

Nueva póliza Folio: Renovación de póliza Número de póliza:

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 | <input type="checkbox"/> Persona Física con actividad empresarial <input type="checkbox"/> Régimen simplificado |
| Nombre o Razón social | Ocupación o 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 |

Domicilio del contratante

| | | | |
|-----------------------------|--------------|------------------|---------------|
| Calle | No. Exterior | No. Interior | Colonia |
| Alcaldía o Municipio | Ciudad | Estado | Código Postal |
| Teléfono particular o móvil | | Teléfono oficina | |

Características de la colectividad asegurada

(anexar relación de asegurados)

Se solicita la expedición de una póliza conforme a la información en esta solicitud y en los consentimientos de los miembros de la colectividad integrada por:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Personal activo en la nómina | <input type="checkbox"/> Personal activo por honorarios | <input 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 haber seleccionado la opción "Sí", indique los porcentajes de contribución por subgrupo.

Subgrupo 1 _____ % Subgrupo 2 _____ % Subgrupo 3 _____ % Subgrupo 4 _____ % Subgrupo 5 _____ %

Pago de complementos

Periodo de reporte de siniestralidad: _____ Del año: _____ al año: _____

Se deberá de anexar la relación de siniestralidad actual y deberá de incluir la información de cada asegurado; nombre del afectado, padecimiento, número de siniestro, fecha de inicio de siniestro, fecha de pago, monto reclamado y monto pagado en un archivo con formato .xls.

¿En qué aseguradoras has estado en los últimos dos años?

| Compañía | Vigencia | Prima | Monto de siniestros | Asegurados totales |
|----------|----------|-------|---------------------|--------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Periodo de vigencia

Inicio de vigencia
(DD/MM/AAAA)

Fin de vigencia
(DD/MM/AAAA)

| Colectividad asegurada | Moneda de contratación | | Entidad Federativa (Estado) a la que pertenece |
|------------------------|--|------------------------------|--|
| Subgrupo 1 | <input type="checkbox"/> Moneda Nacional | <input type="checkbox"/> UMA | |
| Subgrupo 2 | <input type="checkbox"/> Moneda Nacional | <input type="checkbox"/> UMA | |
| Subgrupo 3 | <input type="checkbox"/> Moneda Nacional | <input type="checkbox"/> UMA | |
| Subgrupo 4 | <input type="checkbox"/> Moneda Nacional | <input type="checkbox"/> UMA | |
| Subgrupo 5 | <input type="checkbox"/> Moneda Nacional | <input type="checkbox"/> UMA | |

Actividades principales de la colectividad a asegurar

| Colectividad asegurada | Actividades principales | | | |
|------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|--|
| Subgrupo 1 | <input type="checkbox"/> Funcionarios | <input type="checkbox"/> Empleados | <input type="checkbox"/> Obreros | <input type="checkbox"/> Otro (indicar): |
| Subgrupo 2 | <input type="checkbox"/> Funcionarios | <input type="checkbox"/> Empleados | <input type="checkbox"/> Obreros | <input type="checkbox"/> Otro (indicar): |
| Subgrupo 3 | <input type="checkbox"/> Funcionarios | <input type="checkbox"/> Empleados | <input type="checkbox"/> Obreros | <input type="checkbox"/> Otro (indicar): |
| Subgrupo 4 | <input type="checkbox"/> Funcionarios | <input type="checkbox"/> Empleados | <input type="checkbox"/> Obreros | <input type="checkbox"/> Otro (indicar): |
| Subgrupo 5 | <input type="checkbox"/> Funcionarios | <input type="checkbox"/> Empleados | <input type="checkbox"/> Obreros | <input type="checkbox"/> Otro (indicar): |

| Colectividad asegurada | Titulares | Dependientes | Total | Deducible | Coaseguro | Suma asegurada | Nivel hospitalario | Tabulador de honorarios quirúrgicos |
|--------------------------|-----------|--------------|-------|-----------|-----------|----------------|--------------------|-------------------------------------|
| Subgrupo 1 Ocupación: | | | | | % | | | |
| Subgrupo 2 Ocupación | | | | | % | | | |
| Subgrupo 3 Ocupación | | | | | % | | | |
| Subgrupo 4 Ocupación | | | | | % | | | |
| Subgrupo 5 Ocupación | | | | | % | | | |

Plan de Gastos Médicos Mayores Colectivo

| Cobertura básica* | Subgrupo 1 | Subgrupo 2 | Subgrupo 3 | Subgrupo 4 | Subgrupo 5 |
|--|--|--|--|--|--|
| Territorio nacional | <input type="checkbox"/> |
| Coberturas adicionales ** | Subgrupo 1 | Subgrupo 2 | Subgrupo 3 | Subgrupo 4 | Subgrupo 5 |
| Maternidad Especificar Suma Asegurada (S.A.) | <input type="checkbox"/> S.A. _____ |
| Condonación de deducible y coaseguro por accidente | <input type="checkbox"/> |
| Emergencia médica en el extranjero | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedades graves extranjero | <input type="checkbox"/> |
| Cobertura en el extranjero | <input type="checkbox"/> |
| Indemnización de enfermedades graves | <input type="checkbox"/> |
| Gastos funerarios Especificar Suma Asegurada (S.A.) | <input type="checkbox"/> S.A. _____ |
| Beneficio hospitalario VIP | <input type="checkbox"/> |
| Coberturas adicionales por endoso | Subgrupo 1 | Subgrupo 2 | Subgrupo 3 | Subgrupo 4 | Subgrupo 5 |
| Franja fronteriza | <input type="checkbox"/> |
| Privilegio de conversión | <input type="checkbox"/> |
| Multiregión | <input type="checkbox"/> |
| Cirugía para corregir refracción ocular Especificar Suma Asegurada (S.A.) | <input type="checkbox"/> S.A. _____ |

Plan de Gastos Médicos Mayores Colectivo

| | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Complementos | <input type="checkbox"/> |
| Protección dental (elegir sólo un paquete) | Subgrupo 1 | Subgrupo 2 | Subgrupo 3 | Subgrupo 4 | Subgrupo 5 |
| Combinado | <input type="checkbox"/> |
| Selecto | <input type="checkbox"/> |
| Global | <input type="checkbox"/> |
| Ultra | <input type="checkbox"/> |
| Integral | <input type="checkbox"/> |
| Expansión | <input type="checkbox"/> |
| Elite | <input type="checkbox"/> |

*Los subgrupos registrados deberán contar necesariamente con la cobertura básica para poder seleccionar coberturas adicionales.

** Con costo

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

Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual

En caso de que ésta 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 periodo 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 elijas la que más le convenga:

Pago Referenciado

- Transferencia bancaria
- Pago en ventanilla bancaria

Tarjetas de crédito/débito**

- Domiciliación (Micrositio)
- Portal web
- 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, subgrupo, en que otra compañía de seguros está cubierto.

En caso de que alguna autoridad requiera mayor 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 ésta 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, ésta se considerará como rechazada.

Declaraciones adicionales del contratante (leer antes de firmar)

Previa lectura y debidamente enterados de las condiciones y obligaciones que establece la solicitud de gastos médicos mayores, 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: <https://www.vepormas.com/fwfpf/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.

Asimismo acepto la obligación de entregar los certificados individuales y condiciones generales del contrato de seguro a cada asegurado que integra la colectividad.

Convento 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 la colectividad asegurada, 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 de la colectividad, 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 de la colectividad 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 recibir las 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 la colectividad asegurada 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.

 Lugar y fecha

 Firma del Contratante o
Representante legal

¿Desea manifestar algún hecho relevante para apreciar la posibilidad de cúmulos de pérdidas por la actividad de la colectividad?

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 cuál _____

Tiempo que laboró _____ Parentesco o vínculo _____

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

Sí No En caso afirmativo indique cuál _____

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 cuál _____

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

Sí No En caso afirmativo indique cuál _____

Esta pregunta deberá ser contestada por el Contratante (en caso de ser Persona Moral)

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 cuál _____

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 cuál 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

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 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 cinco (5) días hábiles a partir de la recepción de este aviso, para manifestar su negativa al siguiente correo: atencion.clientes@vepormas.com y adicionalmente debe marcar 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.

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

Firma del Contratante o Representante legal

Datos del agente

| No. de agente | Nombre | Distribución |
|---------------|--------|--------------|
| | | |

1. ¿Tiene algún parentesco con el solicitante?

Sí No

Indique cuál: _____

2. 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.

Lugar y fecha

Firma del contratante o representante legal

Firma del Agente

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 u 800 8376 762 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 5553400999 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 06 de abril de 2022, con el número PPAQ-S0016-0042-2021/CONDUSEF-004962-04.

Informe Informativo

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

SEGUROS VE POR MÁS, S.A. GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS cubre a los asegurados citados y los protege de acuerdo a las condiciones generales y endosos de este contrato en caso de accidente o enfermedad, conforme a las coberturas enumeradas y sumas aseguradas respectivas, siempre que el accidente o enfermedad se manifieste dentro de la vigencia de la póliza y no esté excluido en las estipulaciones del contrato.

Características de la Colectividad Asegurada

| Subgrupo | Nombre Identificador | Total de Asegurados | Suma Asegurada | Deducible | Coaseguro | Características |
|----------|----------------------|---------------------|----------------|-----------|-----------|---|
| | | | | | | Región de la Póliza Nivel Hospitalario: Tope de Coaseguro: Honorarios Quirúrgicos: |
| | | | | | | Región de la Póliza Nivel Hospitalario: Tope de Coaseguro: Honorarios Quirúrgicos: |
| | | | | | | Región de la Póliza Nivel Hospitalario: Tope de Coaseguro: Honorarios Quirúrgicos: |
| | | | | | | Región de la Póliza Nivel Hospitalario: Tope de Coaseguro: Honorarios Quirúrgicos: |

Condiciones

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

Observaciones:

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

| Datos de la Póliza | | Vigencia de la Póliza | |
|--------------------|-------------|--------------------------|-------|
| Ramo/Subramo: | No. Póliza: | Desde | Hasta |
| | | | |
| Endosos | | Costo del Seguro | |
| | | Total de Primas | \$ |
| | | Descuento | \$ |
| | | Prima Neta | \$ |
| | | Recargo Pago Fraccionado | \$ |
| | | Gastos de Expedición | \$ |
| | | Subtotal | \$ |
| | | I.V.A. | \$ |
| | | Prima Total | \$ |

Se adjunta anexo con Registro de asegurados con los siguientes datos: Plan del seguro, nombre, edad, sexo, suma asegurada, fecha de alta y parentesco.

Agente:

| |
|--|
| <p>La presente carátula de póliza forma parte integrante de su contrato de seguros, el cual, consta de: I) solicitud; II) carátula de póliza; III) condiciones generales; IV) endosos; V) certificados; VI) consentimientos; VII) recibos de pago, y VIII) 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</p> |
| <p>Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación a esta solicitud de seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía a los teléfonos 5511021919 o al 800 8376 762 opción 0 y solicitar ser canalizado a la UNE, en 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 No. 762, Colonia Del Valle, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03100, teléfono (55)5340 0999 en la Ciudad de México y en el interior de la República al 800 999 8080; correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx, o visite la página http://www.condusef.gob.mx.</p> |
| <p>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".</p> |
| <p>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.</p> |
| <p>El periodo de gracia para el pago de la prima es de 30 (treinta) días, contado a partir de su vencimiento, en términos de lo establecido en las condiciones generales del producto.</p> |
| <p>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 06 de abril del 2022, con el número PPAQ-S0016-0042-2021.</p> |
| <p>"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-004962-04".</p> |

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

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

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

Detalle del Seguro

| Subgrupo | Suma Asegurada | Deducible | Coaseguro | Características |
|----------|----------------|-----------|-----------|--|
| | | | | Región de la Póliza: Nivel Hospitalario: Tope de Coaseguro: Honorarios Quirúrgicos: |

Observaciones:

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

Agente:

El presente certificado forma parte integrante de su contrato de seguros, el cual, consta de: I) solicitud; II) carátula de póliza; III) condiciones generales; IV) endosos; V) certificados; VI) consentimientos; VII) recibos de pago, VIII) 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.

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación a esta solicitud de seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía en el domicilio Paseo de la Reforma No. 243, Piso 16, Colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06500, o al teléfono 800 999 8080, en horario de 9:00 a 18:00 horas, o envíe un correo electrónico a asesoria@segurosvepormas.com, o visite la oficina de atención al cliente en el domicilio Paseo de la Reforma No. 762, Colonia Del Valle, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México y el interior de la República al teléfono 800 999 8080; correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx, o visite la página <http://www.condusef.gob.mx>.

En testimonio de lo cual SEGUROS VE POR MÁS, S.A. GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS firma el presente documento en la Ciudad de México el día de _____ 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 11021800
www.vepormas.com; serviciopersonas.df@segurosvepormas.com

 FUNCIONARIO AUTORIZADO

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

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 17 del REGLAMENTO del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades: Las personas que ingresen a la Colectividad asegurada 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 de la Colectividad asegurada de que se trate. Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la Colectividad asegurada 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 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 del REGLAMENTO del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades: Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad asegurada, 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 del REGLAMENTO del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades: En los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente: II. En la operación de accidentes y enfermedades, la Aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una póliza individual para los Integrantes del Grupo o Colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características.

El periodo de gracia para el pago de la prima es de 30 (treinta) días, contado a partir de su vencimiento, en términos de lo establecido en las condiciones generales del producto.

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 11021800
www.vepormas.com; serviciopersonas.df@segurosvepormas.com

 FUNCIONARIO AUTORIZADO

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 06 de abril del 2022, con el número PPAQ-S0016-0042-2021.

“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-004962-04”.

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 .

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 11021800
www.vepormas.com; serviciopersonas.df@segurosvepormas.com

FUNCIONARIO AUTORIZADO

Página 5 de 6

EXTRACTO BÁSICO DE CONDICIONES GENERALES

La información presentada a continuación constituye únicamente una extracción de las Condiciones Generales, para mayor detalle consultar las Condiciones Generales vigentes, las cuales puede consultar en nuestra página de internet <https://www.vepormas.com/fwpf/portal/documents/buscador>

• DE LAS DEFINICIONES**Coaseguro**

Porcentaje establecido en la **carátula de la póliza, endosos y/o en el certificado Individual** que corresponde a la participación del **Asegurado** sobre el monto total de los gastos procedentes, después de aplicar el **deducible** correspondiente de la **Póliza**.

Deducible

Cantidad fija establecida en la carátula de la póliza, endosos y/o Certificado individual, que el asegurado tendrá que cubrir una sola vez por cada enfermedad o accidente.

Suma asegurada

Cantidad máxima de responsabilidad de la Compañía por cada Asegurado para cada cobertura contratada, con base en las estipulaciones consignadas en la Carátula de la Póliza, certificado Individual, Endosos y/o cláusulas correspondientes, aplicable para cada Enfermedad, Padecimiento o Accidente cubierto.

Nivel hospitalario

Hospitales con características comunes en cuanto a tecnología y costo de equipos disponibles que el Contratante selecciona libremente al momento de la contratación y puede acceder a ellos para su atención o Tratamiento Médico.

Tabla de honorarios quirúrgicos

Relación de diferentes procedimientos médicos y quirúrgicos en donde se especifica el porcentaje máximo a gar por la Compañía para cada uno de éstos de acuerdo a la base de honorarios quirúrgicos contratada.

• DE LA COBERTURA BÁSICA

Quedan cubiertos los gastos erogados en territorio nacional por tratamientos y/o procedimientos que sean médicamente necesarios y hayan sido prescritos o proporcionados por instituciones o personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad.

La **Compañía** pagará, de acuerdo a la **Suma Asegurada** contratada y estipulada en la **carátula de la Póliza, Certificado Individual** y/o sus **Endosos** los gastos que se efectúen por los siguientes conceptos: gastos hospitalarios, honorarios por procedimientos médicos y/o quirúrgicos, cirugía robótica y procedimientos especializados, cuidados en casa, medicamentos fuera del hospital, estudios de laboratorio y gabinete, tratamientos de quimioterapia y radioterapia, terapias de rehabilitación, aparatos ortopédicos, de rehabilitación y/o prótesis, ambulancia, trasplante de órganos, gastos del donador, circuncisión, tratamientos dentales por accidente, cirugía reconstructiva, consulta psicológica o psiquiátrica, medicina alternativa y deportes peligrosos.

• DE LAS CLÁUSULAS GENERALES**Competencia**

En caso de controversia, el quejoso podrá hacer valer sus derechos ante la **UNE** o en la **CONDUSEF**. Asu elección, podrá determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones en los términos de los artículos 50 Bis y 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277, último párrafo, de la **LISF**.

De no someterse las partes al arbitraje de la **CONDUSEF**, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de las delegaciones de dicha Comisión. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en los términos del Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma ley. La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias sino también por querrelas a que se refiera la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

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 11021800
www.vepormas.com; serviciopersonas.df@segurosvepormas.com

FUNCIONARIO AUTORIZADO

Página 6 de 6

ENDOSO DE SEGURO PARA GASTOS MÉDICOS MAYORES COLECTIVO

| Datos de la Póliza | | | Vigencia del Endoso | | |
|--------------------|------------|------------|---------------------|----------|-------------|
| Ramo/Subramo | No. Póliza | No. Endoso | Desde | Hasta | |
| | | | | | |
| Tipo de Endoso: | | | Oficina | Subgrupo | Certificado |
| | | | | | |
| Contratante: | | | | | |
| Asegurado Titular: | | | | | |
| | | | | | |

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.

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 al 800 8376 762 elegir la opción 0 y solicitar ser canalizado con 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 5340 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 www.gob.mx/condusef.

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 06 de abril de 2022, con el número PPAQ-S0016-0042-2021/CONDUSEF-004962-04.

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).

FUNCIONARIO AUTORIZADO

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 11021800

www.vepormas.com; serviciopersonas.df@segurosvepormas.com

En caso de siniestros llama al 8008303676

Cobertura en franja fronteriza

Se cubrirán los gastos médicos en que incurra el Asegurado fuera del territorio nacional, dentro de los 30 km al norte de México y que pertenece al territorio de los Estados Unidos de América, en cualquier hospital a través de la protección por vía reembolso, siempre y cuando estén cubiertos bajo las condiciones de la **Póliza**.

Esta cobertura tiene efecto una vez transcurrido **1 mes de forma continua e ininterrumpida**, después de la fecha de alta del **Asegurado** en la **Póliza**, cubriendo los gastos erogados hasta por la suma asegurada contratada básica, sin ser una suma asegurada adicional, es decir la suma de los gastos totales en que incurra el **Asegurado** tanto en territorio nacional como en el extranjero no deberán rebasar esta suma asegurada. **Aplica reconocimiento de antigüedad** para reducir el periodo de espera. **Se aplicará el doble del deducible contratado y se aplicará el coaseguro contratado más 15 puntos porcentuales, se elimina el tope de coaseguro** establecido en la carátula de la **Póliza**.

Este endoso aplica sólo para aquellos siniestros que desde su primer gasto se atendieron en la Franja Fronteriza definida anteriormente.

Cabe señalar que las modificaciones y/o adiciones señaladas en este documento no afectan otros derechos, obligaciones, exclusiones, limitantes o condiciones que el Contratante, Asegurado y La Compañía, han asumido en virtud del Contrato de Seguro que tienen celebrado; únicamente modifican y/o adicionan lo señalado anteriormente.

El presente documento 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.

Para cualquier aclaración o duda no resueltas con relación a este seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía en el domicilio Paseo de la Reforma No. 243, Piso 16, Colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06500, o a los teléfonos 5511021919 o al 800 8376 762 opción 0 y solicitar ser canalizado a la UNE, en 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 No. 762, Colonia Del Valle, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03100, teléfono (55)5340 0999 en la Ciudad de México y el interior de la República al 800 999 80 80; correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx, o visite la página <http://www.gob.mx/condusef>.

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 06 de abril de 2022, con el número PPAQ-S0016-0042-2021/CONDUSEF-004962-04.

Privilegio de conversión

Este beneficio otorga al **Asegurado** el derecho a que la **Compañía** le expida una **Póliza** de Gastos Médicos Mayores individual con una suma asegurada **y características que se acepten expresamente por la Compañía**, sin presentar pruebas de asegurabilidad o cuestionario médico, siempre y cuando cumpla con los siguientes:

- Su relación laboral o de asociado con el Contratante haya finalizado,
- La solicitud para ejercer su privilegio de conversión sea presentada ante la **Compañía**, **dentro de los 30 días naturales siguientes a haber sido dado de baja de la colectividad asegurable.**
- El asegurado cuente con una antigüedad mínima de 12 meses en la póliza.

Para aquellos siniestros que hayan ocurrido o para los cuales haya habido gasto previo a la fecha en que se solicite el Privilegio de Conversión, la suma asegurada será el mínimo entre la suma asegurada contratada en la Póliza de Gastos Médicos Individual, el remanente de Suma Asegurada de Gastos Médicos Colectivo, y 1 millón de pesos. En ningún caso el pago de estos siniestros en la Póliza de Gastos Médicos Individual, resultado de haberse ejercido el Privilegio de Conversión, excederá de dos años contados a partir de la fecha su inicio de vigencia.

“La presente cobertura no aplicará en caso de solicitud de disolución de sociedades.”

La prima de Gastos Médicos Individual aplicable en este beneficio, una vez ejercido el Privilegio de Conversión, se determinará conforme a lo establecido en el registro de este producto ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Cabe señalar que las modificaciones y/o adiciones señaladas en este documento no afectan otros derechos, obligaciones, exclusiones, limitantes o condiciones que el Contratante, Asegurado y La Compañía, han asumido en virtud del Contrato de Seguro que tienen celebrado; únicamente modifican y/o adicionan lo señalado anteriormente.

El presente documento 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.

Para cualquier aclaración o duda no resueltas con relación a este seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía en el domicilio Paseo de la Reforma No. 243, Piso 16, Colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06500, o a los teléfonos 5511021919 o al 800 8376 762 opción 0 y solicitar ser canalizado a la UNE, en 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 No. 762, Colonia Del Valle, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03100, teléfono (55)5340 0999 en la Ciudad de México y el interior de la República al 800 999 80 80; correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx, o visite la página <http://www.gob.mx/condusef>.

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 06 de abril de 2022, con el número PPAQ-S0016-0042-2021/CONDUSEF-004962-04.

Multiregión

A través de la contratación de este endoso, el Asegurado podrá atenderse en un hospital del mismo nivel o menor al contratado dentro de la República Mexicana sin que se aplique el incremento del coaseguro estipulado en el apartado de Zona Geográfica de estas condiciones generales.

Cabe señalar que las modificaciones y/o adiciones señaladas en este documento no afectan otros derechos, obligaciones, exclusiones, limitantes o condiciones que el Contratante, Asegurado y La Compañía, han asumido en virtud del Contrato de Seguro que tienen celebrado; únicamente modifican y/o adicionan lo señalado anteriormente.

El presente documento 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.

Para cualquier aclaración o duda no resueltas con relación a este seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía en el domicilio Paseo de la Reforma No. 243, Piso 16, Colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06500, o a los teléfonos 5511021919 o al 800 8376 762 opción 0 y solicitar ser canalizado a la UNE, en 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 No. 762, Colonia Del Valle, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03100, teléfono (55)5340 0999 en la Ciudad de México y el interior de la República al 800 999 80 80; correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx, o visite la página <http://www.gob.mx/condusef>.

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 06 de abril de 2022, con el número PPAQ-S0016-0042-2021/CONDUSEF-004962-04.

Cirugía para corregir refracción ocular

Mediante este endoso, se cubren los gastos derivados de tratamientos para miopía, hipermetropía, y astigmatismo o cualquier otro trastorno de la refracción, siempre y cuando se demuestre mediante estudios médicos que la graduación por ojo sea mayor o igual a 5 dioptrías y por cada trastorno.

Se cubrirá el gasto procedente hasta la Suma Asegurada contratada para esta cobertura sin aplicar deducible ni coaseguro.

Esta cobertura tiene efecto una vez transcurridos 1 año de forma continua e ininterrumpida, después la fecha de alta del Asegurado en esta cobertura, Aplica reconocimiento de antigüedad para reducir el periodo de espera.

Cabe señalar que las modificaciones y/o adiciones señaladas en este documento no afectan otros derechos, obligaciones, exclusiones, limitantes o condiciones que el Contratante, Asegurado y La Compañía, han asumido en virtud del Contrato de Seguro que tienen celebrado; únicamente modificany/o adicionan lo señalado anteriormente.

El presente documento 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.

Para cualquier aclaración o duda no resueltas con relación a este seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía en el domicilio Paseo de la Reforma No. 243, Piso 16, Colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06500, o a los teléfonos 5511021919 o al 800 8376 762 opción 0 y solicitar ser canalizado a la UNE, en 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 No. 762, Colonia Del Valle, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03100, teléfono (55)5340 0999 en la Ciudad de México y el interior de la República al 800 999 80 80; correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx, o visite la página <http://www.gob.mx/condusef>.

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 06 de abril de 2022, con el número PPAQ-S0016-0042-2021/CONDUSEF-004962-04.

COMPLEMENTOS

La Compañía cubrirá los gastos médicos complementarios erogados a consecuencia de un Accidente, Enfermedad o Padecimientos cubierto, entendiéndose como gastos médicos complementarios aquellos que se erogan en la vigencia de esta póliza y cuyos gastos anteriores fueron cubiertos y pagados en una Póliza Colectiva de Gastos Médicos Mayores, a nombre del mismo Contratante emitida por ésta u otra institución de seguros, y que hayan iniciado posterior a la fecha de antigüedad reconocida en esta Póliza. El límite de responsabilidad de la Compañía será exclusivamente por el remanente de Suma Asegurada, con un tope de:

- 100,000 M.N o el 85% de la Suma Asegurada Básica, lo que resulte menor para pólizas con menos de 25 Asegurados
- 300,000 M.N. o el 85% de la Suma Asegurada Básica, lo que resulte menor para pólizas con más de 25 Asegurados y menos de 50 Asegurados
- 2,000,000 M.N o el 85% de la Suma Asegurada Básica, lo que resulte menor, para pólizas con más de 50 Asegurados

No se aplicará deducible para los gastos complementarios.

El Asegurado deberá presentar, adicional a la documentación para la reclamación, el finiquito o documento emitido por la institución de seguros donde se cubrió el último gasto que contenga el remanente de Suma Asegurada. En caso de no contar con esta documentación se cubrirá como un siniestro nuevo en caso de ser procedente.

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

Este Endoso forma parte del Contrato de Seguro.

Cabe señalar que las modificaciones y/o adiciones señaladas en este documento no afectan otros derechos, obligaciones, exclusiones, limitantes o condiciones que el Contratante, Asegurado y La Compañía, han asumido en virtud del Contrato de Seguro que tienen celebrado; únicamente modifican y/o adicionan lo señalado anteriormente.

El presente documento 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.

Para cualquier aclaración o duda no resueltas con relación a este seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía en el domicilio Paseo de la Reforma No. 243, Piso 16, Colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06500, o a los teléfonos 5511021919 o al 800 8376 762 opción 0 y solicitar ser canalizado a la UNE, en 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 No. 762, Colonia Del Valle, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03100, teléfono (55)5340 0999 en la Ciudad de México y el interior de la República al 800 999 80 80; correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx, o visite la página <http://www.gob.mx/condusef>.

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 06 de abril de 2022, con el número PPAQ-S0016-0042-2021/CONDUSEF-004962-04.

Sistema Autoadministrado

La **Póliza** a la cual se adhiere este endoso tiene la característica de que los movimientos de altas y bajas se cobrarán o devolverán, en su caso, al final de la vigencia de la **Póliza**, siendo obligación del Contratante el pago de cualquier importe a su cargo aún sin la renovación de la **Póliza**. Este endoso tiene validez siempre que se encuentre **Asegurado** el 100% del personal elegible.

El Contratante se obliga a enviar a la **Compañía**, dentro de los primeros cinco días hábiles de cada mes, la relación de altas y bajas de **Asegurados** correspondientes al mes inmediato anterior. Aquellos movimientos de **Asegurados** que no sean reportados a la **Compañía** dentro del periodo indicado anteriormente estarán sujetos a los procesos de suscripción que establezca la propia **Compañía**.

La **Compañía** entregará al Contratante una relación de los movimientos así como las tarjetas de identificación de los movimientos de altas.

En caso de el importe de las primas correspondientes a los movimientos de altas y bajas reportados por el Contratante no rebase el 20% de la prima neta emitida al inicio de la vigencia de la **Póliza**, la prima de ajuste por movimientos se le cobrará al final de la vigencia de la **Póliza**, en caso contrario el Contratante estará obligado a pagar el 100% de la prima correspondiente a los movimientos totales efectuados.

Cabe señalar que las modificaciones y/o adiciones señaladas en este documento no afectan otros derechos, obligaciones, exclusiones, limitantes o condiciones que el Contratante, Asegurado y La Compañía, han asumido en virtud del Contrato de Seguro que tienen celebrado; únicamente modifican y/o adicionan lo señalado anteriormente.

El presente documento 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.

Para cualquier aclaración o duda no resueltas con relación a este seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía en el domicilio Paseo de la Reforma No. 243, Piso 16, Colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06500, o a los teléfonos 5511021919 o al 800 8376 762 opción 0 y solicitar ser canalizado a la UNE, en 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 No. 762, Colonia Del Valle, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03100, teléfono (55)5340 0999 en la Ciudad de México y el interior de la República al 800 999 80 80; correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx, o visite la página <http://www.gob.mx/condusef>.

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 06 de abril de 2022, con el número PPAQ-S0016-0042-2021/CONDUSEF-004962-04.

DIVIDENDOS

La **Póliza** a la cual se adhiere este endoso cuenta con esquema de participación de Dividendos. La participación de Dividendos será pagada al Contratante al finalizar la Vigencia de la Póliza siempre y cuando haya pagado la anualidad completa, y sólo cuando los Asegurados participen en el pago de la prima, tendrán derecho a recibir los Dividendos que se generen de manera proporcional a las aportaciones que hayan realizado. El pago de la participación que corresponda no estará condicionado a la Renovación de la Póliza. El Contratante de la Póliza será el obligado en relación al inciso c) "Recuperación de Dividendos por siniestros ocurridos y no reportados" de este Endoso.

Pago de Dividendos

a) Cálculo. Se otorgará el porcentaje pactado con el contratante de la Prima Neta de Riesgo devengada, menos los siniestros ocurridos en forma anual vencida. El Cálculo de Dividendos dependerá de la Experiencia Propia del Contratante para el Cálculo de la prima. La determinación de los Dividendos a ser pagados se realizará de acuerdo con la experiencia de la póliza una vez que haya finalizado la vigencia de la misma. Durante la Vigencia del Contrato de Seguro, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el monto de Prima Neta de Riesgo que corresponda, mismo que podrá variar de acuerdo a las altas y bajas y/o Modificaciones que sufra este Contrato de Seguro durante su Vigencia. Para el Cálculo del Dividendo, se considerará la Prima Neta de Riesgo que se tenga al final de la Vigencia anual.

b) Periodo de Pago. Los Dividendos no podrán ser pagados antes de finalizar la Vigencia de la Póliza. No podrán pagarse Dividendos anticipados ni garantizados. Se entenderá por Dividendos anticipados la realización de pagos antes de que finalice el periodo de Vigencia de la Póliza.

Una vez transcurridos 90 días naturales del fin de Vigencia de la Póliza, serán pagados los Dividendos que sean procedentes de acuerdo a lo pactado entre la Compañía y el Contratante.

En el caso de Pólizas cuya Vigencia sea menor a un año, no se podrán otorgar Dividendos. En caso de Cancelación anticipada del Contrato de Seguro, no se pagará Dividendo alguno.

c) Recuperación de Dividendos por Siniestros Ocurridos y No Reportados. Si con posterioridad al pago correspondiente de Dividendos, se llegaran a presentar siniestros o complementos posteriores a la fecha de entrega y que hubieran tenido lugar dentro de la Vigencia de la Póliza se procederá de la siguiente manera:

1. Si la Colectividad Asegurada renovó su Vigencia en la Compañía, a petición del Contratante, el arrastre de pérdidas de la Vigencia anterior por siniestros ocurridos y no reportados podrá llevarse a cabo en el Cálculo del Dividendos correspondiente al siguiente periodo.
2. Si la Colectividad no renovó su vigencia con la compañía, en caso de reportarse siniestros que hayan ocurrido durante la Vigencia de la Póliza con la Compañía, el Contratante se obliga a reingresar en un plazo no mayor a 15 (quince) días naturales la cantidad que resulte de la diferencia entre los Dividendos pagados y los siniestros realmente ocurridos.
3. En caso de que la siniestralidad supere el Dividendo pagado al Contratante, éste se obliga a reintegrar a la Compañía en un plazo no mayor a 15 (quince) días naturales la totalidad del Dividendo pagado.

Para cualquier aclaración o duda no resueltas con relación a este seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía en el domicilio Paseo de la Reforma No. 243, Piso 16, Colonia Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06500, o a los teléfonos 5511021919 o al 800 8376 762 opción 0 y solicitar ser canalizados a la UNE, en 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 No. 762, Colonia Del Valle, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03100, teléfono (55)5340 0999 en la Ciudad de México y el interior de la República al 800 999 8080; correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx, o visite la página <http://www.gob.mx/condusef>.

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 06 de abril de 2022, con el numero PPAQ- S0016-0042-2021/CONDUSEF-004962-04.

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 indentificador y/o número de empleado:

Datos del seguro

Coberturas

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 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

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

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 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.

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

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, 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 Asegurado

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 762 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 aclaramos.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 abril de 2022, con el número PPAQ-S0016-0042-2021/CONDUSEF-004962-04.

Folio: _____

Instrucciones

Este formato debe ser llenado y firmado por el solicitante titular y contratante con letra molde y tinta de un solo color. Favor de no dejar preguntas ni espacios sin contestar.
Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Datos de la póliza

| | | |
|-------------------------|---------------------|-------------------------------------|
| Nombre del contratante: | | Teléfono: |
| No. de la póliza: | No. de certificado: | Vigencia de la póliza (DD/MM/AAAA): |

Datos de los solicitantes

| Solicitante | Nombre completo | Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA) |
|-------------|-----------------|----------------------------------|
| Titular | | |
| Cónyuge | | |
| Hijo (1) | | |
| Hijo (2) | | |
| Hijo (3) | | |
| Otro | | |

NOTA: Si has estado asegurado con otras compañías y requieres reducir o eliminar los períodos de espera, anexa a esta solicitud la carátula de la póliza en donde se indique la antigüedad de cada asegurado, condiciones de aseguramiento y el comprobante de pago de las mismas.

| Cuestionario médico | Titular | | Cónyuge | | Hijo (1) | | Hijo (2) | | Hijo (3) | | Otro | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Sí | No |
| Estatura (ejemplo: 1.50m): | | | | | | | | | | | | |
| Peso (ejemplo: 50kg): | | | | | | | | | | | | |
| 1.¿Padece actualmente de alguna enfermedad? | <input type="checkbox"/> |
| 2.¿Está en algún tratamiento médico, terapia o rehabilitación? | <input type="checkbox"/> |
| 3.¿Se le han practicado pruebas de laboratorio, estudios de imagen, electrocardiogramas, biopsia, entre otros? | <input type="checkbox"/> |
| 4.¿Se le ha practicado y/o tiene programada una intervención quirúrgica u hospitalaria? | <input type="checkbox"/> |
| 5.¿Ha recibido alguna transfusión de sangre? | <input type="checkbox"/> |
| 6.¿Padece o ha padecido enfermedades del corazón? | <input type="checkbox"/> |

| Cuestionario médico | Titular | | Cónyuge | | Hijo (1) | | Hijo (2) | | Hijo (3) | | Otro | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Sí | No |
| 7.¿Padece o ha padecido presión arterial alta? | <input type="checkbox"/> |
| 8.¿Padece o ha padecido enfermedades de las vías respiratorias (tuberculosis, bronquitis, asma, neumonía, entre otros)? | <input type="checkbox"/> |
| 9.¿Padece o ha padecido enfermedades del sistema circulatorio (várices, aneurismas, entre otros)? | <input type="checkbox"/> |
| 10.¿Padece o ha padecido enfermedades del aparato digestivo (esófago, estómago, intestinos, recto, vesícula biliar, hígado, páncreas, bazo, entre otros)? | <input type="checkbox"/> |
| 11.¿Padece o ha padecido de enfermedades del sistema genitourinario (riñón, vejiga, próstata, entre otros)? | <input type="checkbox"/> |
| 12.¿Padece o ha padecido enfermedades del sistema nervioso (epilepsia, pérdida del conocimiento y/o ataques, entre otros)? | <input type="checkbox"/> |
| 13.¿Padece o ha padecido enfermedades del aparato músculo esquelético óseo(huesos, músculos o articulaciones)? | <input type="checkbox"/> |
| 14.¿Padece o ha padecido enfermedades del sistema inmunológico (lupus, púrpura, artritis reumatoide, entre otros)? | <input type="checkbox"/> |
| 15.¿Padece enfermedades endocrinas o metabólicas (diabetes, tiroides, hipertiroidismo, azúcar elevada, colesterol, ácido úrico, entre otros)? | <input type="checkbox"/> |
| 16.¿Padece o ha padecido enfermedades transmisibles (hepatitis, SIDA, sífilis, entre otros)? | <input type="checkbox"/> |
| 17.¿Padece o ha padecido enfermedades de la piel (vitíligo o cualquier otra)? | <input type="checkbox"/> |
| 18.¿Padece o ha padecido enfermedades vasculares cerebrales (embolia, trombosis, entre otros)? | <input type="checkbox"/> |
| 19.¿Padece o ha padecido cualquier tipo de cáncer? | <input type="checkbox"/> |
| 20.¿Se le ha diagnosticado o tiene indicios de la existencia de tumores, quistes, piedras, hernias o fibrosis quística? | <input type="checkbox"/> |
| 21.¿Tiene alguna anomalía de la vista o audición? | <input type="checkbox"/> |
| 22.¿Tiene algún mal congénito ó deformidad? | <input type="checkbox"/> |
| 23.¿Le falta algún órgano y/o miembro o parte de él? | <input type="checkbox"/> |

| Cuestionario médico | Titular | | Cónyuge | | Hijo (1) | | Hijo (2) | | Hijo (3) | | Otro | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Sí | No |
| 24.¿Fuma? Cigarro <input type="checkbox"/> Puro <input type="checkbox"/> Cantidad Frecuencia | <input type="checkbox"/> |
| 25.¿Consume bebidas alcohólicas? Cantidad de copas Frecuencia | <input type="checkbox"/> |
| 26.¿Hace uso de drogas o estimulantes? Clase Cantidad Frecuencia | <input type="checkbox"/> |
| 27.¿Practica algún deportes o afición de riesgo: Motociclismo, buceo, paracaidismo, alpinismo, equitación, box, lucha, artes marciales, charrería, entre otros? ¿Cuál? | <input type="checkbox"/> |
| 28.¿Viaja en o hace uso de vehículos motorizados como: motocicleta o avión particular (vuelos no comerciales)? Frecuencia | <input type="checkbox"/> |
| Mujeres | | | | | | | | | | | | |
| 29.¿Padece o ha padecido enfermedades de los ovarios, de la matriz de las glándulas mamarias? | <input type="checkbox"/> |
| 30.¿Actualmente está embarazada? ¿De cuántos meses? | <input type="checkbox"/> |
| 31.Indique el número de embarazos que ha tenido | | | | | | | | | | | | |
| 32.Indique el número de partos que ha tenido | | | | | | | | | | | | |
| 33.¿Le han practicado legrados, cesáreas o abortos? | <input type="checkbox"/> |
| 34.¿Está o se ha sometido a tratamientos por infertilidad? | <input type="checkbox"/> |

En caso de que alguna respuesta sea afirmativa, deberá ampliar la información por cada solicitante

| Solicitante | No. pregunta | Cantidad y/o frecuencia | Enfermedad/Accidente | ¿Hace cuánto padeció la enfermedad/ accidente? | Duración | Estado actual |
|-------------|--------------|-------------------------|----------------------|--|----------|---------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

¿Desea manifestar algún hecho importante o relevante adicional?

De interés para el solicitante (leer 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 conozcas o debas 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 solicitante titular y/o 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.

Por lo anterior, autorizo a los médicos, hospitales o clínicas que me hayan asistido o a los que haya accedido para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad y para el efecto, relevo a las personas arriba mencionadas del secreto profesional, aceptando que se proporcione a Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más, la información que ésta le requiera.

Declaraciones adicionales del solicitante (leer antes de firmar)

Previa lectura y debidamente enterados de las condiciones y obligaciones que establece la solicitud de gastos médicos mayores, 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; mismas que declaro conocer y manifiesto me han sido explicadas y estoy de acuerdo con ellas.

Aviso de privacidad

Seguros Ve por Más, S.A. Grupo Financiero Ve por Más, con domicilio en Paseo de la Reforma No. 243, Piso 16 Colonia Cuauhtémoc, C.P. 06500, Ciudad de México, 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 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: datospersonales@vepormas.com.mx, 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, 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.

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.

Lugar y fecha (DD/MM/AAAA)

Firma del solicitante titular

Firma del contratante

En caso de minoría de edad del Solicitante Titular, se requiere el nombre y la firma de su Representante Legal.

Nombre del Representante Legal

Firma del Representante Legal

Parentesco o relación con el Solicitante

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, al teléfono 5511021919 o 800 8376 762 opción 0 y solicitar ser canalizado a la UNE de Seguros Bx+, 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 contactara 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 800 999 8080; 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 06 de abril de 2022, con el número PPAQ-S0016-0042-2021 / CONDUSEF-004962-04.