

AUNA SEGUROS

SOLICITUD PARA EMISIÓN DE PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL

Programa Flexible Oncológico de Salud

"ESTE DOCUMENTO SÓLO CONSTITUYE UNA SOLICITUD DE SEGURO Y, POR TANTO, NO REPRESENTA GARANTÍA ALGUNA DE QUE LA MISMA SERÁ ACEPTADA POR LA EMPRESA DE SEGUROS, NI DE QUE, EN CASO DE ACEPTARSE, LA ACEPTACIÓN CONCUERDE TOTALMENTE CON LOS TÉRMINOS DE LA SOLICITUD". NO DEBE TENER TACHADURAS NI ENMENDADURAS.

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombres y apellidos/Razón Social:		RFC:
CURP (si cuenta con ella):	Fecha de nacimiento:	Entidad federativa de nacimiento:
Teléfono de domicilio u otro donde se le pueda localizar:	País de nacimiento:	Nacionalidad:
Sexo: F M	Número de serie del certificado digital de la firma electrónica avanzada:	
Correo electrónico:	Ocupación, profesión, giro mercantil o actividad preponderante:	

DOMICILIO PARTICULAR EN SU LUGAR DE RESIDENCIA

Calle y/o avenida o vía	No. Exterior	No Interior	C.P
Colonia o Urbanización	Municipio, alcaldía o demarcación política		
Ciudad o Población	Entidad federativa	País	

¿Cuál es el origen de sus recursos? ☐ Producto de su ocupación, actividad preponderante o giro ☐ Otro, especifique: _____	¿Cuál es el destino de sus recursos? ☐ Contratar un seguro con AUNA SEGUROS ☐ Otro, especifique: _____
---	--

DATOS DE LOS ASEGURADOS

No.	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Sexo	Parentesco
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
No.	☐ Domicilio (En caso de ser el mismo domicilio para todos los asegurados, marcar el recuadro)					
1						
2						
3						
4						
5						

6						
7		1		1		1

RECONOCIMIENTO DEL CONTRATANTE

Declaro bajo protesta de decir verdad, que estoy actuando a nombre de un tercero:		SI () NO ()	
En caso de que actúe a nombre de un tercero, indique nombre completo (nombre(s), apellido paterno y apellido materno) del tercero			
Acto jurídico a través del cual obtuvo el mandato o representación:		Parentesco o vínculo con usted:	
Calle y/o Avenida o Vía	No. Exterior	No Interior	C.P
Colonia o Urbanización	Municipio, Alcandía o Demarcación Política		
Ciudad o Población	Entidad Federativa	País	
Teléfono de domicilio u otro donde se le pueda localizar		Correo electrónico:	
Asimismo, se le comunica al cliente que en caso de modificación a los datos de identificación contenidos en este formulario posterior a su llenado o durante la vigencia de su contrato, deberá informarlo directamente a la aseguradora a través de su agente.			

DECLARACIÓN DEL CONTRATANTE Y FIRMA DE LA SOLICITUD

Declaro bajo protesta de decir verdad, que la información contenida en el presente formato es verídica y en su llenado y entrega no ha mediado dolo, reticencia u omisión o inexacta declaración al respecto, por lo que autorizo a Auna Seguros S.A a que la misma sea corroborada, de estimarse conveniente. Asimismo, a través de la firma de esta solicitud, autorizo y otorgo mi consentimiento a Auna Seguros, S.A. para utilizar los datos personales y sensibles aquí proporcionados, conforme con el Aviso de Privacidad que me fue previamente proporcionado y que conozco se encuentra en www.aunaseguros.com.mx. De manera enunciativa más no limitativa se señala que el estado de cuenta, recibo, folio o número de confirmación de la transacción, en donde aparezca dicho cargo y la fecha de pago, hará prueba plena del pago, hasta en tanto la Institución entregue el comprobante de pago correspondiente.

Nombre y firma del **CONTRATANTE**

AUNA SEGUROS

SOLICITUD DE PÓLIZA DE SALUD INDIVIDUAL

Programa Flexible Oncológico de Salud

CUESTIONARIO MÉDICO

Fecha:		CURP del contratante:	
Nombres y apellidos del contratante:			

La información contenida en este documento tiene el carácter y compromiso de **SOLICITUD DE PÓLIZA DE SALUD INDIVIDUAL** y determina que el **CONTRATANTE**, suscriptor de la misma, conoce y por lo tanto declara con verdad y suficiencia de conocimiento sobre la condición de salud y antecedentes médicos (incluyendo condiciones de salud en sospecha o estudio) de cada una de las personas propuestas en la solicitud de afiliación como **ASEGURADOS**. Asimismo, autoriza a la **ASEGURADORA**, si lo considerase necesario, poder tener acceso a la revisión de la historia clínica y/o entrevistar a sus médicos tratantes, en cualquier servicio médico y/o poder acceder a los exámenes de laboratorio y/o imágenes, de cualquiera de los solicitantes que declara, con fines verificación de información para la continuidad y control de sus beneficios

Preguntas preliminares:

Preguntas preliminares:									
N°	Preguntas	Persona propuesta para afiliación							
		Titular	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7
1.	Estatura (mt)								
2.	Peso (kg)								
3.	Actividad profesional que desempeña								

Indicar con SI o NO según corresponda. Si alguna de las respuestas es respondida afirmativamente, es obligatorio ampliar la información solicitada. Tenga en cuenta que deben ir en el mismo orden en el que se registraron en la solicitud.

N°	Preguntas	Persona propuesta para afiliación							
		Titular	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7
4.	Algún medicamento que haya tomado o ingiera de forma regular								
5.	¿Tiene, ha tenido o está siendo estudiado por cáncer o alguna enfermedad oncológica?								
6.	¿Alguna vez se ha realizado o tiene pendiente la realización o los resultados de biopsia o de anatomía patológica de alguna endoscopia, colonoscopia, mamografía o ecografía de mamas o alguna cirugía?								
7.	¿Le han realizado alguna mamografía o ecografía de mamas en la que le han indicado realizarse una biopsia?								
8.	¿Está en tratamiento por alguna enfermedad o molestia de la próstata?								
9.	¿Tiene, ha tenido o está siendo estudiado por algún tipo de enfermedad a la sangre o los ganglios? (incluyendo por ejemplo leucemia, linfomas, policitemia vera, etc.)								
10.	¿Ha sido diagnosticado, ha recibido o recibe atención médica y/o tratamiento de tumores benignos o malignos?								

	(incluyendo cualquier tipo de cáncer, leucemia, linfomas, enfermedad de Hodgkin, melanomas, carcinomas, sarcomas, tumores neuroendocrinos, etc.)								
11.	¿Tiene, ha tenido o está siendo estudiado por: cirrosis, hepatitis crónica, hepatitis C, hemocromatosis o insuficiencia hepática?								
12.	¿Está siendo estudiado o tiene diagnóstico de: ¿Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o es seropositivo al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)?								
13.	¿Tiene, ha tenido o está siendo estudiado por: insuficiencia renal, respiratoria y/o Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC); esófago Barret, pólipos de colon-recto, papiloma virus?								
14.	¿Tiene alguna condición de salud que aún no tiene diagnóstico definitivo?								
15.	¿Tiene diagnóstico o está siendo estudiado por síndrome de Lynch?								
16.	¿Fuma o ha fumado, en forma habitual o recurrente, en algún momento de su vida?								
17.	¿Ha sido rechazada su afiliación a alguna aseguradora o tiene o ha tenido cobertura restringida o parcial en otra aseguradora?								

IMPORTANTE: Recuerde que todas las preguntas son de respuesta obligatoria. Por favor, revise haber contestado a todas las preguntas de este formulario. Si alguna pregunta no es contestada, la solicitud de afiliación no se procesará y será devuelta; o en su defecto podría ser considerada como ocultamiento o reticencia de información.

Si respondió afirmativamente a alguna pregunta, por favor complete el detalle requerido en el siguiente cuadro.

Nombres y apellidos de la persona propuesta para la afiliación	N° de pregunta	Diagnóstico o dolencia	Fecha de diagnóstico o dolencia	Medicamento o prescrito (pregunta 3)	Cirugía o procedimiento o realizado	Clínica/Hospital

Proporcionar datos de contacto de su médico de cabecera o tratante:

Nombre del Médico	
Especialidad	
Dirección de consultorio	
Teléfono	

Conforme a la Ley sobre el Contrato de Seguro entiendo que debo declarar todos los datos requeridos en esta solicitud tal y como los conozco o debo conocer al momento de firmar. La omisión o inexacta declaración de estos datos facultará a La aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el(los) seguro(s) aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

La información proporcionada en este cuestionario tendrá una vigencia de treinta (30) días a partir de la fecha en que fue proporcionada. Manifiesto que la dirección de correo electrónico proporcionado en la presente solicitud es verídica por lo que reconozco que en el mismo me serán entregadas las condiciones generales en formato PDF o cualquier otro formato electrónico equivalente si es que así se indicó en AUTORIZACIÓN DE ENVÍO DE DOCUMENTOS.

Autorizo a cualquier médico con licencia, médico practicante, hospital, clínica, u otro establecimiento médico o médicamente relacionado, compañía de seguros, agencia gubernamental, u otra organización, institución o persona que tenga un registro o conocimiento de mí o mi salud y la de mis dependientes nombrados en esta solicitud, para dar a la Aseguradora, sus reaseguradores y afiliados de dicha información, incluyendo copias de los registros relativos a consejo, cuidado o tratamiento proporcionado a mí o mis dependientes, sin limitación alguna a información relativa a enfermedades o el uso de drogas o alcohol. Además, autorizo a la Aseguradora, sus filiales y sus reaseguradores para usar o divulgar dicha información a sus empresas afiliadas, proveedores, pagadores, otras compañías de seguros, administradores de riesgos, consultores y cualquier entidad cuando sea necesario para nuestra atención o tratamiento, pago de servicios, el funcionamiento de nuestro plan de salud, o para llevar a cabo actividades relacionadas. Una copia de esta autorización será tan válida como la original.

El **CONTRATANTE** suscribe esta sección en señal de veracidad de lo anteriormente declarado y en pleno conocimiento de que cualquier información falsa o inexacta, aún hechas de buena fe, hace nulo el **CONTRATO**.

El producto cuenta con limitaciones y exclusiones señaladas en las condiciones generales, las cuales pueden ser consultadas en la página web www.aunaseguros.com.mx

UNE (Unidad Especializada de Atención a Clientes)

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 y Área Metropolitana e Interior de la República: 55 4628 2551 .

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)

Av. Insurgentes Sur 762, Col. del Valle. Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México. Correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx Tel. 800 999 8080 y (55) 5340 0999 o consulta la página web www.condusef.gob.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 24 de abril de 2026, con el número CNSF-H0714-0023-2026/CONDUSEF-007228-01.”

PERSONAS POLÍTICAMENTE EXPUESTAS

Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado son una Persona Políticamente Expuesta. (Persona Políticamente Expuesta: Aquel individuo que desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, considerando entre otros a los jefes de Estado o de Gobierno, líderes políticos, funcionarios gubernamentales).

SÍ	
----	--

NO	
----	--

En caso afirmativo, describa el puesto, la fecha y, en su caso, el parentesco que guarda con respecto a usted:

--

¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con una sociedad o asociación?

SÍ	
----	--

NO	
----	--

En caso de conocer el nombre de dicha sociedad o asociación, mencione los datos que conozca:

--

DATOS DE LA PÓLIZA

Plan	Pago anual (..)	Diferido a _____ meses	Vigencia: La vigencia de la solicitud será actualizada una vez llenada y aprobada su solicitud
------	-----------------	------------------------------	--

DECLARACIONES DE LA ENTREVISTA

Declaro que durante el llenado del presente formato entrevisté personalmente al solicitante y hago constar que cotejé con su original la documentación referida en este documento y que informaré a la **ASEGURADORA** inmediatamente cuando tenga conocimiento sobre cualquier cambio en la información contenida en el mismo, con el propósito de actualizar el expediente del **CONTRATANTE**. Manifiesto que he informado al solicitante, entre otras cosas: el alcance real de la cobertura (forma de conservarla o darla por terminada), las principales características del producto, consecuencias de rehabilitación, la vigencia del producto, renovación automática, número y vigencia de la cédula que me fue otorgada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas; mi domicilio, y que carezco de facultades para representar a la **ASEGURADORA**.

Firma del agente: _____

Comentarios de la entrevista:

Agente 1:		Agente 2:	
Clave:		Clave:	

Participación:		Participación:	
Firma:		Firma:	

FIEL: Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE USO DE DATOS PERSONALES

La **ASEGURADORA** 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: www.aunaseguros.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, la **ASEGURADORA** hace de su conocimiento que cuenta con políticas y mecanismos de seguridad para asegurar la Protección de los Datos Personales y Sensibles.

Asimismo, el **CONTRATANTE** queda informado sobre el uso de sus datos personales e información sensible, los cuales son estrictamente necesarios para la gestión y ejecución de las prestaciones vinculadas al programa contratado para:

- Evaluar el estado de afiliación en base a la información proporcionada.
- Aprobar la cobertura de los beneficios del programa.
- Gestionar el cobro de deudas, de ser el caso.
- Realizar la gestión administrativa, prestacional de salud y acreditación de los **ASEGURADOS** para su prestación médica.
- Remitir información relativa de los beneficios a los **ASEGURADOS** al programa contratado.
- Cumplir con requerimientos de información de autoridades administrativas o judiciales competentes, relacionados a su afiliación.
- Enviar información referente a la concientización de vida saludable y cuidado de la salud.

Asimismo, los datos personales proporcionados serán transferidos a nivel nacional a empresas del Grupo AUNA, socios comerciales y/o empresas vinculadas, los cuales están descritos en la página web www.aunaseguros.com.mx con la finalidad de cumplir con los fines mencionados y relacionados a los servicios brindados;

En caso de negarse a proporcionar los datos personales, **AUNA SEGUROS** no podrá llevar a cabo la gestión y ejecución de las prestaciones relacionadas con el programa contratado. Además, el **CONTRATANTE** declara contar con la autorización no solo de las personas bajo su tutela, sino también de aquellas mayores de edad consignadas en la solicitud de afiliación, para el tratamiento de sus datos personales, tal como se establece en la **SOLICITUD DE PÓLIZA DE SALUD INDIVIDUAL**.

Adicionalmente, autorizo a **AUNA SEGUROS** a realizar los siguientes fines distintos a la gestión del programa contratado, tales como:

- Realizar encuestas de satisfacción para mejorar la calidad de los servicios brindados, y transferir los datos personales a nivel nacional a los socios comerciales para que cumplan con esta finalidad como encargados.

- Informar sobre los nuevos productos y/o promociones, y transferir los datos personales a nivel nacional a los socios comerciales para que cumplan con esta finalidad como encargados.
- Transferir los datos personales, a nivel nacional a **AUNA SEGUROS** y empresas vinculadas.

SÍ	
ACEPTO	

NO	
ACEPTO	

La no autorización del tratamiento de datos en los términos detallados anteriormente no condiciona la contratación al programa. Asimismo, le comunicamos que puede ejercer sus derechos (acceso, rectificación, cancelación y oposición), enviando una solicitud escrita a Centro de Contacto AUNA SEGUROS, Ciudad de México e Interior de la República: 55 4628 2551, o a través del correo electrónico oncosalud.mx@auna.org. En caso requiera mayor información, puede ingresar a nuestra página web www.aunaseguros.com.mx y www.auna.org/mx.

AUTORIZACIÓN DE ENVÍO DE DOCUMENTOS

Tu documentación se te hará llegar de manera electrónica en formato PDF o similar al correo electrónico proporcionado en los primeros treinta (30) días naturales a partir de la fecha de contratación, de esta forma se te realizará un descuento en los derechos de póliza a quedar en: (\$XX + IVA), o si requieres que la documentación se entregue de manera impresa los derechos de póliza quedaran en (\$XXX + IVA), favor de indicarlo a continuación:

IMPRESA	
----------------	--

DIGITAL	
----------------	--

AUNA SEGUROS

PÓLIZA DE SALUD INDIVIDUAL

Plan Oncológico

Contratante:

Dirección:

Número de póliza:

Vigencia

Desde: Las 12:00 hrs del día _____

Hasta: Las 12 hrs del día _____

Fecha Primera Emisión (Día/Mes/Año) _____

Fecha de Efectividad (Día/Mes/Año) _____

Moneda: _____

Forma de pago: _____

Datos del Contratante		
Nombre o Razón Social:		
Domicilio:		
RFC:	Tel:	
Programa contratado:		
Cobertura Básica: <u>Coberturas ⁽²⁾ de diagnóstico</u> <u>Coberturas ⁽²⁾ de tratamiento oncológico</u>	Copago o Coaseguro⁽³⁾:	Periodo de carencia⁽⁴⁾:
Cobertura Adicional Preventiva: <u>Consulta Preventiva</u> <u>Chequeo Oncológico</u>	Tope de Copago o Coaseguro⁽⁸⁾:	
Límite anual⁽⁵⁾ por persona:	Deducible⁽⁶⁾:	Acceso a la RED DE PROVEEDORES: Red cerrada ⁽⁷⁾

Prima	Desglose de Pagos
Prima Neta Anual	Primer pago (incluye derecho de póliza)
Recargos	Subsecuentes:
Descuento por comisiones	
Gastos de expedición	
Subtotal	Agente
IVA	Clave:
Total a pagar	Nombre:

Datos de los Asegurados					
Nombre del Asegurado	Parentesco/ Genero	Fecha de nacimiento (Día(/Mes/Año)	Antigüedad	Fecha de alta (Día(/Mes/Año)	Prima Neta por Asegurado
TOTAL:					

LÍMITE ANUAL ⁽⁵⁾

_____ por **ASEGURADO**, siempre que la póliza se encuentre en vigor, por todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos, sujetos a los límites y exclusiones que se indican en la póliza de la cual formará parte esta carátula.

Advertencia: En este seguro de salud, a partir de que el asegurado alcance una edad avanzada, las primas tendrán incrementos anuales que pueden ser cada vez más elevados, lo cual se debe a que la frecuencia y monto de reclamaciones de personas de esas edades se incrementa en forma importante. En este sentido, se advierte que, a partir de esas edades, el pago de primas de este seguro podría representar un esfuerzo financiero importante.

Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. - Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

IMPORTANTE

1. Auna Seguros S.A. de conformidad con las **CONDICIONES GENERALES y ENDOSOS** correspondientes anexos a esta **PÓLIZA** y durante la vigencia establecida, asegura a favor del **CONTRATANTE**, el interés económico expuesto a riesgo que le corresponda y/o beneficios indicados en esta **PÓLIZA**.
2. **Cobertura:** Es la responsabilidad asumida por la **ASEGURADORA**, y por la cual se hace cargo, hasta el límite estipulado, del riesgo y las consecuencias económicas derivadas de un siniestro.
3. **Copago o Coaseguro:** Es la proporción del gasto médico generado por las prestaciones bajo **COBERTURA**⁽²⁾, a cargo del **ASEGURADO**. Convencionalmente, se expresa como un porcentaje, el cual puede ser fijo o variar según el monto del gasto acumulado por el **ASEGURADO**.
4. **Período de carencia:** Es el periodo de tiempo de ciento ochenta (180) días que debe transcurrir a partir de la fecha de comprendido entre la fecha de efecto inicio de vigencia de la **PÓLIZA del ASEGURADO** y el momento en que entran en vigor las coberturas contratadas en esta **PÓLIZA**.
Las enfermedades que le sean diagnosticadas al Asegurado durante el periodo de carencia no serán cubiertas en ningún momento.
5. **El límite anual:** Monto límite del beneficio por **ASEGURADO**, del plan contratado. Los gastos médicos incurridos por el (los) **ASEGURADOS** durante el periodo de la vigencia anual, reduce automáticamente el monto del beneficio, sin lugar a restitución hasta la celebración de una nueva anualidad de la **PÓLIZA**.
6. **Deducible:** Cantidad fija establecida en la carátula de la **PÓLIZA** con la cual participa el asegurado al momento de ocurrencia de su primer diagnóstico oncológico a fin de acceder a sus coberturas oncológicas de acuerdo con el plan contratado que proceda conforme a las condiciones convenidas en el contrato de seguro. No aplica deducible en la renovación anual de la póliza o ante la ocurrencia segundos primarios oncológicos.
7. **Red cerrada:** Modalidad del contrato de seguro en el que el **ASEGURADO** únicamente deberá acudir con el personal de salud de la **RED DE PROVEEDORES**.

8. Tope de Copago o Coaseguro: Es el límite máximo de responsabilidad económica a cargo del Asegurado por concepto de copago o coaseguro, aplicable a los gastos médicos cubiertos derivados de un mismo padecimiento, evento o reclamación, según se establezca en la póliza. Una vez alcanzado dicho límite, la Aseguradora asumirá el pago del 100% de los gastos cubiertos, conforme a los términos y condiciones contratados.

Estimado **ASEGURADO**, lo invitamos a que consulte las **COBERTURAS**⁽²⁾, exclusiones y restricciones de su **PÓLIZA**, mismas que le debieron ser entregadas junto con esta carátula. No obstante, lo anterior, también puede consultarlas en la página web: www.aunaseguros.com.mx y www.auna.org.mx

Para atención al **ASEGURADO** y acceso a la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones Centro de Contacto **AUNA SEGUROS** ⁽¹⁾: Horario de atención de lunes a viernes de 8:00 a 18:00 horas Ciudad de México y Área Metropolitana e Interior de la República: 55 4628 2551 y correo electrónico oncosalud.mx@auna.org.

Datos de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)
Av. Insurgentes Sur 762, Col. del Valle. Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México.
Correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx Tel. 800 999 8080 y (55) 5340 0999 o consulta la página web www.condusef.gob.mx

Firma del funcionario Autorizado

En testimonio de lo cual **AUNA SEGUROS** firma el presente documento en México, Ciudad de México el día ____ de _____ del ____

“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 24 de abril de 2026, con el número CNSF-H0714-0023-2026/CONDUSEF-007228-01.”