

Auna Seguros®

Póliza de salud individual Plan Oncológico

Número de PÓLIZA:

VIGENCIA

Desde: Las 12:00 hrs del día _____

Hasta: Las 12 hrs del día _____

Moneda: _____

Forma de pago: _____

Datos del CONTRATANTE		
Nombre o Razón Social:		
Domicilio:		
RFC:		Tel:
Programa contratado:		
COBERTURA Básica: Coberturas ⁽²⁾ de diagnóstico Coberturas ⁽²⁾ de tratamiento oncológico COBERTURA Adicional Preventiva: Consulta Preventiva Chequeo Oncológico	COPAGO⁽³⁾:	PERIODO DE CARENCIA⁽⁴⁾:
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:	
Derecho de PÓLIZA	
Subtotal:	Agente
IVA:	Clave:
Total a pagar:	Nombre:

Datos de los Asegurados								
Nombre del ASEGURADO	Parentesco	Fecha de nacimiento (día/mes/año)			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 representarle un esfuerzo financiero importante.

Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. – Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaran 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** (antes Dentegra Seguros Dentales 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**: 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 **PERÍODO 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**.

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 aunaseguros.com.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 9:00 a 17:00 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 07 de octubre de 2024, con el número CNSF-H0714-0068-2023/ CONDUSEF-006265-03.”