Fecha

AUNA SEGUROS
SOLICITUD PARA EMISIÓN DE PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD COLECTIVO
PROGRAMA MODULAR COMPLETO ONCOLÓGICO DE SALUD COLECTIVO

ESTE DOCUMENTO SÓLO CONSTITUYE UNA SOLICITUD DE SEGURO Y, POR TANTO, NO REPRESENTA GARANTÍA ALGUNA DE QUE LA MISMA SERÁ ACEPTADA POR LA EMPRESA DE SEGUROS, NI DE QUE, EN CASO DE ACEPTARSE, LA ACEPTACIÓN CONCUERDE TOTALMENTE CON LOS TÉRMINOS DE LA SOLICITUD". NO DEBE TENER TACHADURAS NI ENMENDADURAS.

DATOS DEL CONTRATANTE		
Nombres y apellidos/Razón Social:		RFC:
CURP (si cuenta con ella):	Fecha de nacimiento:	Entidad federativa de nacimiento:
Teléfono de domicilio u otro donde se le pueda localizar:	País de nacimiento:	Nacionalidad:
Sexo: F M	Número de serie del certificado digital de la firma electrónica avanzada:	
Correo electrónico:	Ocupación, profesión, giro mercantil o actividad preponderante:	

DOMICILIO PARTICULAR EN SU LUGAR DE RESIDENCIA			
Calle y/o avenida o vía	No. Exterior	No Interior	C.P
Colonia o Urbanización	Municipio, alcaldía o demarcación política		
Ciudad o Población	Entidad federativa	País	

¿Cuál es el origen de sus recursos? ( ) Producto de su ocupación, actividad preponderante o giro ( ) Otro, especifique: _____	¿Cuál es el destino de sus recursos? ( ) Contratar un seguro con **AUNA SEGUROS** ( ) Otro, especifique:

Plan		
Coberturas	**COPAGO O COASEGURO[2]**	**DEDUCIBLE[4]**
Cobertura básica[1]: *Coberturas de diagnóstico* *Coberturas de tratamiento oncológico*	% o $	$
Cobertura Adicional Preventiva[1]:	% o $	No aplica
Cobertura Adicional de vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH)	% o $	No aplica
Cobertura Adicional de Apoyo para Deducibles y Copagos de otros seguros	No aplica	No aplica

Plan		
Coberturas	**COPAGO O COASEGURO[2]**	**DEDUCIBLE[4]**
Cobertura Adicional de Traslado Indemnizatorio	% o $	No aplica
Límite anual por asegurado[3] de la Cobertura Adicional de Traslado Indemnizatorio	$	
Cobertura Adicional de Beneficio de Conversión	No aplica	No aplica
Cobertura Adicional de Diagnóstico Negativo	% o $	No aplica
Cobertura Adicional de Deducible Fuera de Red	% o $	No aplica
LÍMITE ANUAL POR ASEGURADO[3]	$	

DECLARACIÓN DEL CONTRATANTE Y FIRMA DE LA SOLICITUD

Declaro bajo protesta de decir verdad, que la información contenida en el presente formato es verídica y en su llenado y entrega no ha mediado dolo, reticencia u omisión o inexacta declaración al respecto, por lo que autorizo a Auna Seguros, S.A. a que la misma sea corroborada, de estimarse conveniente. Asimismo, a través de la firma de esta solicitud, autorizo y otorgo mi consentimiento a Auna Seguros, S.A. para utilizar los datos personales y sensibles aquí proporcionados, conforme con el Aviso de Privacidad que me fue previamente proporcionado y que conozco se encuentra en www.aunaseguros.com.mx. De manera enunciativa más no limitativa se señala que el estado de cuenta, recibo, folio o número de confirmación de la transacción, en donde aparezca dicho cargo y la fecha de pago, hará prueba plena del pago, hasta en tanto la Institución entregue el comprobante de pago correspondiente.

_____

Nombre y firma del **CONTRATANTE**

PERSONAS POLÍTICAMENTE EXPUESTAS

Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado son una Persona Políticamente Expuesta. (Persona Políticamente Expuesta: Aquel individuo que desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, considerando entre otros a los jefes de Estado o de Gobierno, líderes políticos, funcionarios gubernamentales).

SÍ			**NO**	

En caso afirmativo, describa el puesto, la fecha y, en su caso, el parentesco que guarda con respecto a usted:

¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con una sociedad o asociación?

SÍ			**NO**	

En caso de conocer el nombre de dicha sociedad o asociación, mencione los datos que conozca:

DATOS DE LA PÓLIZA			
Plan	Pago anual (..)	Diferido a _____ meses	Vigencia: La vigencia de la solicitud será actualizada una vez llenada y aprobada su solicitud

* Pago fraccionado se refiere a dividir el monto total de **PRIMA** entre el número de cuotas, una correspondiente a cada mes y generará un recargo financiero

DECLARACIONES DE LA ENTREVISTA

Declaro que durante el llenado del presente formato entrevisté personalmente al solicitante y hago constar que cotejé con su original la documentación referida en este documento y que informaré a la **ASEGURADORA** inmediatamente cuando tenga conocimiento sobre cualquier cambio en la información contenida en el mismo, con el propósito de actualizar el expediente del **CONTRATANTE**. Manifiesto que he informado al solicitante, entre otras cosas: el alcance real de la **COBERTURA** (forma de conservarla o darla por terminada), las principales características del producto, consecuencias de rehabilitación, la vigencia del producto, renovación automática, número y vigencia de la cédula que me fue otorgada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas; mi domicilio, y que carezco de facultades para representar a la **ASEGURADORA**.

Firma del agente: _____

Comentarios de la entrevista:

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE USO DE DATOS PERSONALES

La **ASEGURADORA** pone a disposición del **CONTRATANTE** y de los **ASEGURADOS** su Aviso de Privacidad en los términos de la **Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares**, mismo que podrá ser consultado en nuestra página web: www.aunaseguros.com.mx en el apartado de "Políticas de Privacidad" y podrá estar sujeto a cambios, por lo que le recomendamos su consulta de forma frecuente. Asimismo, la **ASEGURADORA** hace de su conocimiento que cuenta con políticas y mecanismos de seguridad para asegurar la Protección de los Datos Personales y Sensibles.

Asimismo, el **CONTRATANTE** queda informado sobre el uso de sus datos personales e información sensible, los cuales son estrictamente necesarios para la gestión y ejecución de las prestaciones vinculadas al programa contratado para:

- Evaluar el estado de afiliación en base a la información proporcionada.
- Aprobar la **COBERTURA** de los beneficios del programa.
- Gestionar el cobro de primas de seguros, deducibles o cualquier pago a cargo del **CONTRATANTE**, de ser el caso.
- Realizar la gestión administrativa, prestacional de salud y acreditación de los **ASEGURADOS** para su prestación médica.
- Remitir información relativa de los beneficios a los **ASEGURADOS** al programa contratado.
- Cumplir con requerimientos de información de autoridades administrativas o judiciales competentes, relacionados a su afiliación.
- Enviar información referente a la concientización de vida saludable y cuidado de la salud.

Podrán ser transferidos a sociedades que formen parte del grupo económico de **LA ASEGURADORA** incluyendo a nuestra compañía controladora, así como empresas subsidiarias y filiales, con el fin de llevar a cabo cualquier actividad relacionada con el seguro y/o servicios que tiene contratados con **LA ASEGURADORA**. Dicha transferencia no requiere de consentimiento conforme a lo establecido en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares ya que las empresas del grupo económico al que pertenece **LA ASEGURADORA** operan bajo los mismos procesos, políticas y estándares de privacidad y protección de datos.
En caso de negarse a proporcionar los datos personales, **AUNA SEGUROS** no podrá llevar a cabo la gestión y ejecución de las prestaciones relacionadas con el programa contratado. Además, el **CONTRATANTE** declara contar con la autorización no solo de las personas bajo su tutela, sino también de aquellas mayores de edad consignadas en la solicitud de afiliación, para el tratamiento de sus datos personales, tal como se establece en la **SOLICITUD DE PÓLIZA DE SALUD COLECTIVO.**

Adicionalmente, en relación con aquellos datos personales que no sean considerados como Sensibles, autorizo a **AUNA SEGUROS** a realizar los siguientes fines distintos a la gestión del programa contratado, tales como:

- Ofrecer, promocionar, vender y/o comercializar productos de seguros operados por **AUNA SEGUROS,** a través de y/o realizadas por:
  - Directamente por **Auna Seguros, S.A**.
  - A través de alguna empresa subsidiaria o filial de **AUNA SEGUROS** que se encuentre facultada por ley para intervenir en la venta de dichos productos.
  - Por medio de cualquier otro intermediario o socio de negocio con quien **AUNA SEGUROS** tenga acuerdos comerciales debidamente formalizados.
- Realizar encuestas de satisfacción para mejorar la calidad de los servicios brindados, y transferir los datos personales a nivel nacional a los socios comerciales para que cumplan con esta finalidad como encargados.

SÍ ACEPTO			**NO ACEPTO**	

La no autorización del tratamiento de datos en los términos detallados anteriormente no condiciona la contratación al programa. Asimismo, le comunicamos que puede ejercer sus derechos (acceso, rectificación, cancelación y oposición), enviando una solicitud escrita a Centro de Contacto **AUNA SEGUROS** a través del correo electrónico oncosalud.mx@auna.org Ciudad de México (55) 4628 2551 e Interior de la República: 01 (55) 5002 3102. En caso requiera mayor información, puede ingresar a nuestra página web: www.aunaseguros.com.mx

AUTORIZACIÓN DE ENVÍO DE DOCUMENTOS

Tu documentación se te hará llegar de manera electrónica en formato PDF o similar al correo electrónico proporcionado en los primeros treinta (30) días naturales a partir de la fecha de contratación, de esta forma se te realizará un descuento en los derechos de **PÓLIZA** a quedar en: ($XX + IVA), o si requieres que la documentación se entregue de manera impresa los derechos de **PÓLIZA** quedaran en ($XXX + IVA), favor de indicarlo a continuación:

IMPRESA			**DIGITAL**	

El producto cuenta con limitaciones y exclusiones señaladas en las condiciones generales, las cuales pueden ser consultadas en la página web www.aunaseguros.com.mx.

UNE (Unidad Especializada de Atención a Clientes)

Para atención al Asegurado y acceso a la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones Centro de Contacto **AUNA SEGUROS**: Horario de atención de lunes a viernes de 9:00 a 16:00 horas Ciudad de México y Área Metropolitana e Interior de la República: (55) 4628 2551.

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

"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 seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 11 de Septiembre de 2026, con el número CNSF-H0714-0089-2026 / CONDUSEF-007381-01".