

LISTA DE ASEGURADOS

DATOS DEL CONTRATANTE		DATOS DEL ENDOSO			
Nombre o Razón Social:		No. de Póliza	No. de Endoso		Fecha de Emisión
		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:	

DATOS DE LOS ASEGURADOS							
No. De Certificado	Nombre del Asegurado	Parentesco	Plan	Prima Individual	Fecha Inicio de Vigencia	Fecha Fin de Vigencia	Género
Total de Asegurados:				Total:			

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. Correo electrónico: oncosalud.mx@auna.org Página web: www.aunaseguros.com, Ciudad de México e Interior de la República: 55 4628 2551. Asesoría las 24 horas en caso de Urgencias.

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