

LISTA DE ASEGURADOS

DATOS DEL CONTRATANTE		DATOS DE LA PÓLIZA	
Nombre o Razón Social:		No. De Póliza	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 y Área Metropolitana: 55 5002 3102. Interior de la República sin costo de larga distancia: **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 11 de marzo de 2026, con el número CNSF- H 0714-0087-2025/ CONDUSEF-007052-02.

"CONDUSEF-007052-02"