

DATOS DEL CONTRATANTE		DATOS DE LA PÓLIZA	
Nombre o Razón Social:		Póliza No.:	Fecha de Emisión
Domicilio:		Vigencia de la póliza	
RFC:		Inicio: Desde las 12:00 horas del	
Tel.:		Fin: Hasta las 12:00 horas del	
PRIMA		Moneda:	Forma de Pago:
Prima Neta Anual		DESGLOSE DE PAGOS	
Derecho de Póliza		Primer Pago	
Recargos		(Incluye derecho de Póliza)	
Descuento por comisiones		Subsecuentes:	
Subtotal		AGENTE	
IVA		Clave:	
Total a pagar		Nombre:	
(00/100 M.N.)			
Plan:			
BENEFICIOS CUBIERTOS ¹		DESCRIPCIÓN	
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 Cirugía 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	
<p>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.</p>			
<p>1. AUNA SEGUROS S.A. (anteriormente 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 de "el Contratante" el interés económico expuesto a riesgo que le corresponda y/o Beneficios indicados en esta Póliza.</p>			
<p>2. Copago: Cantidad fija que el Asegurado debe pagar por Servicio Óptico Cubierto.</p>			
<p>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.</p>			
<p>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.</p>			
<p>"Estimado asegurado, lo invitamos a que consulte las coberturas, exclusiones y restricciones de su póliza, las cuales se encuentran en las condiciones generales 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"</p>			
<p>"Datos de la Comisión Nacional para la Protección y defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF): Avenida Insurgentes Sur, número 762, Colonia Del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100, Teléfono: (55)53400999 y (01800) 999 8080, Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx"</p>			
<p>"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 55 5002 3102 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."</p>			
<p>"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 11 de marzo de 2026, con el número CNSF-H0714-0087-2025/ CONDUSEF-007052-02".</p>			
		Funcionario Autorizado	
En testimonio de lo cual AUNA SEGUROS firma el presente documento en México, Ciudad de México el día ____ de ____ del ____			

CONDUSEF-007052-02