

AUNA SEGUROS

PÓLIZA DE SALUD COLECTIVO

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: <u>Coberturas ⁽²⁾ de diagnóstico</u> <u>Coberturas ⁽²⁾ de tratamiento oncológico</u> Cobertura Adicional Preventiva: <u>Consulta Preventiva</u> <u>Chequeo Oncológico</u>		
Límite anual⁽³⁾ por persona:		Acceso a la RED DE PROVEEDORES: Red cerrada ⁽⁴⁾

CONTRIBUCIÓN
Porcentaje de Contribución del asegurado en el pago de la prima del titular:
Porcentaje de contribución del asegurado en el pago de la prima de los dependientes:

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

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. AUN ASEGURADOS** (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. 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**.

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 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 19 de febrero de 2025 , con el número CNSF- H0714- 0029- 2024 / CONDUSEF-006507-03.”