AUNA SEGUROS
CERTIFICADO INDIVIDUAL
Programa Modular con Periodos de Carencia Oncológico de Salud Colectivo

Número de póliza:
Vigencia
Desde: Las 12:00 hrs del día _____
Hasta: Las 12 hrs del día _____
Vigencia del certificado
Desde: Las 12:00 hrs del día _____
Hasta: Las 12 hrs del día _____
Número de Certificado: _____
Moneda: _____
Forma de pago: _____

Datos del Contratante		
Nombre o Razón Social:		
Domicilio:		
RFC:	**Tel:**	
Programa contratado:		
Cobertura Básica: *Coberturas (2) de diagnóstico* *Coberturas (2) de tratamiento oncológico* **Cobertura Adicional Preventiva:** *Consulta Preventiva* *Chequeo Oncológico* **Cobertura Adicional de vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH)** **Cobertura Adicional de Apoyo para Deducibles y Copagos de otros seguros**	**Copago(5):** **Tope de Copago o Coaseguro(8):**	**Periodo de Carencia (7):**
Límite anual(3) por persona:	**Deducible(6):**	**Acceso a la RED DE PROVEEDORES:** Red cerrada(4)

		DATOS DE LOS ASEGURADOS		
Núm Certificado	**Nombre del asegurado**	**Fecha de nacimiento**	**Fecha de alta**	**Parentesco**

LÍMITE ANUAL[3]
_____ por **ASEGURADO**, siempre que la **PÓLIZA** se encuentre en vigor, por todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos, sujetos a los límites y exclusiones que se indican en la **PÓLIZA** de la cual formará parte esta carátula.

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 en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.**

IMPORTANTE

1. **Auna Seguros S.A.** (**AUNA SEGUROS**) de conformidad con las **CONDICIONES GENERALES** y **ENDOSOS** correspondientes anexos a esta **PÓLIZA** y durante la vigencia establecida, asegura a favor del **CONTRATANTE**, el interés económico expuesto a riesgo que le corresponda y/o beneficios indicados en esta **PÓLIZA.**
2. **COBERTURA:** Es la responsabilidad asumida por la **ASEGURADORA**, y por la cual se hace cargo, hasta el límite estipulado, del riesgo y las consecuencias económicas derivadas de un siniestro.
3. **El LÍMITE ANUAL:** Monto límite del beneficio por **ASEGURADO**, del plan contratado. Los gastos médicos incurridos por el (los) **ASEGURADOS** durante el periodo de la vigencia anual, reduce automáticamente el monto del beneficio, sin lugar a restitución hasta la celebración de una nueva anualidad de la **PÓLIZA**.
4. **Red cerrada:** Modalidad del contrato de seguro en el que el **ASEGURADO** únicamente deberá acudir con el personal de salud de la **RED DE PROVEEDORES**.
5. **COPAGO O COASEGURO:** Es la proporción del gasto médico generado por las prestaciones bajo **COBERTURA**, a cargo del **ASEGURADO, una vez superado el DEDUCIBLE**. Convencionalmente, se expresa como un porcentaje, el cual puede ser fijo o variar según el monto del gasto acumulado por el **ASEGURADO. Dicho porcentaje se indica en la CARÁTULA DE LA PÓLIZA y/o en** el **FOLLETO EXPLICATIVO.**
6. **Deducible**: Cantidad fija establecida en la **CARÁTULA DE LA PÓLIZA** con la cual participa el asegurado al momento de ocurrencia de su primer diagnóstico oncológico a fin de acceder a sus **COBERTURAS** oncológicas de acuerdo con el plan contratado que proceda conforme a las condiciones convenidas en el contrato de seguro. No aplica

DEDUCIBLE en la renovación anual de la **PÓLIZA** o ante la ocurrencia segundos primarios oncológicos**.**

7. **PERIODO DE CARENCIA:** Es el periodo de tiempo, el número de días se especifica en la **CARÁTULA DE LA PÓLIZA**, que debe transcurrir a partir de la fecha de inicio de vigencia de la **PÓLIZA** del **ASEGURADO** y el momento en que entran en vigor las **COBERTURAS** contratadas en esta **PÓLIZA**.

   Las enfermedades que le sean diagnosticadas al ASEGURADO durante el PERIODO DE CARENCIA no serán cubiertas en ningún momento por la PÓLIZA de seguro.

8. **TOPE DE COPAGO O COASEGURO:** Es el límite máximo de responsabilidad económica a cargo del Asegurado por concepto de **COPAGO O COASEGURO**. Una vez alcanzado dicho límite, la Aseguradora asumirá el pago del 100% de los gastos cubiertos, conforme a los términos y condiciones contratados.

Estimado **ASEGURADO**, lo invitamos a que consulte las **COBERTURAS**[(2)], exclusiones y restricciones de su **PÓLIZA**, mismas que le debieron ser entregadas junto con esta carátula. No obstante, lo anterior, también puede consultarlas en la página web: aunaseguros.com.mx
Para atención al **ASEGURADO** y acceso a la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones Centro de Contacto **AUNA SEGUROS** [(1)]: Horario de atención de lunes a viernes de 8:00 a 18:00 horas al correo electrónico oncosalud.mx@auna.org Ciudad de México y Área Metropolitana e Interior de la República: (55) 5002 3102.

Datos de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)
Av. Insurgentes Sur 762, Col. del Valle. Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México. Correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx Tel. 800 999 8080 y (55) 5340 0999 o consulta la página web www.condusef.gob.mx

Transcripción de artículos del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades:

"Artículo 17.- Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado 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 del Grupo o Colectividad de que se trate.
Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado 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.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, 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."

IMPORTANTE:
PARA CONOCER COBERTURAS Y EXCLUSIONES APLICABLES, ES IMPORTANTE REVISAR LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTE CERTIFICADO.
LOS DOCUMENTOS QUE CONFORMAN EL CONTRATO DE SEGURO SON SU SOLICITUD Y CERTIFICADO INDIVIDUAL, LAS CONDICIONES GENERALES Y LA PÓLIZA, LA TABLA DE BENEFICIOS, ASÍ COMO LOS ENDOSOS, EN CASO DE QUE LOS HUBIERE.

_____
Firma del funcionario Autorizado
En testimonio de lo cual **AUNA SEGUROS** firma el presente documento en México, Ciudad de México el Día___ de_____del___

"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-H0714-0062-2026/ CONDUSEF-007314-02."