

| SOLICITUD PARA EMISIÓN DE PÓLIZA | | | |
|---|---|---|---|
| | | | Folio: |
| | | | Fecha: |
| Datos del Contratante | | | |
| Nombre Completo o Razón Social | | | RFC |
| Nombre Completo del Contacto | Celular | Teléfono | Correo Electrónico |
| | | | |
| Datos de la Póliza | | | |
| Fecha Inicio de Vigencia | Forma de Pago | | Número de las personas a Asegurar |
| Fecha Fin de Vigencia | Anual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> | | Titular____ Cónyuge____ Hijos____ Otros____ |
| Participación del Contratante en la Prima (%) | | Participación del Titular en la Prima de los Dependientes (%) | |
| Tipo de Red | Límite Anual | Coberturas Opcionales | |
| | | Urgencia Dental en Viaje al Extranjero <input type="checkbox"/> Ortodoncia <input type="checkbox"/> Indemnización de Cáncer Bucal <input type="checkbox"/> Apoyo a Medicamentos <input type="checkbox"/> Estética Dental <input type="checkbox"/> | |
| Observaciones | | | |
| Clasificación de Categorías | | | |
| Nombre Categoría 1 | Descripción | | Nombre del Plan |
| | | | |
| Nombre Categoría 2 | Descripción | | Nombre del Plan |
| | | | |
| Nombre Categoría 3 | Descripción | | Nombre del Plan |
| | | | |
| Clasificación de Divisiones o Filiales | | | |
| Razón Social y RFC | Domicilio Fiscal | Datos del Contacto (Nombre y Teléfono) | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Institución de Seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud. | | | |
| Autorizaciones | | | |
| Contratante | Corredor | Ventas AUNA SEGUROS | |
| Nombre, Fecha y Firma Representante Legal | Clave, Nombre, Fecha y Firma Autorizada | Nombre, Fecha y Firma Autorizada | |
| "Estimado asegurado, le recordamos que el producto que va a adquirir cuenta con exclusiones y limitantes, mismas que puede consultar en las condiciones generales del producto, las cuales se encuentran a su disposición en la siguiente página web: dentegra.com.mx " | | | |
| "Para atención al Asegurado y acceso a la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones: Centro de Contacto: Ciudad de México 55 50033102 de lunes a viernes de 8:00 a 22:00 horas y sábados de 9:00 a 14:00 horas, atención de Urgencias las 24 hrs. Correo Electrónico: une.mx@auna.org ; Página Web: dentegra.com.mx y en Nuestras Oficinas de lunes a viernes de 8:00 a 17:00 horas en Insurgentes Sur1458, P.19 y 20, Col Actipan, Benito Juárez, 032330, Ciudad de México." | | | |
| "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 19 de diciembre de 2025, con el número CNSF-H0714-0092-2025 / CONDUSEF-007118-01". | | | |

| PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES |
|---|
| <p>AUNA SEGUROS S.A (AUNA SEGUROS, antes Dentegra Seguros Dentales S.A) 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: dentegra.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, AUNA SEGUROS hace de su conocimiento que cuenta con políticas y mecanismos de seguridad para asegurar la Protección de los Datos Personales y Sensibles.</p> |

"CONDUSEF-007118-01"

AUNA SEGUROS S.A.
 Insurgentes Sur1458, P.19 y 20, Col Actipan, Benito Juárez, 032330, Ciudad de México