

Auna Seguros®

Certificado Individual

Plan Oncológico

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 _____

Moneda: _____

Forma de pago: _____

Datos del contratante

Nombres 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

Datos del contratante		
LÍMITE ANUAL(3) por persona:		Acceso a la RED DE PROVEEDORES: RED CERRADA(4)

Datos de los asegurados		
Nombre del ASEGURADO	Fecha de nacimiento	Fecha de alta

Datos de los dependientes económicos			
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. (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**.

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

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 19 de febrero de 2025, con el número CNSF- H 0714-0029-2024/CONDUSEF-006507-03.”