Transformando la salud

Folleto de derechos básicos

de los contratantes, asegurados y beneficiarios

Folleto de derechos básicos de los contratantes, asegurados y beneficiarios Auna Seguros

Póliza de salud colectivo

Plan Oncológico

I. Conoce tus derechos antes y durante la contratación de tu seguro.

Nos interesa su bienestar y satisfacción con nuestros servicios, es por esto que le damos a conocer sus derechos como **CONTRATANTE**, **ASEGURADO** o **SOLICITANTE** y **BENEFICIARIO** de nuestros servicios. Sus derechos antes y durante la contratación de su **PÓLIZA** de seguro son:

I. Solicitar a los agentes, o a los empleados y apoderados de las personas morales que, sin ser agentes de seguros, hayan promocionado o vendido la **PÓLIZA** de Seguro, la identificación que los acredite como agentes o bien, como personas morales que, sin ser agentes, les sea permitido la promoción o venta de seguros.

II. Solicitar se le informe el importe de la Comisión o Compensación Directa que le corresponda a los agentes o a las personas morales que, sin ser agentes de seguros, promocionen o vendan seguros.

III. Recibir toda información que le permita conocer las Condiciones, alcances, conservación y terminación de aseguramiento pactadas en el **CONTRATO DE SEGURO**.

IV. Derecho a que en caso de someterse a un examen médico no se aplicará la cláusula de Preexistencia respecto de Enfermedad o padecimiento relativo al tipo de examen que se le ha aplicado objeto del Seguro.

II. Sus derechos al ocurrir un siniestro.

En caso de hacer uso de nuestros servicios como beneficiario del Seguro tendrá los siguientes derechos amparados en la **PÓLIZA**:

I. Recibir el pago de las prestaciones procedentes en función al **LÍMITE ANUAL** (la **SUMA ASEGURADA**) mediante el sistema de **REEMBOLSO**, aunque la **PRIMA** del **CONTRATO DE SEGURO** no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el periodo de gracia pactado para el pago de la **PRIMA** de seguro.

II. Cobrar una indemnización por mora si la **ASEGURADORA** no cumple con la obligación de resarcir o pagar la indemnización procedente, dentro de un plazo de 30 (treinta) días naturales, una vez de haber recibido de manera completa los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la **RECLAMACIÓN** que le haya sido reportadas.

III. En caso de controversia podrá solicitar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a su arbitraje.

III. Alcance de la cobertura contratada.

La **ASEGURADORA** se obliga, mediante el pago de la PRIMA, a cubrir de manera directa o a reembolsarle, los gastos médicos cubiertos de conformidad con los términos, condiciones y límites estipulados en su **PÓLIZA** de seguro.

IV. ¿Cómo puede conservar la cobertura contratada?.

La **COBERTURA** contratada se conserva mediante el pago oportuno de la PRIMA o fracción de ésta en caso de haber pactado su pago en parcialidades. La **COBERTURA** contratada también puede ser conservada mediante la renovación del Contrato, considerando las tarifas que se encuentren vigentes al momento de la renovación, de conformidad con las **CONDICIONES GENERALES** del contrato.

V. Causas por las que puede terminar tu contrato.

La **VIGENCIA** de la **PÓLIZA** de seguro dejará de surtir sus efectos en la fecha de terminación, indicada en la **CARÁTULA DE LA PÓLIZA** y/o **CERTIFICADO INDIVIDUAL** y/o en la credencial del **ASEGURADO**, o antes, si se presenta cualquiera de las siguientes causales:

A. Entregue a la **ASEGURADORA** una solicitud por escrito de cancelación de la PÓLIZA de seguro, en cuyo caso se te devolverá la **PRIMA NETA NO DEVENGADA** si no ocurrió y no existe a la fecha de terminación algún **SINIESTRO** relacionado con algún servicio cubierto en los términos de la **PÓLIZA** de seguro.

B. Por la terminación del **PERIODO DE GRACIA** para el pago de la PRIMA, salvo que sea rehabilitada en términos de las **CONDICIONES GENERALES** pactada en la **PÓLIZA**.

VI. Conoce otros derechos.

La **ASEGURADORA** se compromete a cumplir con el **CONTRATO DE SEGURO** otorgando un servicio personalizado y profesional, con calidad y calidez.

Por otro lado, el **ASEGURADO** asume ciertos derechos y responsabilidades detallados a continuación:

A. Los **ASEGURADOS** tendrán la misma oportunidad de acceso expedito a los Servicios.

B. Ser tratado de una manera que respete su privacidad y dignidad como persona.

C. Recibir asistencia oportuna, de manera cortés y responsable.

D. Privacidad y confidencialidad: Todos los servicios a los que acuda, se conservarán en profundo respeto, así mismo la información relativa deberá preservar la confiabilidad.

E. Seguridad personal: el **ASEGURADO** tendrá derecho a que durante su atención se le brinden tanto a él como a sus acompañantes y

pertenencias medidas de seguridad. Obtener información clara acerca de los beneficios y servicios que le otorga su **PÓLIZA**, cualquier exclusión o limitación asociada con éste y sobre cualquier cargo por el cual el **ASEGURADO** sea responsable.

F. El **ASEGURADO** tiene el derecho a conocer la identidad y grado de preparación de los servidores de la salud que lo atienden.

G. El **ASEGURADO** tiene derecho a mantenerse en todo momento en comunicación con su familia y a ser informado en forma comprensible para él.

H. Ser informado por su médico tratante sobre su padecimiento, los métodos diagnósticos y sus riesgos, beneficios y alternativas, lo mismo que los que las medidas terapéuticas ocasionen y sobre el pronóstico de su padecimiento.

I. Ser informado por su médico tratante sobre cualquier tratamiento que pudiera recibir. Su médico debe solicitar su consentimiento para ser sometido a procedimientos, diagnósticos o tratamientos, informándole también de los riesgos, beneficios y alternativas.

J. El **ASEGURADO** tendrá derecho a solicitar otras opiniones sobre su padecimiento, conforme a lo estipulado en el **CONTRATO DE SEGURO**

El **ASEGURADO** tendrá derecho a no aceptar las propuestas terapéuticas.

"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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 18 de marzo de 2025 con el número CNSF- H0714-0055-2024/CONDUSEF-006709-02."

Cuidamos la vida para
vivirla mejor, siempre.

Dirección: Av. Insurgentes Sur 1458- P. 20, Actipan, Benito Juárez, 03230 Ciudad de México, CDMX.

aunaseguros.com.mx