

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

--	--

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

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 seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 24 de abril de 2026, con el número CNSF-H0714- 0023-2026/ CONDUSEF-007228-01."

Funcionario Autorizado