

Auna Seguros®

Póliza de salud individual Plan Oncológico

Número de PÓLIZA:

VIGENCIA

Desde: Las 12:00 hrs del día _____

Hasta: Las 12 hrs del día _____

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	COPAGO⁽³⁾:	PERIODO DE CARENCIA⁽⁴⁾:
LÍMITE ANUAL⁽⁵⁾ por persona:	DEDUCIBLE⁽⁶⁾:	Acceso a la RED DE PROVEEDORES: RED CERRADA⁽⁷⁾

Prima	Desglose de Pagos
Prima Neta Anual:	Primer pago (incluye derecho de PÓLIZA)
Recargos:	Subsecuentes:
Descuento por comisiones:	
Derecho de PÓLIZA	
Subtotal:	Agente
IVA:	Clave:
Total a pagar:	Nombre:

Datos de los Asegurados								
Nombre del ASEGURADO	Parentesco	Fecha de nacimiento (día/mes/año)			Fecha de alta (día/mes/año)			PRIMA Neta por ASEGURADO
								TOTAL:

LÍMITE ANUAL⁽⁵⁾

_____ 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.

Advertencia: En este seguro de salud, a partir de que el **ASEGURADO** alcance una edad avanzada, las **PRIMAS** tendrán incrementos anuales que pueden ser cada vez más elevados, lo cual se debe a que la frecuencia y monto de reclamaciones de personas de esas edades se incrementa en forma importante. En este sentido, se advierte que, a partir de esas edades, el pago de **PRIMAS** de este seguro podría representarle un esfuerzo financiero importante.

Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. – Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaran 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** (antes Dentegra Seguros Dentales S.A.) 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. **COPAGO**: Es la proporción del gasto médico generado por las prestaciones bajo **COBERTURA**⁽²⁾, a cargo del **ASEGURADO**. Convencionalmente, se expresa como un porcentaje, el cual puede ser fijo o variar según el monto del gasto acumulado por el **ASEGURADO**.
4. **PERÍODO DE CARENCIA**: Es el periodo de tiempo de ciento ochenta (180) días que debe transcurrir a partir de la fecha de comprendido entre la fecha de efecto 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 **PERÍODO DE CARENCIA** no serán cubiertas en ningún momento.
5. 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**.
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. 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**.

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 9:00 a 17:00 horas Ciudad de México y Área Metropolitana e Interior de la República: 55 4628 2551 y correo electrónico oncosalud.mx@auna.org

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

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 07 de octubre de 2024, con el número CNSF-H0714-0068-2023/ CONDUSEF-006265-03.”