AUNA SEGUROS
ENDOSO DE PÓLIZA DE SALUD COLECTIVO MODULAR ONCOLÓGICO

Número de endoso: _____
Fecha de emisión: _____
PÓLIZA de seguro número: _____
Expedida a favor de: _____
Vigencia de la PÓLIZA: _____

COBERTURA DE TRASLADO INDEMNIZATORIO

Este **Endoso** se adhiere y forma parte integrante de las **Condiciones Generales** y demás documentación contractual registrada por **AUNA SEGUROS** bajo la operación de **SALUD COLECTIVO MODULAR ONCOLÓGICO**.

AUNA SEGUROS otorgará una indemnización hasta el límite anual en el plan contratado por concepto de traslados con el fin de facilitar el acceso al tratamiento oncológico del **ASEGURADO**. Esta cobertura será aplicable siempre que el asegurado no cuente con un centro de atención de la **RED DE PROVEEDORES** de **AUNASEGUROS** dentro de un radio de 50 km de su hogar o lugar de trabajo.

Para la activación de este beneficio, será necesario contar con:

1. La confirmación de un diagnóstico positivo de **CÁNCER** cubierto en el plan contratado emitido dentro de la **RED DE PROVEEDORES**.
2. La acreditación de un tratamiento activo o cirugía programada a realizarse en la **RED DE PROVEEDORES**.
3. El comprobante de domicilio correspondiente.

En caso de que este **ENDOSO** se contraponga con alguna o algunas cláusulas establecidas en las **CONDICIONES GENERALES** del seguro al cual se anexa, prevalecerá lo estipulado en el presente **ENDOSO**.

Todos los demás términos y condiciones de la **PÓLIZA** no sufren modificación alguna.

Se extiende el presente endoso en la Ciudad de México al XXXX día del mes de XX del año 20XX.

_____	_____
Lugar y fecha de expedición	**Firma funcionario**

“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”.