

LISTA DE ASEGURADOS
GASTOS MÉDICOS DENTAL COLECTIVO A
LIDERAZGO

DATOS DEL CONTRATANTE	
NOMBRE:	_____
DIRECCIÓN:	_____
CÓDIGO POSTAL:	_____
TELÉFONO:	_____
E-MAIL:	_____
FIRMA:	_____
FECHA:	_____

--

Domicilio:

Domicilio:

RFC:

DATOS DE LA PÓLIZA

No. Póliza :

No. Póliza :

Fecha de Emisión:

Fecha de Emisión:

Vigencia de la Póliza

Inicio:

Vigencia de la Póliza	
Inicio:	Fin:

Moneda:

Forma de Pago:

Moneda:	Forma de Pago:
---------	----------------

DATOS DE LOS ASEGURADOS

No. de Empleado	Nombre del Asegurado	Parentesco	Plan	Costo por Asegurado	Fecha de Alta

Insurgentes Sur 1458, pisos 19 y 20, Col. Actipan, Benito Juárez, C.P. 03230, Ciudad de México.
Ciudad de México e Interior de la República : (55) 5002 3102 Correo electrónico : une.mx@auna.org
Página web: aunaseguros.com.mx