CERTIFICADO INDIVIDUAL

DATOS DEL CONTRATANTE		DATOS DEL CERTIFICADO	
Nombre o Razón Social:		**Póliza:**	**Certificado:**
		Vigencia de la póliza	**Vigencia de la póliza**
Domicilio:		Desde las 12:00 horas del Hasta las 12:00 horas del	Desde las 12:00 horas del Hasta las 12:00 horas del
RFC:	Tel.	**No. De Endoso**	**Fecha de Emisión**

DATOS DE LOS ASEGURADOS			
Nombre del Asegurado	**Parentesco**	**Fecha nacimiento**	**Fecha Alta**

Plan:

BENEFICIOS CUBIERTOS[1]	**Alcances**
Exámen de la vista	Incluido
Estuche Duro	Incluido
Modelo de Armazón	Modelo Según la Óptica
Anteojos Graduados (Micas Oftálmicas), no cosméticos	Cubierto
Lentes de Contacto graduados, no cosméticos	Modelo Según la Óptica
Solución para Lentes de Contacto	Incluido
Copago[2]	XX%
Deducible[3]	$XXX.XX + IVA
Límite anual por persona[4]	Anteojos Completos: $XXXX Lentes de Contacto: $XXXX
Apoyo para Cirguía Refractiva	Incluido
Copago[2]	XX%
Deducible[3]	$XXX.XX + IVA
Límite anual por persona[4]	$XXXX.XX
Periodo de espera[5]	XXX días
Acceso a la Red de Ópticas:	Red Cerrada

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.

1. Auna Seguros S.A. **(AUNA SEGUROS)** de conformidad con las Condiciones Generales y Endosos correspondientes anexos a esta. Póliza y durante la Vigencia establecida, asegura a favor de "el Contratante" el interés económico expuesto a riesgo que le corresponda y/o Beneficios indicados en esta Póliza.
2.**Copago:** Cantidad fija que el Asegurado debe pagar por Servicio Óptico Cubierto.
3.**Deducible:** Es la cantidad que el Asegurado deberá pagar por concepto de gastos siempre que éste o sus Dependientes Económicos reciban alguno de los servicios considerados como Beneficios Cubiertos bajo Contrato de Seguro.
4.**El Límite Anual:** Cantidad máxima que **AUNA SEGUROS** pagará por concepto de Servicios Ópticos Cubiertos bajo la póliza de seguro contratada, en cada año de vigencia de dicha póliza de seguro por cada uno de los Asegurados, de conformidad con el Plan contratado.
5. **Periodo de espera**: Tiempo ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de Alta del Asegurado en la Póliza de Seguro para que el Asegurado quede cubierto con todos los Beneficios Cubiertos bajo la Póliza de Seguro.

"Para atención al Asegurado y acceso a la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones: Centro de Contacto: Ciudad de México e Interior de la República al 01 (55) 50023102 de lunes a viernes de 8:00 a 22:00 horas y sábados de 9:00 a 14:00 horas. Correo Electrónico: une.mx@auna.org; Página Web: aunaseguros. com.mx y en Nuestras Oficinas de lunes a viernes de 8:00 a 17:00 horas en Insurgentes Sur 1458 piso 19 y 20, Colonia Actipan C.P. 03230, Ciudad de México."

"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 5 de septiembre de 2025, con el número CNSF-H0714-0037-2025 / CONDUSEF-006845-03."

_____
Funcionario Autorizado

En testimonio de lo cual **AUNA SEGUROS** firma el presente documento en México, Ciudad de México el Día___ de_____del___

Insurgentes Sur 1458 Piso 19 y 20 Col. Actipan 03230 México, Ciudad de México e Interior de la República 55 5002 3102 / 0155 5002 3102 **aunaseguros.com.mx**