

PÓLIZA DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS DENTAL COLECTIVO

DATOS DEL CONTRATANTE		DATOS DE LA PÓLIZA	
Nombre o Razón Social:		Póliza No.:	Fecha de Emisión
		Vigencia de la póliza	
Domicilio:		Inicio: Desde las 12:00 horas del	
		Fin: Hasta las 12:00 horas del	
RFC:	Tel.:	Moneda:	Forma de Pago:
PRIMA		DESGLOCE DE PAGOS	
Prima Neta Anual Derecho de Póliza Recargos Descuento por comisiones Subtotal IVA Total a pagar (_____)		Primer Pago (Incluye derecho de Póliza)	
		Subsecuentes:	
		AGENTE	
		Clave:	
		Nombre:	
00/100 M.N.)			
Plan:		Categoría:	
BENEFICIOS DENTALES ¹		Copago ² o Coaseguro ² Red Auna Seguros	Copago ² o Coaseguro ² Fuera de Red
Límite anual por	Deducible ⁴	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 o Coaseguro: Cantidad fija que el Asegurado debe pagar al Dentista ,calculado como un porcentaje de los Honorarios Máximos por cada porcedimiento 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>4. 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>"Estimado asegurado, lo invitamos a que consulte las coberturas, exclusiones y restricciones de su poliza, las cuales se encuentran en las condiciones generales de su póliza, las cuales serán entregadas en un plazo no mayor a 30 días naturales contados a partir de la contratación, a través del medio elegido por el contratante v/o asegurado."</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 : 01(55)5002 3102 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 1458, p 20"</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 (800) 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 5 de julio 2021, con el número CNSF-H0714-0082-2020 / CONDUSEF-004955-01</p>			
		Funcionario Autorizado	
En testimonio de lo cual AUNA SEGUROS firma el presente documento en México, Ciudad de México el Día ____ de ____ del ____			