

LISTA DE ASEGURADOS

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:

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: **01 (55) 50023102**. 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 5 de julio 2021, con el número CNSF-H0714-0082-2020 / CONDUSEF-004955-01.