Fallecimiento del asegurado, sus beneficiarios tendrán acceso a la red de funerarias con la que el Prestador del servicio tiene convenios en la que se otorgaran los siguientes servicios:

- Recolección del cuerpo (20 kilómetros)
- Trámites y pago de derechos por muerte natural
- Traslado del cuerpo a la sala de velación (área metropolitana o dentro de la misma localidad)
- Preparación del cuerpo, limpieza, vestido y maquillaje facial.
- Ataúd metálico o de madera.
- En caso de cremación, renta de ataúd.
- Uso de la sala de velación estándar, por 24 horas aproximadamente o préstamo de equipo para velación en domicilio (mesa pedestal, 4 candeleros o torcheros y cristo)
- Traslado del cuerpo al crematorio.
- Cremación.
- Urna de madera.

Lo anterior hasta por un límite de \$15,000.

El servicio debe ser gestionado y coordinado telefónicamente por Servicio de Asistencia Funeraria desde un inicio con su red de funerarias, no aplican reembolsos y deberá ser solicitado dentro de las 24 horas siguientes al fallecimiento del Asegurado.

En testimonio de lo cual SEGUROS VE POR MÁS, S.A. GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS firma el presente documento en la Ciudad de el día de de .

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

Paseo de la Reforma No. 243, Piso 16, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc C.P. 06500, Ciudad de México. Teléfono 5511021800

www.vepormas.com; claraciones.une@segurosvepormas.com

En caso de siniestros llama al 8008303676

FUNCIONARIO AUTORIZADO

Los servicios de asistencia descritos en este apartado son garantizados al Asegurado por parte de La Compañía, y serán proporcionados directamente por el Prestador de Servicios, con recursos e instalaciones propias. Ante cualquier inconformidad o deficiencia en la prestación de los servicios de asistencia, el Asegurado podrá acudir ante la Unidad Especializada (UNE), la CONDUSEF o ante el juez competente del domicilio de ésta tal y como se menciona en la cláusula COMPETENCIA de las presentes condiciones generales.

En caso de que el Prestador de Servicios no brinde el o los servicios aquí estipulados, el Asegurado titular podrá realizar la contratación del Prestador de Servicios requerido, a fin de limitar y/o evitar y/o controlar el alcance de las afectaciones que se pudieran causar. En cuyo caso, el Asegurado titular podrá solicitar el reembolso de los gastos efectuados hasta por el límite y eventos antes mencionados a La Compañía, mediante la presentación de los comprobantes correspondientes.

Exclusiones Generales

La indemnización correspondiente no se concederá cuando la muerte se origine como consecuencia de:

- **Suicidio del Asegurado titular o cualquier Dependiente designado en la Póliza y/o Certificado Individual, dentro de los primeros dos (2) años de vigencia continua e ininterrumpida, contados a partir de la fecha de alta del Asegurado titular y Dependientes designados, a la Póliza o fecha de reconocimiento de**

En testimonio de lo cual SEGUROS VE POR MÁS, S.A. GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS firma el presente documento en la Ciudad de el día de de .

antigüedad de esta.

En este supuesto, La Compañía devolverá únicamente la reserva matemática de este beneficio.

Aviso y comprobación de siniestros

Es obligación del Asegurado o Beneficiario presentar por escrito a La Compañía la reclamación en caso de haberse presentado un Siniestro que pueda ser motivo de indemnización. Conforme al artículo 66 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el asegurado o beneficiario gozará de un plazo máximo de 5 días para presentar el aviso, que deberá ser por escrito, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo proporcionarlo tan pronto desaparezca el impedimento.

En toda reclamación deberá acreditarse el acontecimiento del Siniestro.

De acuerdo con el Art. 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, La Compañía tiene el derecho de exigir al Asegurado o Beneficiario(s) toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias de este.

Para el pago de cualquiera de las coberturas contratadas, se deberá entregar la correspondiente solicitud de reclamación en el formato que al efecto proporcionará La Compañía, en que se consignarán todos los datos e informes que en el mismo se indiquen y será firmado por el interesado o su representante legal, según corresponda, bajo protesta de decir verdad, al que se deberá acompañar la

documentación siguiente:

cuales puede consultar en nuestra página de internet <http://www.vepormas.com>.

Para reclamar la cobertura básica de Gastos Funerarios, se deberá entregar a La Compañía la documentación siguiente:

- Solicitud de reclamación del seguro de vida grupo debidamente requisitada.
- Certificado Individual del seguro de grupo, si existiera o si lo tuviera.
- Copia certificada del acta de defunción del occiso, pudiendo ser el Asegurado o cualquier Dependiente designado.
- Copia del certificado de defunción en el cual se especifique la causa del fallecimiento; mismo que sirvió para la emisión de su acta de defunción.

Copia certificada del acta de nacimiento del occiso, pudiendo ser el Asegurado o cualquier Dependiente designado.

La Compañía tendrá derecho a exigir del Contratante, Asegurado titular, Dependientes o Beneficiarios toda clase de información sobre los hechos relacionados con el Siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 69 de la Ley del Contrato de Seguros. Cuando la información y documentación que se haya presentado resulte insuficiente para el dictamen del siniestro, se solicitará la información adicional que se requiera y que se encuentre estrechamente relacionada con el siniestro.

La información presentada anteriormente constituye únicamente una extracción de las Condiciones Generales, para mayor detalle consultar las Condiciones Generales vigentes, las

En testimonio de lo cual SEGUROS VE POR MÁS, S.A. GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS firma el presente documento en la Ciudad de el día de de .

| | |
|-------------|----------------|
| No. Póliza: | |
| No. Endoso: | |
| Moneda: | Forma de pago: |

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Tipo de Endoso: | | Fecha emisión Endoso: | |
| INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATANTE | | DESGLOSE DE PRIMA | |
| Subgrupo: _____ Certificado: _____ | | Prima Neta: Recargo: Derechos: Bonificación: I.V.A.: | |
| | | Prima Total: | |
| | | Vigencia del Endoso | |
| | | Desde dd/mm/aaaa 12Horas | Hasta dd/mm/aaaa 12 Horas |
| POR MEDIO DE LA PRESENTE SE HACE CONSTAR QUE: A solicitud del Contratante y a partir del día ___ de _____ de ____ se realizan las siguientes modificaciones: | | | |

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 de sus modificaciones.

Este endoso es parte integrante del Contrato de Seguro y de sus Condiciones Generales, por lo que forman un documento indivisible. Los derechos y obligaciones se contienen conjuntamente en dichos documentos.

Para los demás términos y condiciones, aplicarán las Condiciones Generales vigentes del producto contratado.

ARTÍCULO 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.- Para fines de prueba, el contrato de seguro, así como sus adiciones y reformas, se harán constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo la confesional, será admisible para probar su existencia, así como la del hecho del conocimiento de la aceptación, a que se refiere la primera parte de la fracción I del artículo 21.

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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día % de gYdhjYa VfY de &&% con el número 7 BG: !G\$\$% !\$& %!&\$&%# CB8I G9: !\$\$(- - - !&"

En testimonio de lo cual Seguros Ve Por Más, S.A., Grupo Financiero Ve Por Más firma el presente documento en nombre de la ciudad, nombre del estado, el día fecha de emisión.

| Datos de la Póliza | | | Vigencia del Endoso | |
|--------------------|-------------|------------|---------------------|-------|
| Ramo/Subramo: | No. Póliza: | No. Endoso | Desde | Hasta |
| | | | | |

| Tipo de Endoso | Oficina | Subgrupo | Certificado |
|----------------|---------|----------|-------------|
| | | | |

Contratante:

Asegurado titular:

Únicamente Informativo

Este endoso es parte integrante del Contrato de Seguro y de sus Condiciones Generales, por lo que forman un documento indivisible. Los derechos y obligaciones se contienen conjuntamente en dichos documentos.

Para los demás términos y condiciones, aplicarán las Condiciones Generales vigentes del producto contratado.

ARTÍCULO 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.- Para fines de prueba, el contrato de seguro, así como sus adiciones y reformas, se harán constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo la confesional, será admisible para probar su existencia, así como la del hecho del conocimiento de la aceptación, a que se refiere la primera parte de la fracción I del artículo 21.

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 de de ' on el número #Vo7 o #\ V) y o- 7

En testimonio de lo cual SEGUROS VE POR MÁS, S.A. GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS firma el presente documento en la Ciudad de el día de de .