

CONDICIONES GENERALES PROGRAMA MODULAR COMPLETO CON
PERIODOS DE CARENCIA ONCOLÓGICO DE SALUD COLECTIVO

ENDOSO
SALUD COLECTIVO

DATOS DEL CONTRATANTE		DATOS DEL ENDOSO	
Nombre o Razón Social:		No. de Póliza	No. de Endoso
		Vigencia de la Póliza	
Domicilio:		Inicio: Desde las 12:00 horas del	
		Fin: Hasta las 12:00 horas del	
RFC:	Tel:	Moneda:	Forma de Pago:

TIPO DE ENDOSO		
Aumento ☐	Disminución ☐	Movimiento ☐
Motivo de Endoso	Descripción	

--	--

El aumento, disminución o movimiento que, en su caso, se pretenda realizar mediante el presente Endoso, se llevará a cabo previo acuerdo entre las partes.

PRIMA	AGENTE
Prima Neta Anual:	Clave:
Derechos de Póliza:	
Recargos:	
Descuento por comisiones:	
Subtotal:	
IVA:	Nombre:
Total, a pagar	
	Cantidad con Letra

En testimonio de lo cual **AUNA SEGUROS**, firma el presente documento en México, Ciudad de México, el día ____ de ____ del ____
 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 8:00 a 22:00 horas, sábados y domingos de 8:00 a 20:00 horas. Ciudad de México e Interior de la República: 55 4628 2551. Asesoría las 24 horas en caso de Urgencias. Correo electrónico: oncosalud.mx@auna.org Página web: www.aunaseguros.com.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 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

Funcionario Autorizado

Av. Insurgentes Sur 1458, P. 19 y 20, Col. Actipan, Benito Juárez, 03230, Ciudad de México. Tel. 55 4628 2551, www.aunaseguros.com.mx