Carta Declaración de Salud y Solicitud del Programa Modular Oncológico de Salud Colectivo

AUNA SEGUROS, SA.

A quien corresponda:

Por medio de la presente, yo,

_____

Apellido Paterno Apellido Materno
Nombre(s)

actuó como solicitante del seguro_____ para las siguientes personas elegibles:

Nombre Plan Oncológico

DATOS DE LAS PERSONAS ELEGIBLES (en caso de que el Asegurado Titular y/o empleado sea elegible para el colectivo voluntario, favor de incluir su información) (favor de llenar todos los campos, NO SE ADMITEN ABREVIATURAS, TACHADURAS O ENMENDADURAS)							
	Apellido Materno	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Sexo (F/M)	Parentesco
1							
2							
3							
4							
5							

y declaro bajo protesta de decir verdad lo siguiente:

1. Que al día de hoy no presentamos síntomas ni diagnóstico(s) confirmado(s) de ninguna enfermedad oncológica (**CÁNCER** u otras enfermedades relacionadas definidas en las condiciones generales del plan las cuales pueden ser consultadas en: www.aunaseguros.com.mx).

2. Que no hemos recibido servicio(s) ni tratamiento(s) médico(s) ni hospitalario(s), ni hemos sido sometidos(as) a estudios, procedimientos, evaluaciones ni consultas relacionadas con enfermedades oncológicas en los últimos 5 años.

3. Que no estamos en espera de resultados médicos ni tenemos citas programadas para estudios relacionados con enfermedades oncológicas.

4. Ninguno de los solicitantes mencionados anteriormente, ni sus cónyuges, ni parientes colaterales hasta el segundo grado son Persona(s) Políticamente Expuesta(s) [(1)].

Entendemos que esta solicitud y declaración de salud forma parte del proceso de evaluación para la contratación del seguro oncológico del Plan antes mencionado, y que cualquier dolo, omisión, inexactitud o falsedad en la presente declaración puede ser motivo de pérdida de los derechos, cancelación de la **PÓLIZA** o rechazo de **COBERTURA** de cualquiera de los solicitantes mencionados anteriormente, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Asimismo, autorizo y otorgo mi consentimiento a **AUNA SEGUROS, S.A.** para utilizar los datos personales y sensibles aquí proporcionados, conforme con el **Aviso de Privacidad** que me fue previamente proporcionado y que conozco se encuentra en dentegra.com.mx.

Autorizo a cualquier médico con licencia, médico practicante, hospital, clínica, u otro establecimiento médico o médicamente relacionado, compañía de seguros, agencia gubernamental, u otra organización, institución o persona que tenga un registro o conocimiento de mí o mi salud y la de mis dependientes nombrados en esta solicitud, para dar a la Aseguradora, sus reaseguradores y afiliados de dicha información, incluyendo copias de los registros relativos a consejo, cuidado o tratamiento proporcionado a mí o mis dependientes, sin limitación alguna a información relativa a enfermedades o el uso de drogas o alcohol.

Además, autorizo a **AUNA SEGUROS, S.A**., sus filiales y sus reaseguradores para usar o divulgar dicha información a sus empresas afiliadas, proveedores, pagadores, otras compañías de seguros, administradores de riesgos, consultores y cualquier entidad cuando sea necesario para nuestra atención o tratamiento, pago de servicios, el funcionamiento de nuestro plan de salud, o para llevar a cabo actividades relacionadas.

NOTA: EL LLENADO COMPLETO DE LA DECLARACIÓN DE SALUD ES REQUISITO OBLIGATORIO E INDISPENSABLE PARA LA EMISIÓN DEL SEGURO.

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES SENSIBLES

Adicionalmente, autorizo de manera expresa a **Auna Seguros, S.A**., para el tratamiento de mis datos personales para finalidades distintas a la gestión del programa contratado, consistentes en:

• Realizar encuestas de satisfacción con el fin de evaluar y mejorar la calidad de los servicios brindados.

• Informar sobre nuevos productos y/o promociones de **Auna Seguros, S.A**. y socios comerciales.

• Transferir información al Grupo **Auna Seguros, S.A.** para prospección comercial, así como para el envío de promociones, productos o servicios del Grupo y otras actividades de mercadotecnia.

SÍ ACEPTO		NO ACEPTO	

Atentamente, Nombre Completo y Firma del Asegurado Titular:

_____ _____ _____

Apellido Paterno Apellido Materno
Nombre(s)

_____ _____ _____

FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR

Datos adicionales:

_____ _____ _____

Teléfono(s) Correo Electrónico

México, _____, a _____ de

_____del 20_____.

“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 03 de Septiembre de 2026, con el número CNSF-H0714-0061-2026/CONDUSEF-007313-02”.