

AUNA SEGUROS

**ENDOSO DE PÓLIZA DE SALUD COLECTIVO MODULAR COMPLETO CON
PERIODOS DE CARENCIA ONCOLÓGICO**

Número de endoso: _____

Fecha de emisión: _____

PÓLIZA de seguro número: _____

Expedida a favor de: _____

Vigencia de la PÓLIZA: _____

Este Endoso se adhiere y forma parte integrante del Contrato de Seguro celebrado con el **CONTRATANTE**.

Mediante este Endoso se hace constar que, en caso de así solicitarlo el **CONTRATANTE**, se podrán otorgar la **COBERTURA** de Vacuna del Virus del Papiloma Humano, conforme a lo siguiente:

COBERTURA DE VACUNA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)

Definiciones particulares de la COBERTURA.

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH): Infección de transmisión sexual (ITS). Existen más de 200 tipos, algunos de bajo riesgo causan verrugas genitales y otros, de alto riesgo, pueden causar cambios celulares que evolucionan a **CÁNCER**.

A suministrar exclusivamente a través de la **RED DE PROVEEDORES**. El otorgamiento de esta **COBERTURA** dependerá de la debida programación, autorización previa y disposición del servicio.

El **PERIODO DE CARENCIA** debe transcurrir desde la fecha de inicio de vigencia de la **PÓLIZA** del **ASEGURADO** afectado para que se otorgue esta **COBERTURA**. El periodo de tiempo o número de días dependerá del Plan contratado y se especifica en la **CARÁTULA DE LA PÓLIZA**.

Se cubre la aplicación de inyección profiláctica que protege contra el Virus del Papiloma Humano, previniendo así verrugas genitales y ciertos tipos de **CÁNCER** (cervical, anal, pene, garganta, vagina y vulva) causados por cepas de alto riesgo del virus.

Este beneficio no incluye COBERTURA de medicamentos, procedimientos (como sedación) u otros exámenes no contemplados.

PROCESO DE USO DE COBERTURA DE VACUNA DE VPH

1. El **ASEGURADO** puede ser contactado por **AUNA SEGUROS** o él contactar directamente a **AUNA SEGUROS**:

- **AUNA SEGUROS** invitará a través de llamada y/o enviando un correo electrónico a los **ASEGURADOS** de **PÓLIZAS** iniciales las cuales haya transcurrido el **PERIODO DE CARENCIA**. El periodo de tiempo o número de días dependerá del Plan contratado y se especifica en la **CARÁTULA DE LA PÓLIZA**.
- Los **ASEGURADOS** podrán solicitar el uso de su **COBERTURA** de Vacuna de Virus del Papiloma Humano (VPH) con llamar a **AUNA SEGUROS** al Centro de Contacto a los teléfonos 55 4628 2551 y/o correo electrónico oncosalud.mx@auna.org o bien al Ejecutivo de Apoyo a los teléfonos 56 5929 3596 y/ o correo electrónico gestión.medica.mx@auna.org o pacientes.oncomex@auna.org o bien al proveedor de la red de **AUNA SEGUROS**.

2. **AUNA SEGUROS** coordinará una cita con un médico, para realizar la consulta para la aplicación de la Vacuna.

En caso de que alguna de estas cláusulas se contraponga con alguna o algunas de las establecidas en las Condiciones Generales del Seguro al cual se anexa, prevalecerán las estipuladas en este Endoso.

Lugar y fecha de expedición

Firma funcionario

“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 11 de Septiembre de 2026, con el número CNSF-H0714-0090-2026 / CONDUSEF-007380-01”.