

Nombre del Contratante: <b>PODER JUDICIAL DEL ESTADO</b>  Dirección: <b>CALLE 35 NUM.501-A</b> <b>COL. CENTRO,MERIDA</b>  Estado: <b>YUCATAN</b> C.P.: <b>97000</b> R.F.C: <b>PJE8602069I3</b>	Ramo/Subramo	Oficina	Póliza Inicial	Póliza
	<b>11101</b>	<b>MERIDA</b>	<b>0128801</b>	<b>0128802</b>
	Moneda		Forma de Pago	
	<b>NACIONAL</b>		<b>ANUAL</b>	
	Vigencia de la Póliza			
Desde		Hasta		
<b>01/ENE/2024 12:00 HORAS</b>		<b>01/MAR/2024 12:00 HORAS</b>		
ID Contratante		Fecha de Emisión		
<b>00000000</b>		<b>19/ENE/2024</b>		

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

**Detalle del seguro**

**Seguro**

**SELEKTUM BX+**

**Características del Grupo Asegurado**

Sub grupo	Nombre Identificador	Total de Asegurados	Regla de Suma Asegurada	Coberturas
001	PODER JUDICIAL DEL ESTADO	4	40.00 MESES DE SUELDO	VIDA GRUPO COB BASICA, GRUPO VIDA MUERTE ACCIDENTAL, GRUPO VIDA PAGO ANT X INVALID, GRUPO VIDA EXENCION PMA X INV
002	PODER JUDICIAL DEL ESTADO	50	40.00 MESES DE SUELDO	VIDA GRUPO COB BASICA, GRUPO VIDA MUERTE ACCIDENTAL, GRUPO VIDA PAGO ANT X INVALID, GRUPO VIDA EXENCION PMA X INV
003	PODER JUDICIAL DEL ESTADO	2	40.00 MESES DE SUELDO	VIDA GRUPO COB BASICA, GRUPO VIDA MUERTE ACCIDENTAL, GRUPO VIDA PAGO ANT X INVALID, GRUPO VIDA EXENCION PMA X INV
004	PODER JUDICIAL DEL ESTADO	2	40.00 MESES DE SUELDO	VIDA GRUPO COB BASICA, GRUPO VIDA MUERTE ACCIDENTAL, GRUPO VIDA PAGO ANT X INVALID, GRUPO VIDA EXENCION PMA X INV

**Condiciones**

Edad de Aceptación:	<b>15</b>	Tipo de Dividendo:	No otorga
Edad de Cancelación:	<b>100</b>	Porcentaje de Dividendo:	0.00%
SAMI	<b>4,453,520.00</b>	Periodicidad de Dividendo:	
Porcentaje de Contribución:	<b>0.00%</b>		

En testimonio de lo cual SEGUROS VE POR MÁS, S.A., GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS firma el presente documento en la Ciudad de **MERIDA, YUCATAN** el día **19 de ENERO** del **2024**.

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

Paseo de la Reforma 243 Piso 16, Colonia Cuauhtémoc,  
 Alcaldía Cuauhtémoc C.P. 06500 Ciudad de México, Teléfono: 55 1102 1800  
 www.vepormas.com; 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
11101	0128802	01/ENE/2024 12:00 HORAS	01/MAR/2024 12:00 HORAS

Esta póliza queda sujeta a las Condiciones Generales y Endosos anexos

Endosos	Costo de Seguro	
ADMINISTRACIÓN:, ADMINISTRACIÓN:	Total de Primas	\$ 168,903.98
	Descuento	\$ 0
	Prima Neta	\$ 168,903.98
	Recargo Pago Fraccionado	\$ 0.00
	Gastos de Expedición	\$ 0.00
	Subtotal	\$ 168,903.98
	I.V.A.	\$ 0.00
	Prima Total	\$ 168,903.98

Agente: **200-060007**

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 folleto de derechos básicos, por lo que, invitamos a consultar las coberturas, exclusiones, restricciones y alcance de su póliza, en las propias condiciones generales y/o en nuestra página de internet [www.vepormas.com](http://www.vepormas.com)

Para cualquier aclaración o duda no resueltas en relación con su seguro, contacte a la Unidad Especializada de nuestra Compañía ubicada en Paseo de la Reforma, número 243 Piso 16, Colonia Cuauhtémoc, Alcaldía Cuauhtémoc, Ciudad de México, C.P. 06500, al teléfono 551102 1919 en la opción 0 ext. 80018 y/o al 800 8376 7627 opción 0 ext. 80018, en un horario de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas; al correo electrónico aclaraciones.une@segurosvepormas.com, o visite [www.vepormas.com](http://www.vepormas.com); o bien contactar a CONDUSEF en Avenida Insurgentes Sur, número 762, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03100, al 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 [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx)

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

Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguros: 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.

**De acuerdo con mi elección, acepto que la Institución me ha hecho entrega de las Condiciones Generales del presente contrato.**

**"En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 19 DE ENERO DE 2018 , con el número CNSF-S0016-0048-2018 / CONDUSEF-001819-02 "**

En testimonio de lo cual SEGUROS VE POR MÁS, S.A., GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS firma el presente documento en la Ciudad de **MERIDA, YUCATAN** el día **19 de ENERO** del **2024**.

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

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

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

FUNCIÓNARIO AUTORIZADO

**Características del Grupo Asegurado**

Sub grupo	Nombre Identificador	Total de Asegurados	Regla de Suma Asegurada	Coberturas
005	PODER JUDICIAL DEL ESTADO	2	40.00 MESES DE SUELDO	VIDA GRUPO COB BASICA, GRUPO VIDA MUERTE ACCIDENTAL, GRUPO VIDA PAGO ANT X INVALID, GRUPO VIDA EXENCION PMA X INV
006	PODER JUDICIAL DEL ESTADO	9	40.00 MESES DE SUELDO	VIDA GRUPO COB BASICA, GRUPO VIDA MUERTE ACCIDENTAL, GRUPO VIDA PAGO ANT X INVALID, GRUPO VIDA EXENCION PMA X INV
007	PODER JUDICIAL DEL ESTADO	44	40.00 MESES DE SUELDO	VIDA GRUPO COB BASICA, GRUPO VIDA MUERTE ACCIDENTAL, GRUPO VIDA PAGO ANT X INVALID, GRUPO VIDA EXENCION PMA X INV
008	PODER JUDICIAL DEL ESTADO	2	40.00 MESES DE SUELDO	VIDA GRUPO COB BASICA, GRUPO VIDA MUERTE ACCIDENTAL, GRUPO VIDA PAGO ANT X INVALID, GRUPO VIDA EXENCION PMA X INV
009	PODER JUDICIAL DEL ESTADO	63	40.00 MESES DE SUELDO	VIDA GRUPO COB BASICA, GRUPO VIDA MUERTE ACCIDENTAL, GRUPO VIDA PAGO ANT X INVALID, GRUPO VIDA EXENCION PMA X INV
010	PODER JUDICIAL DEL ESTADO	33	40.00 MESES DE SUELDO	VIDA GRUPO COB BASICA, GRUPO VIDA MUERTE ACCIDENTAL, GRUPO VIDA PAGO ANT X INVALID, GRUPO VIDA EXENCION PMA X INV
011	PODER JUDICIAL DEL ESTADO	6	40.00 MESES DE SUELDO	VIDA GRUPO COB BASICA, GRUPO VIDA MUERTE ACCIDENTAL, GRUPO VIDA PAGO ANT X INVALID, GRUPO VIDA EXENCION PMA X INV
012	PODER JUDICIAL DEL ESTADO	72	40.00 MESES DE SUELDO	VIDA GRUPO COB BASICA, GRUPO VIDA MUERTE ACCIDENTAL, GRUPO VIDA PAGO ANT X INVALID, GRUPO VIDA EXENCION PMA X INV
013	PODER JUDICIAL DEL ESTADO	6	40.00 MESES DE SUELDO	VIDA GRUPO COB BASICA, GRUPO VIDA MUERTE ACCIDENTAL, GRUPO VIDA PAGO ANT X INVALID, GRUPO VIDA EXENCION PMA X INV
014	PODER JUDICIAL DEL ESTADO	9	40.00 MESES DE SUELDO	VIDA GRUPO COB BASICA, GRUPO VIDA MUERTE ACCIDENTAL, GRUPO VIDA PAGO ANT X INVALID, GRUPO VIDA EXENCION PMA X INV
015	PODER JUDICIAL DEL ESTADO	7	40.00 MESES DE SUELDO	VIDA GRUPO COB BASICA, GRUPO VIDA MUERTE ACCIDENTAL, GRUPO VIDA PAGO ANT X INVALID, GRUPO VIDA EXENCION PMA X INV

En testimonio de lo cual SEGUROS VE POR MÁS, S.A., GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS firma el presente documento en la Ciudad de **MERIDA, YUCATAN** el día **19 de ENERO** del **2024**.

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

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

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

FUNCIÓNARIO AUTORIZADO

Sub grupo	Nombre Identificador	Total de Asegurados	Regla de Suma Asegurada	Coberturas
016	PODER JUDICIAL DEL ESTADO	15	40.00 MESES DE SUELDO	VIDA GRUPO COB BASICA, GRUPO VIDA MUERTE ACCIDENTAL, GRUPO VIDA PAGO ANT X INVALID, GRUPO VIDA EXENCION PMA X INV
017	PODER JUDICIAL DEL ESTADO	13	40.00 MESES DE SUELDO	VIDA GRUPO COB BASICA, GRUPO VIDA MUERTE ACCIDENTAL, GRUPO VIDA PAGO ANT X INVALID, GRUPO VIDA EXENCION PMA X INV
018	PODER JUDICIAL DEL ESTADO	7	40.00 MESES DE SUELDO	VIDA GRUPO COB BASICA, GRUPO VIDA MUERTE ACCIDENTAL, GRUPO VIDA PAGO ANT X INVALID, GRUPO VIDA EXENCION PMA X INV
019	PODER JUDICIAL DEL ESTADO	1	40.00 MESES DE SUELDO	VIDA GRUPO COB BASICA, GRUPO VIDA MUERTE ACCIDENTAL, GRUPO VIDA PAGO ANT X INVALID, GRUPO VIDA EXENCION PMA X INV
020	PODER JUDICIAL DEL ESTADO	184	40.00 MESES DE SUELDO	VIDA GRUPO COB BASICA, GRUPO VIDA MUERTE ACCIDENTAL, GRUPO VIDA PAGO ANT X INVALID, GRUPO VIDA EXENCION PMA X INV
021	PODER JUDICIAL DEL ESTADO	30	40.00 MESES DE SUELDO	VIDA GRUPO COB BASICA, GRUPO VIDA MUERTE ACCIDENTAL, GRUPO VIDA PAGO ANT X INVALID, GRUPO VIDA EXENCION PMA X INV
022	PODER JUDICIAL DEL ESTADO	81	40.00 MESES DE SUELDO	VIDA GRUPO COB BASICA, GRUPO VIDA MUERTE ACCIDENTAL, GRUPO VIDA PAGO ANT X INVALID, GRUPO VIDA EXENCION PMA X INV
023	PODER JUDICIAL DEL ESTADO	7	40.00 MESES DE SUELDO	VIDA GRUPO COB BASICA, GRUPO VIDA MUERTE ACCIDENTAL, GRUPO VIDA PAGO ANT X INVALID, GRUPO VIDA EXENCION PMA X INV
024	PODER JUDICIAL DEL ESTADO	9	40.00 MESES DE SUELDO	VIDA GRUPO COB BASICA, GRUPO VIDA MUERTE ACCIDENTAL, GRUPO VIDA PAGO ANT X INVALID, GRUPO VIDA EXENCION PMA X INV
025	PODER JUDICIAL DEL ESTADO	11	40.00 MESES DE SUELDO	VIDA GRUPO COB BASICA, GRUPO VIDA MUERTE ACCIDENTAL, GRUPO VIDA PAGO ANT X INVALID, GRUPO VIDA EXENCION PMA X INV
026	PODER JUDICIAL DEL ESTADO	4	40.00 MESES DE SUELDO	VIDA GRUPO COB BASICA, GRUPO VIDA MUERTE ACCIDENTAL, GRUPO VIDA PAGO ANT X INVALID, GRUPO VIDA EXENCION PMA X INV
027	PODER JUDICIAL DEL ESTADO	35	40.00 MESES DE SUELDO	VIDA GRUPO COB BASICA, GRUPO VIDA MUERTE ACCIDENTAL, GRUPO VIDA PAGO ANT X INVALID, GRUPO VIDA EXENCION PMA X INV

En testimonio de lo cual SEGUROS VE POR MÁS, S.A., GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS firma el presente documento en la Ciudad de **MERIDA, YUCATAN** el día **19 de ENERO** del **2024**.

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

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

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



\_\_\_\_\_  
FUNCIONARIO AUTORIZADO

Sub grupo	Nombre Identificador	Total de Asegurados	Regla de Suma Asegurada	Coberturas
028	PODER JUDICIAL DEL ESTADO	11	40.00 MESES DE SUELDO	VIDA GRUPO COB BASICA, GRUPO VIDA MUERTE ACCIDENTAL, GRUPO VIDA PAGO ANT X INVALID, GRUPO VIDA EXENCION PMA X INV
029	PODER JUDICIAL DEL ESTADO	1	40.00 MESES DE SUELDO	VIDA GRUPO COB BASICA, GRUPO VIDA MUERTE ACCIDENTAL, GRUPO VIDA PAGO ANT X INVALID, GRUPO VIDA EXENCION PMA X INV
030	PODER JUDICIAL DEL ESTADO	1	40.00 MESES DE SUELDO	VIDA GRUPO COB BASICA, GRUPO VIDA MUERTE ACCIDENTAL, GRUPO VIDA PAGO ANT X INVALID, GRUPO VIDA EXENCION PMA X INV
031	PODER JUDICIAL DEL ESTADO	34	40.00 MESES DE SUELDO	VIDA GRUPO COB BASICA, GRUPO VIDA MUERTE ACCIDENTAL, GRUPO VIDA PAGO ANT X INVALID, GRUPO VIDA EXENCION PMA X INV
032	PODER JUDICIAL DEL ESTADO	42	40.00 MESES DE SUELDO	VIDA GRUPO COB BASICA, GRUPO VIDA MUERTE ACCIDENTAL, GRUPO VIDA PAGO ANT X INVALID, GRUPO VIDA EXENCION PMA X INV
033	PODER JUDICIAL DEL ESTADO	56	40.00 MESES DE SUELDO	VIDA GRUPO COB BASICA, GRUPO VIDA MUERTE ACCIDENTAL, GRUPO VIDA PAGO ANT X INVALID, GRUPO VIDA EXENCION PMA X INV
034	PODER JUDICIAL DEL ESTADO	129	40.00 MESES DE SUELDO	VIDA GRUPO COB BASICA, GRUPO VIDA MUERTE ACCIDENTAL, GRUPO VIDA PAGO ANT X INVALID, GRUPO VIDA EXENCION PMA X INV

En testimonio de lo cual SEGUROS VE POR MÁS, S.A., GRUPO FINANCIERO VE POR MÁS firma el presente documento en la Ciudad de **MERIDA, YUCATAN** el día **19 de ENERO** del **2024**.

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

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

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



\_\_\_\_\_  
FUNCIONARIO AUTORIZADO