LISTA DE ASEGURADOS

DATOS DEL CONTRATANTE		DATOS DE LA PÓLIZA	
Nombre o Razón Social:		**Póliza No.:**	**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 Empleado	Nombre del Asegurado	Parentesco	Plan	Costo por Asegurado	Fecha de Alta	Género
Total de Asegurados:				Total: $		

En testimonio de lo cual AUNA SEGUROS S.A. (**AUNA SEGUROS,** antes Dentegra Seguros Dentales, S.A.) 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 de 9:00 a 14:00 horas. Ciudad de México e Interior de la República: **55 5002 3102**. Asesoría las 24 horas en caso de Urgencias. Correo electrónico: **une.mx@auna.org** Página web: **aunaseguros.com.mx**

Funcionario autorizado

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 16 de abril de 2026, con el número CNSF-H0714-0090-2025 / CONDUSEF-007116-02.