

PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL

DATOS DEL CONTRATANTE		DATOS DE LA PÓLIZA		
Nombre o Razón Social:		Póliza No.:	Fecha de Emisión	
Domicilio:		Vigencia de la póliza		
RFC:		Tel.:		
PRIMA		DESGLOCE DE PAGOS		
Prima Neta Anual Derecho de Póliza Recargos Descuento por comisiones Subtotal IVA Total a pagar (_____)		Inicio: Desde las 12:00 horas del _____ Fin: Hasta las 12:00 horas del _____ Moneda: _____ Forma de Pago: _____ Primer Pago (Incluye derecho de Póliza) Subsecuentes: _____		
		AGENTE		
		Clave: Nombre: _____		
00/100 M.N.)				
DATOS DE LOS ASEGURADOS				
Nombre del Asegurado	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Fecha de Alta	Prima Neta por Asegurado
Total				
Plan: _____ Categoría: _____				
BENEFICIOS DENTALES ¹ CUBIERTOS		Copago ² Red Auna Seguros	Periodo de espera	
URGENCIAS		%		
DIAGNOSTICO Y PREVENCIÓN		%		
RESTAURATIVOS BÁSICOS		20%		
QUIRURGICOS MENORES		20%		
ENDODONCIAS		50%		
TERCEROS MOLARES		50%		
Límite anual ³		Acceso a la Red de Dentistas:		
<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. (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.</p> <p>2. Copago : Cantidad fija que el Asegurado debe pagar al Dentista, calculado como un porcentaje de los Honorarios Máximos por cada procedimiento cubierto.</p> <p>3. El Límite Anual: Cantidad máxima que AUNA SEGUROS pagará por concepto de Beneficios Dentales 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>"Para atención al Asegurado y acceso a la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones: Centro de Contacto: Ciudad de México 55 5002 3102 y Larga Distancia sin costo 01 55 50023102 de lunes a viernes de 8:00 a 22:00 horas y sábados de 9:00 a 14:00 horas, atención de Urgencias las 24 hrs. 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 863 piso 1458, pisos 19 y 20, Col. Actipan, Benito Juárez, C.P. 03230, Ciudad de México."</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>"En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y 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 4 de septiembre de 2018, con el número CNSF-H0714-0026-2018 / CONDUSEF-003383-01".</p> <p style="text-align: right;">Funcionario Autorizado</p> <p>En testimonio de lo cual AUNA SEGUROS firma el presente documento en México, Ciudad de México el Día _____ de _____ del _____.</p>				

