0

LISTA DE ASEGURADOS

DATOS DEL CONTRATANTE		DATOS DE LA PÓLIZA	
Nombre o Razón Social:		**Póliza N°;**	**Fecha de Emisión**
Domicilio:		**Vigencia de la Póliza**	
		Desde la 12:00 hrs del:	Hasta las 12:00 hrs 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** 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 y domingos de 8:00 a 20:00 horas. Ciudad de México e Interior de la República: 55 **5002 3102. Interior de la República sin costo de larga distancia: 01 (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 03 de agosto de 2017, con el número CNSF-H0714-0027-2017 / CONDUSEF-002650-01"