

Nombre del Contratante: ABRASIVOS AUSTROMEX S.A. DE C.V. Dirección: MICHOACAN NUM.109 COL. GUADALUPE DEL MORAL, IZTAPALAPA Estado: CIUDAD DE MEXICO C.P.: 09300 R.F.C: AAU830718941	Ramo/Subramo 32102	Oficina MATRIZ	Póliza Inicial 0064301	Póliza 0064301
	Moneda NACIONAL		Forma de Pago SUBGRUPO	
	Vigencia de la Póliza			
	Desde 01/JUL/2025 12:00 HORAS		Hasta 01/JUL/2026 12:00 HORAS	
	ID Contratante 000000000		Fecha de Emisión 01/JUL/2025	
Seguro: MEDIKUZ BX+	Vigencia del Certificado			
	Desde 01/JUL/2025 12:00 HORAS		Hasta 01/JUL/2026 12:00 HORAS	

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

Datos de los Asegurados						
Nombre	Número de Asegurado	Fecha de Nacimiento	Fecha Antigüedad	Parentesco	Edad	Sexo
GODINEZ OSORIO EDGAR OMAR	0000000000109-00	01/MAY/1996	26/JUN/2020	TITULAR	29	MASCULINO

Detalle del Seguro				
Subgrupo	Suma Asegurada	Deducible	Coaseguro	Características
001	125,000,000	15,000.00	10.00 %	Región de la póliza: 09-009 Nivel Hospitalario: 5 MEDIO Tope Coaseguro: 35,000.00 Honorarios Quirúrgicos: 90,000.00

Observaciones

Datos de la Póliza		Vigencia de la Póliza	
Ramo/Subramo	No. Póliza	Desde	Hasta
32102	0064301	01/JUL/2025 12:00 HORAS	01/JUL/2026 12:00 HORAS

Cobertura Básica	Alcance	Suma Asegurada
Cuarto y Alimentos Intervenciones Quirúrgicas Honorarios de Anestesiólogo Hospitalización Honorarios de Enfermera Ambulancia Terrestre Ambulancia Aérea Prótesis y Aparatos Ortopédicos Asistencia al Viajero	Privado Estándar Tabla Honorarios Quirúrgicos Incluida Incluida Incluida Incluida Lo mayor entre 20% y contratado Incluida Incluida	30% Honorarios Quirúrgicos Máximo 30 días naturales Suma Asegurada contratada para esta cobertura Suma Asegurada contratada para esta cobertura Suma Asegurada contratada Básica Descrito en las Condiciones Generales
Coberturas Adicionales	Alcance	Suma Asegurada
CONDONACIÓN DED Y COA POR ACC	Amparada	
PLAN DENTAL	Combinado	
BENEFICIO HOSPITALARIO VIP	Amparada	
COMPLEMENTOS	De acuerdo a endoso. No aplica Deducible	De acuerdo a endoso
TELEMEDIC	Amparada	
ASSIST AMERICA	Amparada	
REFRACCIÓN OCULAR	De acuerdo a endoso	\$ 40,000 M.N.

Datos de la Póliza		Vigencia de la Póliza	
Ramo/Subramo	No. Póliza	Desde	Hasta
32102	0064301	01/JUL/2025 12:00 HORAS	01/JUL/2026 12:00 HORAS

Datos de los Beneficiarios		
Nombre	Parentesco	% de Participación

Esta Póliza queda sujeta a las Condiciones Generales y Endosos anexos

Endosos

Agente: **002568**

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

En testimonio de lo cual SEGUROS VE POR MÁS, S.A., GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS firma el presente documento en la Ciudad de **IZTAPALAPA, CIUDAD DE MEXICO** el día **30 DE JUNIO DE 2025**.

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

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

En caso de siniestro llama al 800 830 3676



FUNCIONARIO AUTORIZADO

Datos de la Póliza		Vigencia de la Póliza	
Ramo/Subramo	No. Póliza	Desde	Hasta
32102	0064301	01/JUL/2025 12:00 HORAS	01/JUL/2026 12:00 HORAS

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 800 830 3676, 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 01 800 999 8080; correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx, o visite la página <http://www.condusef.gob.mx>.

Se hace del conocimiento de nuestros clientes que podrán consultar todos los preceptos y referencias legales mencionadas en el contrato, en nuestra página de internet "<http://www.vepormas.com>", Condiciones Generales, sección, Anexo denominado "**Preceptos Legales**"

Artículo 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 **IZTAPALAPA, CIUDAD DE MEXICO** el día **30 DE JUNIO DE 2025**.

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

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

En caso de siniestro llama al 800 830 3676



FUNCIONARIO AUTORIZADO

Página 4 de 6

Datos de la Póliza		Vigencia de la Póliza	
Ramo/Subramo	No. Póliza	Desde	Hasta
32102	0064301	01/JUL/2025 12:00 HORAS	01/JUL/2026 12:00 HORAS

"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 09 DE DICIEMBRE 2022, con el número CNSF-S0016-0278-2022/CONDUSEF-005441-04"

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-005441-04

En testimonio de lo cual SEGUROS VE POR MÁS, S.A., GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS firma el presente documento en la Ciudad de IZTAPALAPA, CIUDAD DE MEXICO el día 30 DE JUNIO DE 2025.

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

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

En caso de siniestro llama al 800 830 3676



FUNCIONARIO AUTORIZADO

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** y 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. A su 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 querellas a que se refiere 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 **IZTAPALAPA, CIUDAD DE MEXICO** el día **30 DE JUNIO DE 2025**.

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

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

En caso de siniestro llama al 800 830 3676

FUNCIONARIO AUTORIZADO