

ENDOSO
SALUD INDIVIDUAL

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:	Pesos	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, D.F. 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 9:00 a 17:00 horas, sábados y domingos de 9:00 a 14:00 horas.
Ciudad de México (55) 4628 2551 e Interior de la República: 01 (55) 5002 3102. Asesoría las 24 horas en caso de Urgencias. Correo electrónico: oncosalud.mx@auna.org Página web: 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 07 de octubre de 2026 con el número CNSF-H0714-0068-2023/CONDUSEF-006265-03.

Funcionario Autorizado Av.

Insurgentes Sur 1458, P. 19 y 20, Col. Actipan, Benito Juárez, 03230, Ciudad de México. Tel. (55) 4628 2551 aunaseguros.com.mx