



CONDICIONES GENERALES

Programa de Seguros de Salud Dental Individual
Descuento por Nómina

CONDICIONES GENERALES PROGRAMA DE SEGUROS DE SALUD DENTAL **INDIVIDUAL DESCUENTO POR NÓMINA**

ÍNDICE

I.	OBJETO	1
II.	DEFINICIONES	2
III.	BENEFICIOS, ALCANCES Y LIMITACIONES	9
IV.	EXCLUSIONES GENERALES	19
V.	CLÁUSULAS GENERALES	22
VI.	PRIMA	31
VII.	PAGO DE RECLAMACIONES	32
VIII.	MOVIMIENTOS DE ASEGURADOS	37
IX.	PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES	38
X.	TRANSCRIPCIÓN DE ARTÍCULOS REFERIDOS EN LAS CONDICIONES GENERALES	38



I. OBJETO

DENTEGRA se obliga, mediante el pago de la Prima, en los términos más adelante estipulados, a cubrir de manera directa o a reembolsar al Asegurado los gastos médicos por tratamientos o procedimientos dentales, y/o servicios de prevención de acuerdo a los términos, condiciones y límites estipulados en esta Póliza de Seguros y en relación con el Plan y Coberturas contratados, cuyas características de Tratamientos dentales cubiertos, Copagos, acceso a Red **DENTEGRA**, y Límite Anual se estipulan en la presente Póliza de Seguro.

En caso de que los Tratamientos o Procedimientos dentales se presten fuera de la República Mexicana, **DENTEGRA** no estará obligada a cubrir los gastos de manera directa y solamente estará disponible la opción de reembolso y sujetos al honorario máximo contratado.



II. DEFINICIONES

Para efectos de este Contrato de Seguro, serán aplicables los términos que a continuación se describen:

1. **Abutment:** Pilar o soporte sobre el cual se fija la corona o prótesis.
2. **Antigüedad:** Tiempo ininterrumpido durante el cual un Asegurado ha estado asegurado con **DENTEGRA** bajo el plan dental contratado y especificado en la Póliza de Seguro.
3. **Asegurado:** Persona física considerada, indistintamente, como Asegurado Titular o Dependiente económico para los efectos de la Póliza de Seguro.
4. **Asegurado Elegible:** Es el Asegurado que reúne los requisitos previstos en la Póliza de Seguro para recibir los Tratamientos o Procedimientos dentales contratados.
5. **Asegurado Titular:** Persona física residente en territorio de la República Mexicana, que ha sido designado como tal en la Carátula de la Póliza y/o Credencial del Asegurado.
6. **Beneficios Cubiertos:** Tratamientos o Procedimientos dentales, cubiertos por el Plan contratado y especificado en la Carátula de la Póliza y/o Guía del Asegurado.
7. **Carátula de la Póliza:** Documento que contiene la información y datos correspondientes a: **(i)** el Asegurado, **(ii)** la Prima, **(iii)** el Copago, **(iv)** la vigencia de la cobertura, **(v)** alcances de la cobertura, y **(vi)** cualquier otra información referente a los términos bajo los cuales debe operar la Póliza de Seguro.
8. **Caries activa:** Proceso infeccioso que destruye la estructura dental, formando cavidades con superficie interna reblandecida, que alcanzan la dentina o hasta la pulpa. Cuando se introducen instrumentos de diagnóstico, éstos se atorán en la lesión y pueden observarse mediante radiografías.
9. **Carta de consentimiento informado:** Es el documento firmado por el asegurado o su representante legal o familiar más cercano

en vínculo, mediante el cual se acepta un procedimiento dental con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el asegurado.

10. **Contratante:** Es la persona física que celebra con **DENTEGRA** el Contrato de Seguro por cuenta propia o por cuenta de los Asegurados, y que es directamente responsable ante **DENTEGRA** por el pago de la Prima.
11. **Copago:** Cantidad fija que el Asegurado debe pagar al Dentista, calculado como un porcentaje de los Honorarios Máximos por cada procedimiento o tratamiento dental cubierto. Dicho porcentaje se indica en la Carátula de la Póliza, en el Certificado Individual y/o en la Guía del Asegurado.

12. **Cuadrante:** Cada una de las cuatro secciones iguales en que pueden dividirse los arcos Dentales. Empieza en la línea media y se extiende hacia atrás al último diente.

13. **Dentegra:** Dentegra Seguros Dentales, S.A.

14. **Dentista:** Profesional de la salud dedicado al diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades bucodentales.

15. **Dentista de la Red DENTEGRA:** Dentistas independientes que han celebrado un Contrato de Prestación de Servicios Profesionales con **DENTEGRA** para realizar el pago directo, y que se encuentra legalmente autorizado para llevar a cabo los Tratamientos o Procedimientos dentales al Asegurado. La lista de Dentistas podrá sufrir modificaciones por parte de **DENTEGRA** en cualquier momento y sin previo aviso. Esta lista no limita ni restringe de manera alguna al Asegurado para que éste seleccione libremente, y por así convenir a sus intereses, al Dentista que pertenezca a la Red. Es obligación de los dentistas de la Red **DENTEGRA** ejercer el juicio clínico que está fundado en la práctica médica basado a en evidencias, los avances científicos y en la ética médica.

16. **Dependientes económicos:** Persona física residente en la República Mexicana, distinta al Asegurado Titular, que depende económicamente de éste, aceptado por **DENTEGRA** y designado como tal en el Certificado efectos de esta definición, únicamente podrán ser considerados como Dependientes económicos del Asegurado Titular; los siguientes sujetos:





- I. El Cónyuge, que para efectos de la Póliza de Seguro significa la persona con quien el Asegurado Titular hubiere contraído matrimonio civil o viva en concubinato de conformidad con los requisitos y/o periodo que prevea la Legislación Civil que resulte aplicable a la fecha que se pretenda adquirir el seguro.
 - II. Los descendientes directos en primer y segundo grado del Asegurado Titular; solteros, menores de 25 (veinticinco) años.
 - III. Los ascendientes en primer grado del Asegurado Titular.
17. **Descuento por nómina:** Costo de la prima del seguro que se deduce directamente del salario del contratante con su previo consentimiento.
18. **Dientes Naturales:** Nombre genérico para los cuerpos duros mineralizados que se hallan insertados en el maxilar y la mandíbula. Están compuestos por los tejidos llamados esmalte, dentina, pulpa y cemento. De acuerdo a su forma se denominan incisivos, caninos, premolares y molares. Cada diente consta de una porción visible, llamada corona, y otra, que se inserta en el hueso, llamada raíz.
19. **Dientes permanentes:** Segundo juego de dientes (incisivos, caninos, premolares y molares) que repone a los dientes primarios y erupcionan aproximadamente desde los 6 (seis) años hasta los 17 (diecisiete) años, siendo un total de 32 (treinta y dos). También llamados dientes secundarios, adultos o definitivos.
20. **Dientes primarios:** Primer juego de dientes (incisivos, caninos y molares) que aparecen en la boca durante la infancia y erupcionan aproximadamente desde los 5 (cinco) meses hasta los 24 (veinticuatro) meses, siendo un total de 20 (veinte). También llamados dientes de leche, infantiles o deciduos.

21. **Elegibilidad:** Es el derecho que adquiere el Asegurado al reunir todos los requisitos necesarios para recibir los Beneficios Cubiertos en el Contrato de Seguro.
22. **Endoso:** Documento que modifica la Póliza de Seguro, previo acuerdo entre las partes, registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
23. **Enfermedad dental:** Toda aquella alteración o padecimiento en los dientes y tejidos relacionados a los mismos, debido a causas anormales, sean internas o externas, por las cuales sea necesario realizar un tratamiento o procedimiento dental.
24. **Error de Diagnóstico:** Cualquier acontecimiento o situación en la que el Asegurado haya asistido con varios Dentistas de la Red **DENTEGRA** y que por falta de evaluación, Tratamiento o Procedimiento Dental acertados, haya sido menester acudir o utilizar los Servicios de un Dentista no afiliado a la Red **DENTEGRA**.
25. **Especialista:** Dentista que cuenta con estudios acreditados para las especialidades de Cirugía Maxilofacial, Endodoncia, Periodoncia o Implantología.
26. **Evaluación Oral o Consulta:** Comunicación privada y personal entre el Asegurado y el Dentista para que éste diagnostique el estado de salud del primero, con base en los síntomas y signos que aquél presente, así como para prescribir el tratamiento dental, realizar los Procedimientos necesarios, y en su caso, darle seguimiento a éstos.
27. **Gastos Cubiertos:** Gastos y costos que de manera directa o mediante Reembolso **DENTEGRA** cubrirá en favor del Asegurado por los Tratamientos Procedimientos o Servicios que se describen expresamente en el **Capítulo III. BENEFICIOS, ALCANCES Y LIMITACIONES POR TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO** y **Capítulo IV COBERTURAS** de estas Condiciones Generales conforme a los beneficios y coberturas contratadas.



28. **Honorario Máximo:** Es la cantidad máxima que **DENTEGRA** pagará al Dentista por concepto de honorarios, por cada procedimiento o tratamiento dental realizado por éste a los Asegurados Elegibles, de acuerdo al Plan contratado.
29. **Implantes:** Los aparatos de prótesis colocados en o sobre el hueso del maxilar o de la mandíbula (superior o inferior) para retener o soportar una prótesis Dental.
30. **Límite Anual:** Cantidad máxima que **DENTEGRA** pagará por concepto de Beneficios Cubiertos bajo la Póliza de Seguro en cada año de vigencia de dicha Póliza de Seguro a cada uno de los Asegurados, de conformidad con el Plan contratado.
31. **Pacimientos Preexistentes:** Lesión o enfermedad bucodental cuyo origen tuvo lugar con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia o a la contratación de la Póliza de Seguro, que: **(i)** Se haya declarado la existencia de dicho padecimiento o enfermedad mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un Médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico **(ii)** El Asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente para recibir un Tratamiento médico de la Enfermedad o padecimiento de que se trate, y **(iii)** Sean conocidos y no declarados por el Asegurado, de conformidad con lo dispuesto por el Artículo 8º de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Para efectos de considerar una lesión bucodental o enfermedad como Padecimiento Preexistente, no se tomará en cuenta la interrupción de la vigencia del Contrato de Seguro cuando opere su rehabilitación de la Póliza de Seguro.
32. **Pago Directo:** Sistema de pago mediante el cual **DENTEGRA** liquida directamente al Dentista los gastos generados por el Asegurado, como consecuencia de un tratamiento o procedimiento dental cubiertos por la Póliza de Seguro.
33. **Período de Espera:** Tiempo ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de Alta del Asegurado en la Póliza de Seguro para que el Asegurado quede cubierto con todos los Beneficios Cubiertos bajo la Póliza de Seguro.
34. **Plan de tratamiento:** Serie de Tratamientos dentales diagnosticados por el Dentista para prevenir o restaurar la salud bucodental del Asegurado.
35. **Póliza de Seguro:** Documento que contiene los términos y condiciones del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y **DENTEGRA**.
36. **Predeterminación de costos:** Es el Procedimiento mediante el cual **DENTEGRA** autoriza la realización de todos o algunos de los Tratamientos o Procedimientos dentales, especificando los honorarios y Copagos que deberán pagar los Asegurados.
37. **Profilaxis (limpieza):** Es la eliminación de sarro y pulido (remoción completa de cálculos, depósitos suaves, placa dentobacteriana, manchas y el pulido de superficies expuestas de un diente).
38. **Protectores o guardas oclusales:** Aparato removible que cubre los dientes y encías para



protegerlos de golpes y/o para Tratamientos de la articulación temporomandibular; de apretamiento y/o rechinamiento de dientes o bruxismo.

39. **Red Cerrada:** Modalidad del Contrato de Seguro en el que el Asegurado únicamente deberá acudir con los Dentistas de la Red **DENTEGRA**, lo cual se establecerá claramente en la Carátula de la Póliza y/o en la Guía del Asegurado respectivos.
40. **Reembolso:** Sistema de pago conforme al cual, **DENTEGRA** restituye al Asegurado, los Gastos Cubiertos pagados para cubrir un Tratamiento o Procedimiento Dental previsto por la Póliza de Seguro conforme al honorario máximo contratado.
41. **Saturación de los servicios dentales:** Situación que ocurre cuando **DENTEGRA**, se encuentra imposibilitada para otorgar una cita al asegurado dentro de la Red de Dentistas en virtud de la demanda de servicios.
42. **Siniestro:** Es la ocurrencia de una eventualidad amparada en los términos, condiciones y cláusulas pactadas en el presente Contrato de Seguro.
43. **Sitio:** El lugar donde hay un diente con problema de hueso o encía. Los Procedimientos periodontales severos se reportan por Sitio, cuando 2 (dos) dientes juntos tienen pérdida de encía, cada uno se contará como Sitio individual; si 2 (dos) dientes juntos tienen una zona de pérdida de hueso, cada zona se considera un Sitio individual; si 2 (dos) dientes juntos tienen una zona intermedia compartida de pérdida de hueso se considera como 1 (un) solo Sitio; si los dientes no comparten la pérdida de hueso se consideran Sitios individuales; puede haber zonas sin diente, con defecto de pérdida de hueso y cada zona se considera un Sitio; si el defecto de pérdida de hueso se extiende a 2 (dos) zonas juntas sin diente, se considera un Sitio.
44. **Solicitud de seguro:** Documento que contiene la oferta elaborada por el Contratante para celebrar un Contrato de Seguro con **DENTEGRA**, indispensable para la emisión de la Póliza de Seguro.
45. **Sublímite Anual:** Es la cantidad máxima que **DENTEGRA** pagará por concepto de algunos Tratamientos o Procedimientos dentales Cubiertos durante la vigencia de la Póliza de Seguro a cada uno de los Asegurados, de conformidad con el plan contratado y se especifique en el Endoso **correspondiente**.



46. **Tabla de Devolución de Prima por Cancelación:** Son los porcentajes que **DENTEGRA** devolverá al Contratante en caso de que decida cancelar la Póliza de Seguro antes de fin de vigencia y que la póliza no tenga algún siniestro.
47. **Transferencia electrónica de fondos:** Pago hecho a través del envío electrónico de dinero de una cuenta de cheques o de tarjeta de débito a otra cuenta de cheques o de tarjeta de débito a través de cualquiera de las instituciones bancarias ubicadas dentro de territorio nacional.
48. **Tratamiento o Procedimiento dental:** Conjunto de medios que se utilizan para la prevención, curación y alivio de enfermedades bucodentales y/o lesiones bucodentales del Asegurado ocasionadas por un accidente o enfermedad dental de acuerdo con los términos estipulados en la Póliza de Seguro.
49. **Urgencia Dental:** Aquella situación extraordinaria que implique una dolencia física que requiera de manera indispensable la atención inmediata de un Dentista para prevenir un daño físico o mitigar una dolencia.
50. **Vigencia:** plazo estipulado en la carátula de la póliza durante el cual operarán las coberturas contratadas y aparadas en estas condiciones generales.

III. BENEFICIOS ALCANCES Y LIMITACIONES POR TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO DENTAL

III. I. Descripción y Alcance de los Beneficios Cubiertos

Quedan Amparados los Tratamientos o Procedimientos dentales que a continuación se mencionan, de acuerdo con el Plan Dental Contratado.



El periodo de alcance del beneficio indicado en los siguientes cuadros, comenzará a contarse a partir de la fecha en que se realizó el procedimiento por última vez según los registros de **DENTEGRA**.

III.I.I. Tratamientos o Procedimientos de Urgencias Dentales (Sin periodo de espera para este beneficio)

Se cubren los siguientes Tratamientos o Procedimientos dentales a consecuencia de una Urgencia Dental:

Descripción del Procedimiento o Tratamiento Dental	Alcance del Beneficio
Consulta por Urgencia Dental. Horario Normal o Fuera del Horario Normal	Solo por Urgencias
Curaciones sedantes temporales u Obturación Provisional	Solo por Urgencias
Extracción de restos coronales (dientes primarios)*	Solo por Urgencias
Rx. Intraoral -- periapical--primera placa	Solo por Urgencias
Rx. Aleta de mordida -- una placa	Solo por Urgencias
Extracción, diente o raíz expuesta (elevación y/o remoción con fórceps)*	Solo por Urgencias
Reimplantación de diente y/o estabilización de diente causado por accidente Dental o desplazamiento	Solo por Urgencias
Incisión y drenaje de abscesos -- tejido blando intraoral (realizado en el consultorio Dental sin complicaciones quirúrgicas complejas)	Solo por Urgencias



Descripción del Procedimiento o Tratamiento Dental	Alcance del Beneficio
Pulpotomía terapéutica-- remoción de pulpa coronaria hasta la unión dentinocemental y aplicación de medicamento, en dientes primarios (no incluye restauración final)	Solo por Urgencias
Pulpectomía - Terapia pulpar (relleno absorbible) -- dientes primarios, anteriores y posteriores (no incluye restauración final)	Solo por Urgencias
Recubrimiento pulpar directo (no incluye restauración final)	Solo por Urgencias
Recubrimiento pulpar indirecto (no incluye restauración final)	Solo por Urgencias
Recementado de inlay, onlay, o reparaciones de cobertura parcial (prótesis Fijas)	Solo por Urgencias
Recementación de coronas y/o puentes (prótesis fijas)	Solo por Urgencias
Escisión de encía pericoronar	Solo por Urgencias
Sutura de heridas intrabucales recientes de hasta 5 cm	Solo por Urgencias
Tratamiento paliativo del dolor Dental – por alveolitis o por Procedimiento menor – incluyendo Acceso y Debridación Pulpar	Solo por Urgencias
Pegado de fragmentos de diente, borde incisal o cúspide, dientes permanentes (por medio de adhesivos Dentales)	Solo por Urgencias
Corona provisional directa en acrílico autopolimerizable - diente anterior	Solo por Urgencias
Reducción de luxación de la Articulación Temporo-Mandibular (ATM) (reposición de la mandíbula por medio de manipulación física por única vez)	Solo por Urgencias

*También conocida como exodoncia no quirúrgica.

Descripción y Alcance de los Beneficios Cubiertos sujetos a periodo de espera

Los beneficios y coberturas derivados de los servicios y procedimientos establecidos en esta Sección estarán sujetos a Períodos de Espera de 60 días.

III.1.2.Tratamientos o Procedimientos dentales de diagnóstico y prevención (si el cliente desea el beneficio adicional de prevención)

Diagnóstico. Los Procedimientos necesarios para asistir al Dentista en la evaluación de las condiciones de salud existentes para prescribir o determinar el Tratamiento Dental requerido, o en su caso, para comprobar el estado de salud o vigor físico del Asegurado, que sean considerados acostumbrados de acuerdo a los estándares generalmente aceptados en la práctica Dental. Como beneficio adicional al módulo de Diagnóstico se podrá incluir los siguientes tratamientos o procedimientos de prevención.

Prevención. Los Procedimientos necesarios, incluyendo, aplicación de flúor y selladores de fisuras, para prevenir la ocurrencia de Enfermedades Dentales, considerados como necesarios y acostumbrados de acuerdo a los estándares generalmente aceptados en la práctica Dental.

Ver adicionalmente las limitaciones en la **Sección III.2 Limitaciones a los Beneficios.**

Descripción del Procedimiento o Tratamiento Dental	Alcance del Beneficio
Evaluación Oral -- paciente nuevo o establecido	1 (Una) cada 12 (doce) meses
Evaluación periodontal completa -- paciente nuevo o establecido	1 (Una) cada 12 (doce) meses
Intraoral – periapical, de Diagnóstico	Hasta 4 (cuatro) en 12 (doce) meses
Intraoral – placa oclusal de Diagnóstico	1 (Una) cada 12 (doce) meses
Intraoral - aleta de mordida de Diagnóstico	Hasta 4 (cuatro) en 12 (doce) meses
Placa panorámica de Diagnóstico	1 (Una) cada 5 (cinco) años
Profilaxis (limpieza) en adulto	Hasta 2 (dos) en 12 (doce) meses
Profilaxis (limpieza) en niño menores de 14 (catorce) años de edad	Hasta 2 (dos) en 12 (doce) meses
Aplicación tópica de flúor (no incluye profilaxis) en niños menores de 14 (catorce) años de edad	Hasta 2 (dos) en 12 (doce) meses

Descripción del Procedimiento o Tratamiento Dental	Alcance del Beneficio
Sellador -- por diente	1 (Uno) cada 3 (tres) años – mismo diente; Primeros molares hasta 10 (diez) años; segundos molares hasta 15 (quince) años

Las Evaluaciones Orales incluyen: consejos nutricionales para el control de Enfermedades Dentales e instrucciones en higiene oral (técnicas de cepillado).

El alcance en número de radiografías por cada tipo de radiografía obedece a minimizar la sobre exposición del asegurado a radiaciones innecesarias.

III.1.3. Tratamientos o Procedimientos Dentales Restaurativos Básicos

Tratamientos o Procedimientos de amalgamas y resinas para la restauración de los dientes por caries activas y/o de los dientes fracturados a causa de un accidente Dental, considerados como necesarios y acostumbrados de acuerdo a los estándares generalmente aceptados en la práctica Dental.

Ver adicionalmente las limitaciones en la **Sección III.2 Limitaciones a los Beneficios.**

Descripción del Tratamiento o Procedimiento Dental	Alcance del Beneficio
Amalgama de una a cuatro superficies, en dientes primarios o permanentes	1 (una) cada 3 (tres) años por cada diente o superficie
Composite con base de resina -- de 1 (una) o más superficies en diente anterior	1 (una) cada 3 (tres) años por cada diente o superficie
Composite con base de resina -- de 1 (una) a 2 (dos) superficies – en diente posterior	1 (una) cada 3 (tres) años por cada diente o superficie
Restauración con resina fluida en dientes permanentes- hasta 16 (dieciséis) años	Hasta edad de 16 (dieciséis) años y en diente sin restauración previa

De acuerdo a los estándares de la práctica dental, los Tratamientos o Procedimientos indicados para el caso de las caries sin cavidad (incipientes) son las restauraciones con resina fluida o los selladores y no los composite con base de resina.

III.1.4. Procedimientos Quirúrgicos Menores

Extracciones y otros Procedimientos quirúrgicos menores, incluyendo también los cuidados pre y post quirúrgicos, considerados como necesarios y acostumbrados de acuerdo a los estándares generalmente aceptados en la práctica Dental.

Ver adicionalmente las limitaciones en la **Sección III.2 Limitaciones a los Beneficios.**

Descripción del Tratamiento o Procedimiento Dental	Alcance del Beneficio
Extracción, restos coronales -- dientes primarios	
Extracción, diente o raíz expuesta (remoción con elevador y/o fórceps)	
Reimplantación y/o estabilización de diente desprendido o desplazado por accidente Dental.	I (Una) por diente de por vida
Biopsia de tejido oral duro y blando (no incluye costo de laboratorio)	Hasta I (una) en 12 (doce) meses
Incisión y drenaje de abscesos -- tejido blando intraoral	

III.1.5. Tratamientos o Procedimientos de Endodoncia

Procedimientos para terapia pulpar y obturación de conductos radiculares, considerados como necesarios y acostumbrados de acuerdo a los estándares generalmente aceptados en la Práctica Dental.

Ver adicionalmente las limitaciones en la **Sección III.2 Limitaciones a los Beneficios.**

Descripción del Tratamiento o Procedimiento Dental	Alcance del Beneficio
Pulpotomía terapéutica (excluyendo restauración final)-- remoción de pulpa coronaria hasta la unión dentinocemental y aplicación de medicamento. Dientes primarios	
Pulpectomía -- Terapia pulpar (relleno absorbible) -- dientes anteriores y posteriores, primarios (no incluye restauración final)	
Terapia de conducto radicular (endodoncia) en diente anterior, premolar o molar (no incluye restauración final)	
Retratamiento de terapia de conducto radicular (endodoncia) previa – en diente anterior, premolar o molar	I (Uno) por Diente

Descripción del Tratamiento o Procedimiento Dental	Alcance del Beneficio
Apexificación/recalcificación (reparación de perforaciones por cierre/calcificación apical, reabsorción de raíz, etc.)-- visita inicial, reemplazo de medicamento provisional y visita final que incluye terapia de canal radicular (endodoncia) completa	I (Una) por diente
Cirugía de Apicectomía/perirradicular -- en diente anterior; premolar o molar – por raíz	
Obturación retrógrada -- por raíz	I (Una) de por vida - mismo diente
Amputación radicular -- por raíz	
Hemiseción (incluyendo cualquier remoción de raíz), no incluye Tratamiento de conducto radicular	

III.1.6. Tratamientos o Procedimientos de Remoción de Terceros Molares y Procedimientos Quirúrgicos Complejos

Remoción de terceros molares y otros Procedimientos quirúrgicos complejos, incluyendo también los cuidados pre y post quirúrgicos, considerados como necesarios y acostumbrados de acuerdo a los estándares generalmente aceptados en la Práctica Dental.

Ver adicionalmente las limitaciones en la **Sección III.2 Limitaciones a los Beneficios.**

Descripción del Procedimiento o Tratamiento Dental	Alcance del Beneficio
Remoción quirúrgica de diente erupcionado mediante elevación de colgajo mucoperióstico y remoción ósea y/o sección del diente	
Remoción de diente impactado -- tejido blando, parcialmente cubierto por hueso o completamente cubierto por hueso	
Remoción quirúrgica de residuos de raíces de dientes	

Descripción del Procedimiento o Tratamiento Dental	Alcance del Beneficio
Cierre de fístula oroantral	I (Una) por diente
Cierre primario de un seno perforado	I (Uno) por diente
Alveoloplastía en conjunto con extracción y no en conjunto con extracción - por cuadrante	I (Una) de por vida - mismo cuadrante
Vestibuloplastía-- extensión de cresta (epitelización secundaria)	I (Una) de por vida – misma área
Vestibuloplastía -- extensión de cresta (incluye injertos de tejido blando, adhesión de músculo, revisión de unión de tejido blando y manejo de tejido hipertrófico e hiperplásico)	I (Una) de por vida - misma área
Remoción de exostosis lateral (maxilar o mandibular)	I (Una) de por vida - misma área
Remoción de torus palatino o torus mandibular	I (Una) de por vida - mismo diente
Reducción quirúrgica de tuberosidad ósea o de tuberosidad fibrosa	I (Una) de por vida – misma área
Incisión y drenaje de abscesos -- tejido blando intraoral -- complicado (incluye drenaje de múltiples espacios faciales)	Se excluye la “Angina de Ludwig”. Asimismo, no incluye medicamentos, anestesia general ni gastos hospitalarios de ningún tipo.
Incisión y drenaje de abscesos -- tejido blando extraoral y tejido blando extraoral complicado (incluye drenaje de múltiples espacios faciales). Los abscesos deben ser de origen dental, periodontal o de tejidos blandos bucales	Se excluye la Angina de Ludwig. Asimismo no incluye medicamentos, anestesia general ni gastos hospitalarios de ningún tipo.
Remoción de cuerpos extraños en la mucosa, piel o tejido alveolar subcutáneo	I (Una) de por vida
Remoción de cuerpos extraños produciendo reacciones, sistema musculoesquelético	I (Una) de por vida
Ostectomía parcial/secuestrectomía para la remoción de hueso no vital	I (Una) de por vida
Sinusotomía maxilar para remoción de fragmentos de dientes o cuerpos extraños	I (Una) de por vida
Frenilectomía (frenectomía o frenotomía) -- procedimiento por separado	I (Una) de por vida
Frenuloplastía	I (Una) de por vida

Descripción del Procedimiento o Tratamiento Dental	Alcance del Beneficio
Escisión de tejido hiperplástico -- por arco	I (Una) de por vida
Escisión de encía pericoronaral	I (Una) vez de por vida - mismo diente

III.2. Limitaciones a los Beneficios

III.2.1. Limitaciones en Planes de Tratamientos o Procedimientos dentales

En todos los casos en los que el Asegurado se someta a un Plan de Tratamiento Dental más costoso o distinto de los Tratamientos o Procedimientos dentales cubiertos por la Póliza de Seguro, DENTEGRA únicamente pagará el porcentaje aplicable al Honorario Máximo del Tratamiento o Procedimiento Dental alternativo menos costoso, únicamente si el Tratamiento o Procedimiento Dental restaura la salud bucodental del Asegurado de acuerdo con los estándares generalmente aceptados en la Práctica Dental. La diferencia de costo por dicho Plan de Tratamiento Dental alternativo queda a cargo del Asegurado. Dentro de dichos Planes de Tratamiento Dental alternativos se incluyen, entre otros, técnicas especializadas que lleven oro, aditamento de precisión parcial, sobre-dentaduras o dentaduras superpuestas, Implantes, dentaduras de precisión, personalización o caracterización como son joyas, hombros en coronas o cualquier otro medio de cobro de Tratamientos o Procedimientos dentales en componentes individuales cuando la costumbre es pagarlos como parte de un Tratamiento o Procedimiento Dental general, de acuerdo a los estándares generalmente aceptados en la Práctica Dental.

III.2.2. Las curaciones sedantes temporales son excluyentes de amalgamas y resinas, por lo que al terminar los Periodos de Espera del beneficio de Restaurativo Básico, no se cubrirán Curaciones Sedantes temporales; sólo se cubrirán amalgamas y resinas.

III.2.3. Limitaciones a Consultas y Evaluaciones Orales (incluyendo visitas para Observación)

(i) Para los Tratamientos o Procedimientos de Urgencias Dentales, las Consultas por Urgencia Dental están limitadas a una por incidente de urgencia con el Dentista General y una por incidente de urgencia con el Especialista, si no hubiera Tratamiento Dental por parte de un Especialista (se considera que cuando hay Tratamiento Dental por parte de un Especialista, el costo de la consulta por Urgencia Dental está incluida en los Honorarios Máximos por el Tratamiento Dental).

(ii) La Evaluación Oral está limitada a no más de 1 (una) en el periodo establecido como Alcance del Beneficio descrito en la Sección III.I Descripción y Alcance de los Beneficios y deberá ser realizado por un Dentista General u Odontopediatra en el caso de menores de 14 (catorce) años.

(iii) La Evaluación Peridontal deberá ser realizada por un Periodoncista y está limitada a 1 (una) en el periodo establecido como Alcance del Beneficio descrito en la Sección III.I Descripción y Alcance de los Beneficios.

III.2.4. Limitaciones en Radiografías

DENTEGRA únicamente pagará por las radiografías que se requieran para fines de diagnóstico. Las radiografías que se necesiten tomar para realizar los diferentes Tratamientos o Procedimientos dentales y aquellas posteriores al Tratamiento para comprobar la calidad del mismo, no serán pagadas ya que su costo está incluido en el Honorario Máximo Autorizado de cada Tratamiento o Procedimiento Dental.

(i) Las radiografías Panorámicas acompañadas por radiografías de Aleta de Mordida están limitadas a no más de 1 (una) en el periodo establecido como Alcance del Beneficio descrito en la sección III.I Descripción y Alcance de los Beneficios.

(ii) Las radiografías de Aleta de Mordida o Periapicales están limitadas a no más de 4 (cuatro), de acuerdo al plan contratado la placa oclusal está limitada a 1 (una) en el periodo establecido como Alcance del Beneficio descrito en la Sección III.I Descripción y Alcance de los Beneficios.

(iii) Para el caso de radiografías periapicales, oclusales Aleta de mordida y panorámica, el máximo a pagar por cualquier combinación no podrá ser mayor al costo total (o monto total o suma del valor) de una panorámica y cuatro periapicales.

(iv) Si se toma una radiografía Panorámica en combinación con una serie intraoral completa, DENTEGRA considerará la radiografía panorámica incluida en la serie intraoral completa, por lo que únicamente pagará el costo de esta última (esta limitación no sustituye a la limitación particular del Procedimiento Placa Panorámica).

El alcance en número de radiografías por cada tipo de radiografía obedece a minimizar la sobre exposición del asegurado a radiaciones innecesarias.

III.2.5. Limitaciones en Profilaxis y Flúor

Las Profilaxis están limitadas hasta 2 (dos) en 12 (doce) meses y las aplicaciones de Flúor están limitadas hasta 2 (dos) en 12 (doce) meses hasta menores de 14 (catorce) años de edad, de acuerdo al Plan contratado respectivamente.

III.2.6. Limitaciones en Selladores

El beneficio de Selladores está limitado a la aplicación de selladores en los primeros molares permanentes hasta la edad de 10 (diez) años y en los segundos molares permanentes hasta la edad de 15 (quince) años y de acuerdo al Plan contratado. Solo podrán ser aplicados en dientes sin caries y sin restauraciones en la superficie oclusal. En el beneficio de Selladores no están incluidas reparaciones ni reemplazos de ningún sellador en un diente dentro de los primeros 3 (tres) años de su aplicación.

III.2.7. Limitaciones en Restaurativo Básico

Si un diente puede ser restaurado con amalgama o composite con base de resina, pero el Asegurado y el Dentista seleccionan otro tipo de restauración o material, DENTEGRA solamente pagará el porcentaje aplicable del Honorario Máximo del Tratamiento o Procedimiento Dental restaurativo de menor costo. La diferencia en el costo queda a cargo del Asegurado y se considerará como Excluido de la Póliza de Seguro.

En el módulo de Restaurativo Básico No se cubren tratamientos o procedimientos de amalgamas o resinas en dientes posteriores con tratamiento de endodoncia. Así mismo, el tratamiento con inlays (incrustaciones) no está cubierto en dicho módulo.

De acuerdo a los estándares de la práctica dental, los Tratamientos o Procedimientos indicados para el caso de las caries sin cavidad (incipientes) son las restauraciones con resina fluida o los selladores y no los composite con base de resina.

III.2.8. Limitación a las Resina (Composite con Base de Resina) en Dientes Posteriores

Se cubren las resinas de 1 (una) y 2 (dos) superficies en dientes posteriores siempre y cuando el diente no haya sido tratado con ningún tipo de obturación anteriormente y el ancho de la lesión en la cara oclusal sea menor al 50% (cincuenta por ciento); será obligatorio presentar las fotografías y/o radiografías de diagnóstico y postoperatorias para que proceda el pago.

De acuerdo a los estándares de la práctica dental, los Tratamientos o Procedimientos indicados para el caso de las caries sin cavidad (incipientes) son las restauraciones con resina fluida o los selladores y no los composite con base de resina.

IV. EXCLUSIONES GENERALES

La Póliza de Seguro en ningún caso cubrirá los gastos originados por cualesquiera de los supuestos que a continuación se mencionan:

- IV.1. Tratamientos o materiales por malformaciones óseas y Dentales congénitas y Tratamientos o Procedimientos por afecciones durante el desarrollo de los dientes, por ejemplo: hipocalcificación o hipoplasia del esmalte.**
- IV.2. Tratamientos o Procedimientos dentales que incrementan la dimensión vertical de una oclusión, reemplacen la pérdida de la estructura de los dientes por desgaste, tales como, atrición, bruxismo, rechinamiento, apretamiento de los dientes, abrasión, erosión, abfracción y por hábitos orales que dañen la integridad de los dientes, excepto que sea parte del Tratamiento Dental necesario y debido a un Accidente Dental o lesión bucal y directamente atribuible a éste. Tampoco se cubren los protectores o guardas oclusales y los ajustes oclusales.**
- IV.3. Tratamientos, Procedimientos, intervenciones quirúrgicas o materiales realizados primariamente por motivos estéticos para mejorar la apariencia del Asegurado, mediante restauración plástica, corrección o eliminación de defectos; Tratamiento de fluorosis (un tipo de decoloración de los dientes); Tratamiento por pigmentación dental a consecuencia de medicamentos; carillas de porcelana u otras carillas que no tienen el propósito de restauración; así como cualquier otro Tratamiento o material que sea considerado como tal, de acuerdo a los estándares generalmente aceptados de la Práctica Dental, excepto que sea parte de algún Tratamiento dental necesario y debido a un Accidente Dental o lesión bucal directamente atribuible a éste. Si los Tratamientos o Procedimientos realizados en un diente en particular no están excluidos, el Tratamiento cosmético de los dientes adyacentes o que están cerca del afectado se considerarán como Excluidos.**
- IV.4. Gastos Dentales a consecuencia de Tratamientos o Procedimientos dentales incorrectos que hubieran sido proporcionados antes de la vigencia de la Póliza de Seguro o por Dentistas fuera de la Red DENTEGRA durante la vigencia de la Póliza de Seguro.**
- IV.5. Tratamientos o Procedimientos prestados o materiales suministrados por un Dentista antes de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza de Seguro o antes de la fecha de inicio de la Cobertura de los Asegurados.**
- IV.6. Utilización de medicamentos por autoprescripción que causen una lesión bucal que amerite una Urgencia Dental.**
- IV.7. Gastos por radiografías de diagnóstico que se necesiten tomar para**

realizar los diferentes Tratamientos y aquellas posteriores al Tratamiento para comprobar la calidad del mismo, no serán pagados ya que su costo está incluido en el Honorario Máximo Autorizado de cada Tratamiento.

IV.8. Programas de control preventivo de la placa dento-bacteriana, incluyendo programas de instrucción de higiene oral, que no estén incluidos en el Tratamiento o Procedimiento de Evaluación Oral o Consulta.

IV.9. Terapia miofuncional (de la función de los músculos). Equilibrio de la oclusión, gnatología (estudio y o corrección de las fuerzas masticatorias y las partes anatómicas involucradas) y Tratamientos o Procedimientos asociados. Diagnóstico y/o Tratamiento por la disfunción de la articulación temporomandibular o musculatura, nervios u otros tejidos asociados.

IV.10. Medicamentos y enjuagues bucales, incluyendo los de aplicación tópica para Tratamientos de Enfermedad periodontal, pre-medicación, analgesia, sedación intravenosa, anestesia general. Así mismo, los cargos separados por anestesia local no estarán cubiertos ya que éstos forman parte de los gastos del Tratamiento o Procedimiento Dental. Utilización de medicamentos por auto prescripción que causen una lesión bucal que amerite una Urgencia Dental.

V.11. Tratamientos o Procedimientos, materiales para injerto de hueso o materiales similares usados con el mismo fin, para el relleno de defectos en zonas sin dientes.

V.12. Tratamientos o Procedimientos de con Inlay (incrustaciones).

V.13. Tratamientos o Procedimientos dentales de naturaleza experimental o de investigación, o que no sean considerados como necesarios y acostumbrados de acuerdo a los estándares generalmente aceptados en la Práctica Dental.

V.14. Tratamientos o Procedimientos dentales prestados o materiales suministrados después de la terminación de la Vigencia de la Póliza de Seguro, a menos de que el Tratamiento o Procedimiento haya comenzado durante la vigencia de la Póliza de Seguro.

V.15. En los casos donde los Tratamientos o Procedimientos dentales requieran ser realizados o suministrados en un hospital o en cualquier instalación para Tratamientos quirúrgicos, DENTEGRA no cubre cualquier Honorario adicional cobrado por el Dentista por dichos Tratamientos o Procedimientos dentales en hospital, ni cubrirá cualquier gasto del hospital y/o quirófano, de los materiales, de anestesia o de la instalación para Tratamientos quirúrgicos.

- V.16. Servicios de administración del Consultorio Dental, Servicios de administración para el cobro de los siniestros y cualquier otro costo administrativo que no esté expresamente incluido en el Plan.**
- V.17. Servicios de transportación de ambulancia, hospitalización por cualquier causa objeto de este seguro.**
- V.18. Cualquier servicio de fase de no-tratamiento como puede ser la provisión de un ambiente antiséptico, la esterilización de equipo o control de infecciones, así como cualquier material auxiliar que se use en el Tratamiento o Procedimiento cuando su costo deba estar incluido en el costo del Tratamiento o Procedimiento (Honorario Máximo del Dentista), de acuerdo a los estándares generalmente aceptados en la Práctica Dental, como pueden ser, pero no limitados a algodones, mascarillas y las técnicas de relajación como música.**
- V.19. Tratamiento en dientes sin restaurar o reemplazo de restauraciones existentes para cualquier propósito diferente que el de restaurar lesiones por caries activas (con cavidad) o por desajuste demostrable de la restauración.**
- V.20. Tratamientos o Procedimientos de ortodoncia (Tratamientos para la corrección de dientes o mandíbulas mal posicionadas). No se cubren extracciones por Indicación ortodóntica.**
- V.21. Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del Tratamiento odontológico o quirúrgico por las lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en la Póliza de Seguro.**
- V.22. Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del Tratamiento odontológico o quirúrgico causada por negligencia del Asegurado a las indicaciones del Dentista tratante.**
- V.23. Ningún Tratamiento que no esté especificado dentro de los beneficios del Plan.**
- V.24. En Incisiones y Drenajes de Abscesos, Los abscesos deben ser de origen dental, periodontal o de tejidos blandos bucales. En Incisiones y Drenajes de Abscesos se excluye la “Angina de Ludwig”.**
- V.25. Gastos en que se incurra a consecuencia de hechos de guerra, alborotos populares, motines y epidemias declaradas oficialmente.**
- V.26. Gastos en que se incurra por Accidentes o Enfermedades Dentales que se originen a consecuencia de:**
- (i) Delitos dolosos o intencionales en los cuales el Asegurado sea considerado como sujeto activo o partícipe del delito.**
 - (ii) Lesiones auto inflingidas, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.**

V. CLÁUSULAS GENERALES

1. Contrato

La Póliza de Seguro, la Solicitud de Seguro, el Folleto Explicativo, la credencial del Asegurado, las cláusulas y los Endosos que se agreguen, constituyen documentos que acreditan la celebración del Contrato de Seguro entre **DENTEGRA** y el Contratante, bajo el cual quedarán amparados el o los Asegurados.

2. Vigencia

La Póliza de Seguro y los Tratamientos o Procedimientos dentales cubiertos estarán vigentes durante el plazo establecido en la Carátula de la Póliza.

3. Edad Mínima y Máxima

Edades de Admisión: los Asegurados Titulares tendrán que ser mayores de edad y sin límite para Dependientes Económicos. La edad mínima de aceptación para los descendientes de los Asegurados Titulares será a partir de su nacimiento y la edad máxima de aceptación será hasta los 24 (veinticuatro) años de edad.

Edades de Cancelación: No hay edad límite para los Asegurados Titulares, cónyuges ni ascendientes directos de los Asegurados Titulares; en el caso de los descendientes, en el aniversario en el cual cumplan la edad de 25 (veinticinco) años.

4. Padecimientos Preexistentes

DENTEGRA cubrirá los Padecimientos Preexistentes definidos en el **Capítulo II. DEFINICIONES** de estas Condiciones Generales, siempre y cuando no haya iniciado Tratamiento alguno con un Dentista. No obstante lo anterior, en caso de que **DENTEGRA** rechace alguna reclamación por considerarla como Padecimiento Preexistente, sólo lo podrá hacer cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

- (i) Que previamente a la celebración del Contrato de Seguro, se hubiere declarado la existencia del padecimiento o Enfermedad, o que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un Médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio de diagnóstico;
- (ii) Cuando **DENTEGRA** cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la Enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o
- (iii) Que previamente a la celebración del Contrato de Seguro, el Asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente para recibir un Tratamiento médico de la Enfermedad o padecimiento de que se trate.

5. Período de Beneficio

DENTEGRA estará obligada a cumplir con la prestación de servicios dirigidos a fomentar o restaurar la salud a consecuencia de que se produzca la eventualidad prevista en el contrato de seguro dentro de la vigencia del mismo de conformidad con las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro, a partir de la fecha de la primera erogación efectuada por el Asegurado, teniendo como límite, lo que ocurra primero:

- (i) Al certificarse la curación del padecimiento de que se trate, a través del alta médica;
- (ii) Al agotarse el límite máximo de responsabilidad convenido por las partes, o
- (iii) Al concluir el término pactado para la prestación del servicio, el cual no en este caso será de setecientos treinta días naturales contados a partir de la fecha en que termine la vigencia del contrato.

6. Rectificación de la Póliza 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 30 (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, conforme al Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Este mismo derecho se hace extensivo para el Contratante

7. Revelación de Comisiones

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a **DENTEGRA** le informe el porcentaje de la Prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración del Contrato. **DENTEGRA** proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

8. Renovación Automática de la Póliza de Seguro.

DENTEGRA se obliga a otorgarle al Asegurado la renovación automática de la Póliza de Seguro, por períodos máximos de 1 (un) año, de conformidad con las condiciones en que fueron contratadas originalmente y considerando las tarifas que se encuentren vigentes a la fecha de renovación, en el entendido de que las condiciones de aseguramiento serán congruentes con las originalmente contratadas, salvo que **DENTEGRA** notifique por escrito al Contratante y/o Asegurado la no renovación de la Póliza de Seguro con al menos 30 (treinta) días naturales de anticipación a la fecha de terminación de la vigencia correspondiente. Para la obtención de dicho beneficio, el Contratante deberá pagar dentro del periodo de 30 (treinta) días naturales a que hace referencia el Capítulo V Sección 3, denominada **PERIODO DE GRACIA** de la Póliza de Seguro, el monto de la Prima correspondiente, y reunir los requisitos para la emisión de la Póliza de Seguro.

La renovación siempre otorgará con el derecho de antigüedad para los efectos siguientes:

- a) La renovación se realizará sin requisitos de asegurabilidad;
- b) Los periodos de espera no serán modificados en perjuicio del asegurado, y
- c) Las edades límite no serán modificadas en perjuicio del asegurado.

9. Modificaciones a la Documentación Contractual

Las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro, sólo podrán ser modificadas por escrito, previo acuerdo entre el Contratante y **DENTEGRA**, mediante Endosos debidamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Los agentes de seguros o cualquier otra persona que actúen como intermediarios en la contratación de la Póliza de Seguro, no estarán autorizados ni facultados para hacer modificaciones ni concesiones a los términos y condiciones de la misma.

10. Notificaciones

Cualquier notificación que el Contratante o el Asegurado hagan del conocimiento de **DENTEGRA** relacionada con la Póliza de Seguro, deberá enviarse por escrito, al domicilio señalado en la Carátula de la Póliza, obligándose a comunicar dicha notificación al Asegurado Titular cuando éste llegare a ser diferente. Las notificaciones y comunicaciones que **DENTEGRA** lleve a cabo al Contratante o Asegurado, las dirigirá al último domicilio del que tenga conocimiento.

El acuse de recibo será el documento probatorio de la notificación, el cual surtirá sus efectos transcurridos 5 (cinco) días hábiles siguientes contados a partir de que la notificación fuere efectuada. Ambas partes convienen, sin excepción alguna, en notificar cualquier cambio en los últimos domicilios conocidos.



11. Omisiones o Inexactas Declaraciones

De acuerdo con el artículo 8ª de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Contratante estará obligado a declarar por escrito a **DENTEGRA**, de conformidad con la Solicitud para la contratación del seguro, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal y como sean de su conocimiento o deban ser conocidas al momento de la celebración del Contrato de Seguro.

Asimismo, los Asegurados Titulares estarán obligados a declarar por escrito a **DENTEGRA**, todos aquellos hechos relacionados con las características de sus Dependientes Económicos, incluyendo, la edad, estado civil, dependencia económica, parentesco y cualquier otro elemento que se considere necesario para determinar si se cumplen con las características establecidas



para pertenecer a la Colectividad Asegurada, tal y como sean de su conocimiento o deban ser conocidos durante la vigencia del Contrato de Seguro.

La omisión o inexacta declaración de la información que conste en la Solicitud, aun cuando no haya influido en la apreciación del riesgo, facultará a **DENTEGRA** para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato de Seguro. **DENTEGRA** comunicará al Contratante la rescisión del Contrato de Seguro dentro de los 30 (treinta) días siguientes a que **DENTEGRA** conozca la omisión o inexacta declaración.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de **DENTEGRA** a causa de alguna omisión, inexacta declaración, reticencia o negligencia en el aviso por parte del reclamante o del Contratante al celebrar el Contrato de Seguro, deberá ser reintegrado inmediatamente a **DENTEGRA** por el Contratante o el Asegurado Titular.

12. Moneda

Los pagos correspondientes a la Prima, al Reembolso o a cualquier otra prestación relacionada con la Póliza de Seguro, ya sea por parte del Contratante, del Asegurado o de **DENTEGRA**, se liquidarán en Moneda Nacional.

En caso de que el Asegurado haga algún pago en moneda extranjera por Tratamientos o Procedimientos dentales que se encuentren cubiertos bajo este Contrato de Seguro, **DENTEGRA** hará el Reembolso correspondiente en Moneda Nacional considerando el tipo de cambio emitido por el Banco de México para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana publicado en el Diario Oficial de la Federación, el día en el que el Asegurado realizó el pago respectivo.

13. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de **DENTEGRA** o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de dicha Comisión, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277, último párrafo de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de 2 (dos) años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o en su caso, a partir de la negativa de **DENTEGRA** a satisfacer las pretensiones del Asegurado o el Contratante.

En caso de que alguna de las partes previstas bajo el Contrato de Seguro decida no someterse al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer; a su elección, ante los tribunales competentes ubicados en el domicilio de cualquiera de las delegaciones de la CONDUSEF.

14. Arbitraje Médico

En caso de suscitarse alguna controversia relacionada con la determinación de si un Padecimiento Preexistente es o no susceptible de estar cubierto bajo el Contrato de Seguro, el Asegurado podrá iniciar un Procedimiento arbitral y solicitar se nombre a un árbitro independiente para resolver la controversia. Dicho nombramiento deberá recaer en alguna persona designada por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, para garantizar la independencia del mismo. Una vez desahogado el Procedimiento arbitral, el laudo emitido que ponga fin a dicha controversia será considerado como obligatorio y vinculará a las partes. Este Procedimiento será gratuito para el Asegurado y en caso de existir algún costo, éste deberá ser liquidado por **DENTEGRA**.

15. Terminación del Contrato

La vigencia de la Póliza de Seguro dejará de surtir sus efectos a la fecha de terminación indicada en la Carátula de la Póliza o antes, si se presenta cualquiera de las siguientes causales:

El Contratante le entregue a **DENTEGRA** una solicitud por escrito de cancelación de la Póliza de Seguro, en cuyo caso **(i)** si ocurrió o existe a la fecha de terminación algún siniestro relacionado con algún servicio dental cubierto en los términos de la Póliza de Seguro, **DENTEGRA** no tendrá la obligación de devolver al Contratante ninguna Prima, y **(ii)** si no ocurrió y no existe a la fecha de terminación algún siniestro relacionado con algún servicio dental cubierto en los términos de la Póliza de Seguro, la prima a devolver por **DENTEGRA** será el monto que resulte de aplicar a la prima neta el porcentaje correspondiente al mes de cancelación de la Tabla de Devolución de Prima por Cancelación, lo cual realizará dentro de los 5 (CINCO) días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud de cancelación.

Mes de transcurso de la póliza	Porcentaje de Prima a devolver en el mes
Hasta 1 mes	67%
Hasta 2 mes	61%
Hasta 3 mes	54%
Hasta 4 mes	48%
Hasta 5 mes	42%
Hasta 6 mes	36%
Hasta 7 mes	29%
Hasta 8 mes	23%
Hasta 9 mes	17%
Hasta 10 mes	12%
Hasta 11 mes	6%

Por la terminación del Período de Gracia para el pago de la Prima sin que este se haya efectuado, previsto en el **Capítulo VII PRIMA, numeral VII.3 Período de Gracia**, de las Condiciones Generales, salvo que sea rehabilitada en términos del numeral **VII.4 Rehabilitación** de dicho capítulo.

16. Prescripción

Todas las acciones que se deriven del Contrato de Seguro prescribirán en 2 (dos) años contados a partir de la fecha en que suceda el hecho o acontecimiento que le dio origen, salvo los casos de excepción previstos en el Artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Dicho plazo sólo se suspenderá en el caso de que se presente la reclamación correspondiente ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de **DENTEGRA**, de conformidad con lo previsto en el Artículo 50 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Asimismo, la prescripción se interrumpirá:

- (i) Por el nombramiento de los peritos que con motivo de la realización del Siniestro, sean necesarios para demostrar las características y causas del mismo;
- (ii) En caso de reclamaciones en contra de **DENTEGRA**, por la iniciación del Procedimiento conciliatorio establecido en el Artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros; y
- (iii) Por las causas ordinarias.

17. Otros Seguros

En caso de reclamación, si los Beneficios Cubiertos otorgados en la Póliza de Seguro, estuviesen amparados en todo o en parte por otros Contratos de Seguro, sean de **DENTEGRA** o de otras Compañías de Seguros, las reclamaciones pagaderas en total por todas las Pólizas de Seguro no excederán a los gastos reales incurridos. En caso de que otra Compañía Aseguradora ya haya cubierto de manera parcial los gastos derivados del Contrato de Seguro contratado con ella, el Asegurado deberá informarlo a **DENTEGRA** y en su oportunidad, presentar los comprobantes, así como el finiquito elaborado por la otra Compañía Aseguradora.

Al momento de la celebración de la Póliza de Seguro con **DENTEGRA**, o en caso de que celebre un Contrato de Seguro diferente al presente con posterioridad a la contratación de la Póliza de Seguro, el Asegurado Titular deberá informar dicha circunstancia a **DENTEGRA**, siempre que en ellas se cubran, en todo o en parte, los mismos riesgos asegurados que en la presente Póliza de Seguro.



18. Residencia de los Asegurados

Para los efectos del Contrato de Seguro, solamente estarán protegidos los Asegurados que residan permanentemente en la República Mexicana. El Asegurado Titular tiene la obligación de notificar a **DENTEGRA** el lugar de residencia de cada uno de sus Dependientes Económicos, cuando no vivan con él.

19. Responsabilidad de DENTEGRA

El límite de responsabilidad a cargo de **DENTEGRA** ante el Contratante, el Asegurado Titular y sus Dependientes Económicos, se constriñe al pago de las cantidades estipuladas en el **Capítulo VIII. PAGO DE RECLAMACIONES** de las Condiciones Generales.

20. Interés moratorio

En caso de que **DENTEGRA**, no obstante haber recibido de manera completa los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada por el Asegurado, no cumpla con la obligación de resarcir o pagar la indemnización procedente, dentro de un plazo de 30 (treinta) días naturales, **DENTEGRA** pagará al Asegurado un interés por mora de conformidad con lo dispuesto por el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el cual comenzará a computarse a partir del día siguiente en que venza el plazo antes mencionado y hasta el día inmediato anterior al pago de la indemnización.

21. Derechos de los Asegurados

DENTEGRA se obliga a través de sus Dentistas de la Red **DENTEGRA**, a procurar y observar en todo momento que se respeten los siguientes derechos a los Asegurados:

- **Acceso:** Los Asegurados tendrán la misma oportunidad de acceso expedito a los servicios.
- **Respeto y dignidad:** El trato al Asegurado deberá proporcionarse en todo momento en forma respetuosa.
- **Privacidad y confidencialidad:** Los servicios proporcionados deberán cuidar siempre un profundo respeto a la privacidad. Asimismo, la información deberá preservar la confidencialidad.
- **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.
- **Identidad:** El Asegurado tendrá derecho a conocer la identidad y grado de preparación de los servidores de la salud que lo atienden, y la persona responsable del equipo.
- **Información:** El Asegurado tendrá derecho a ser informado sobre su padecimiento, los métodos, diagnósticos y sus riesgos, Beneficios y alternativas, lo mismo que respecto a las medidas terapéuticas ocasionen y sobre el pronóstico de su padecimiento.
- **Comunicación:** El Asegurado tendrá derecho a mantenerse en todo momento en comunicación con su familia y a ser informado en forma comprensible para él.
- **Consentimiento:** El Asegurado no deberá ser sometido a ningún Tratamiento o Procedimiento, diagnóstico o terapéutico, sin ser informado precisamente de sus riesgos, beneficios y alternativas.
- **Consultas:** El Asegurado tendrá derecho a solicitar otras opiniones sobre su padecimiento, conforme a lo estipulado en el Contrato de Seguro.

- **Negativa al Tratamiento:** El Asegurado tendrá derecho a no aceptar las propuestas terapéuticas.
- **Selección del dentista e instalaciones para su atención:** El Asegurado tiene derecho de seleccionar el dentista e instalaciones para su atención y cambiar cuando lo considere pertinente conforme a lo estipulado en el Contrato de Seguro.

22. Agravación del Riesgo

Las obligaciones de la compañía cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en el Artículo 52 y 53 fracción I de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

“El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.” (Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga.

II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.” (Artículo 53 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

“En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas” (Artículo 60 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).



Las obligaciones de **DENTEGRA** quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro. (Artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que **DENTEGRA** tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

DENTEGRA consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

VI. PRIMA

I. Primas

El monto de la Prima que deberá pagar el Contratante a **DENTEGRA** por la Póliza de Seguro, será la suma de las Primas correspondientes a cada uno de los Asegurados. La Prima vence al momento de la celebración del Contrato de Seguro. El monto de la Prima se determinará de conformidad con las tarifas que se encuentren vigentes a la fecha de celebración del Contrato de Seguro.

Se conviene que el pago de la prima se realizará vía descuento por nómina por parte del retenedor previa autorización del contratante o cualquier otro medio establecido por **DENTEGRA**.

En caso de que el contratante se encuentre sin goce de sueldo o termine su relación laboral con el retenedor, deberá pagar directamente a la Aseguradora el monto de la prima correspondiente. Este puede ser mediante Transferencia Electrónica de Fondos o depósito en cuenta bancaria, en caso de realizarse el pago por esta vía es de señalarse, de manera enunciativa más no limitativa que, el estado de cuenta, recibo, folio o número de confirmación de la transacción, en donde aparezca dicho cargo y la fecha de pago, hará prueba plena del pago, hasta en tanto la institución entregue el comprobante de pago correspondiente.

Si el Contratante omite dicha obligación, el Contrato de Seguro cesará sus efectos una vez transcurrido el **VII.3 Período de Gracia** descrito en el presente Capítulo.

2. Forma de pago

La Prima se calculará en forma anual, mediante un solo pago. No obstante lo anterior, el Contratante podrá convenir con **DENTEGRA** el pago fraccionado de la Prima, siempre y cuando se realice por periodos de igual duración no inferiores a un mes, que vencerán y deberán ser pagados al inicio de cada periodo que comprenda.

En caso de que el Contratante opte por pagar de manera fraccionada la Prima, **DENTEGRA** podrá aplicar un recargo por este concepto.

3. Período de Gracia

Plazo que **DENTEGRA** otorga al Contratante para cubrir el monto de la Prima, dentro del cual se brinda protección por el presente Contrato de Seguro, aun cuando no se hubiere pagado la Prima correspondiente dentro de este plazo. El periodo de Gracia se especificará en el Endoso correspondiente.

Transcurrido dicho periodo pactado por las Partes, y no habiendo sido pagada la Prima o la Fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del Contrato de Seguro cesarán automáticamente, a las 12 (doce) horas del último día de ese plazo, En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

4. Rehabilitación

La Póliza de Seguro podrá ser rehabilitada en los términos contratados inicialmente, no obstante lo estipulado en las Secciones del presente Capítulo, denominadas **VII.1 Primas y VII.3 Período de Gracia** respectivamente, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes al último día del Período de Gracia, pagando la Prima anual fijada en el Contrato de Seguro, en el entendido, sin embargo de que, dicho pago deberá cubrir la totalidad la(s) Prima(s) vencida(s) y el Contratante deberá notificar sobre el pago realizado.

En caso de rehabilitación de la Póliza de Seguro, el Contratante conservará la antigüedad generada por cada Asegurado, considerando que la Póliza de Seguro tuvo una vigencia ininterrumpida.

VII. PAGO DE RECLAMACIONES

I. Sistemas de Pago de Reclamaciones

DENTEGRA podrá cubrir los gastos derivados de las reclamaciones en cualquiera de las formas establecidas a continuación:

a. Pago Directo a Dentistas de la Red **DENTEGRA**.

Será procedente siempre que el Asegurado Titular, y sus Dependientes Económicos reciban la Atención Dental cubierta bajo la Póliza de Seguro a través de un Dentista de la Red **DENTEGRA**.

Para la prestación de los Tratamientos o Procedimientos dentales, requeridos por el Asegurado, **DENTEGRA** tiene celebrados contratos de prestación de Tratamientos o Procedimientos dentales con la Red **DENTEGRA** en las principales ciudades del país.

Al momento de entregar la Póliza de Seguro al Contratante, **DENTEGRA** proporcionará una copia electrónica del directorio de Dentistas de la Red **DENTEGRA**, con los nombres, direcciones, teléfonos y especialidades de cada uno de ellos o informar al cliente que podrá consultar la lista de Dentistas afiliados en la página web **dentegra.com.mx** o llamando al Centro de Contacto de **DENTEGRA**; las actualizaciones del mismo podrán ser consultadas en la página web **dentegra.com.mx**.

Para Atención de Tratamientos o Procedimientos dentales:

I. Elige a un Dentista de nuestra Red. **O, si requieres de una consulta de Urgencias o eres paciente de primera vez, llama al centro de contacto y coordinamos tu primera atención.**

Para tu primera Consulta deberás seleccionar a un Dentista General quien, en caso de ser necesario, te remitirá con un especialista. Los menores de 14 (catorce) años podrán acudir con un Odontopediatra.

En caso de que requieras atención de un especialista (Cirujano Maxilofacial, Endodoncista), te recomendamos que te comuniques a nuestro Centro de Contacto.

Puedes consultar nuestra lista de Dentistas afiliados en nuestra página web: **dentegra.com.mx** o llamando al Centro de Contacto de **DENTEGRA**.

Para la coordinación de tu cita, ten a la mano la siguiente información referente al Asegurado afectado:

- Nombre completo
- Fecha de nacimiento
- Número de Póliza
- Certificado
- Parentesco
- Correo electrónico y/o número de teléfono de contacto

2. Coordina tu cita con al menos 48 (cuarenta y ocho) horas de anticipación e indica tres opciones de horario. **DENTEGRA** te asignará una cita con un Dentista de la Red **DENTEGRA** y te confirmará la atención en un lapso no mayor a 2 (dos) días hábiles.

3. Acude puntualmente a tu cita con tu credencial de Seguro y una identificación oficial.

4. Antes de iniciar un Tratamiento, pregunta a tu Dentista si está cubierto por tu Plan.

5. Es recomendable que solicites una predeterminación de costos* a **DENTEGRA** en los siguientes casos:

- Para asegurarte de que el Procedimiento tenga cobertura
- Para saber si el Tratamiento rebasa tu Límite Anual contratado
- Para poder planear tu pago por anticipado

*La predeterminación de costos es el procedimiento mediante el cual **DENTEGRA** te autoriza la realización de algunos Tratamientos, especificando los honorarios que deberás pagar.

La respuesta a tu solicitud le será enviada a tu Dentista en un lapso de 3 (tres) días hábiles. Es importante saber que en caso de requerir siete o más Procedimientos, el Dentista siempre solicitará una predeterminación de costos.

6. Paga al Dentista el Copago correspondiente (se calcula aplicando el porcentaje indicado al Honorario Máximo del Dentista). Te sugerimos preguntar al Dentista cómo contactarlo en caso de Urgencias.

7. Para cualquier complicación derivada de un tratamiento o procedimiento Dental deberás acudir al mismo Dentista con el que te realizaste dicho tratamiento o procedimiento.

b. Reembolso

En caso de que **DENTEGRA** no cuente con Dentistas de la Red **DENTEGRA** en la población donde el Asegurado resida o trabaje, éste o el Contratante deberán notificar oportunamente a **DENTEGRA**, y **DENTEGRA** se obliga a realizar su mejor esfuerzo para incorporar a la Red **DENTEGRA**, en un plazo no mayor a 30 (treinta) días hábiles, a Dentistas ubicados:

- (i) en cualesquiera de dichas poblaciones,
- (ii) en una población que se encuentre a una distancia máxima de 70 (setenta) kilómetros del lugar de residencia o de trabajo del Asegurado, o
- (iii) en una población que se encuentre a 45 (cuarenta y cinco) minutos de traslado por carretera del lugar de residencia o de trabajo del Asegurado, siempre que en dicha población se cuente con la infraestructura necesaria para tales efectos y los Dentistas acepten trabajar en pago directo con la aseguradora.

No obstante lo anterior, el Asegurado deberá utilizar en todo momento a los Dentistas de la Red **DENTEGRA** en los términos que establece la Póliza de Seguro.

En caso de que el Asegurado cuente con un Plan con acceso a Red Cerrada, el Asegurado Titular únicamente podrá solicitar el Reembolso a **DENTEGRA**, en aquellos casos de Urgencia en los que los Dentistas de la Red **DENTEGRA** se encuentren imposibilitados para brindarle los servicios previstos bajo la Póliza de Seguro, y siempre y cuando se acredite (i) saturación, (ii) falta de disponibilidad del servicio, o (iii) Error de Diagnóstico. En caso de que acontezca una Urgencia bajo cualquiera de los supuestos antes mencionados, **DENTEGRA** únicamente reembolsará aquellos Tratamientos o Procedimientos que se consideren necesarios y directamente relacionados con el tratamiento de la Urgencia y sujetos al nivel de honorario contratado, en el entendido de que **DENTEGRA** no reembolsará ningún Procedimiento o Tratamiento que no se considere necesario y directamente relacionado con la Urgencia, los cuales deberán hacerse por los Dentistas de la Red **DENTEGRA** en los términos de la Póliza de Seguro.

En caso de Urgencia Dental, y solamente cuando **DENTEGRA** no cuente con un Dentista de la Red **DENTEGRA** disponible en el lugar de residencia o de trabajo, o en una población a un máximo de setenta kilómetros de los lugares antes mencionados, o en una población a cuarenta y cinco minutos de traslado por carretera del lugar de residencia o de trabajo, podrás acudir con un Dentista fuera de la Red **DENTEGRA** para obtener Servicios de Urgencia, y **DENTEGRA** únicamente reembolsará aquellos Tratamientos que se consideren necesarios y directamente relacionados con la Urgencia.

De igual forma en caso de saturación o error de diagnóstico, podrás acudir con un Dentista fuera de la Red **DENTEGRA** para obtener Servicios de Urgencia, y **DENTEGRA** únicamente reembolsará aquellos Tratamientos que se consideren necesarios y directamente relacionados con la Urgencia.

En caso de que la reclamación proceda a través del sistema de Reembolso, el Asegurado Titular deberá comprobar fehacientemente a **DENTEGRA** la prestación del Tratamiento o

Procedimiento. El Asegurado deberá presentar su reclamación por escrito, acompañada de las siguientes formas y documentos debidamente llenados en los términos indicados en los mismos:

1. Acude con el Dentista de tu confianza y lleva el Formato de Reembolso, así como el instructivo de dicho trámite (el cual puedes descargar de nuestra página web: **dentegra.com.mx**). Pide tus facturas a nombre del titular de la Póliza.
2. Una vez que hayas concluido el Tratamiento Dental solicita apoyo a tu Dentista para llenar el Formato de Reembolso, el cual deberá incluir las firmas del Médico y del Asegurado Titular. Es importante que sepas que deberás pagar el 100% (cien por ciento) de los honorarios del Dentista.
3. Envía de forma física a nuestras oficinas, o al correo electrónico **siniestros@dentegramx.com**, con los siguientes documentos requeridos:

- (i) Formato Solicitud de Reembolso (disponible en nuestra página web: **dentegra.com.mx**)
- (ii) Copia de identificación oficial vigente con fotografía del asegurado titular.
- (iii) Copia de comprobante de domicilio que sea consistente con la dirección indicada en la Solicitud de reembolso. No mayor a 90 (noventa) días de antigüedad.
- (iv) Radiografías y/o fotografías antes y después del Tratamiento o Procedimiento Dental.
- (v) Comprobante Fiscal Digital (CFDI) a nombre del Titular de la Póliza el cual se integra de dos archivos: el XML y el PDF, ambos son necesarios para el trámite del Reembolso.
- (vi) Podrás seleccionar la opción para que se pueda efectuar el pago del reembolso entre: Transferencia electrónica de fondos (TEF), Orden de pago o cheque.
 - En caso de elegir Transferencia electrónica de fondos (TEF), es necesario agregar copia del estado de cuenta donde se muestre la CLABE interbancaria.
 - En caso de seleccionar la opción de orden de pago, este será enviado a una sucursal Banamex dentro de la región en la que se encuentre la dirección registrada en la solicitud de reembolso.
 - Si fuese de tu preferencia que el reembolso sea pagado a través de cheque, estará a nombre del Asegurado titular o reclamante y será enviado directamente al Asegurado.
- (vii) En caso de Implantes, copia de la Carta de Consentimiento Informado firmada por el asegurado.

Es necesario agregar una carta explicativa indicando el motivo por el cual no acudió a odontólogos de la red y la autorización quedará sujeta al resultado del análisis conforme a las evidencias indicadas y al plan contratado.

La documentación deberá ser enviada dentro de los siguientes 30 (treinta) días posteriores a la finalización de los Tratamientos o Procedimientos dentales.

Conserva una copia de los documentos como respaldo de tu Reembolso. Para más información del proceso de Reembolso consulta nuestra página web: **dentegra.com.mx**

Para evitar retrasos en los pagos es importante que solicites a tu Dentista las radiografías o

fotografías que justifiquen el diagnóstico para cada uno de los Tratamientos o Procedimientos dentales realizados, excepto en Consulta y Profilaxis (limpieza).

4. El trámite se procesará en 5 (cinco) días hábiles a partir de la recepción de la documentación completa en **DENTEGRA**.

5. Se realizará el Reembolso de los gastos por Tratamientos o Procedimientos dentales Cubiertos en tu Plan hasta el Honorario Máximo (cantidad máxima que **DENTEGRA** pagará por concepto de honorarios por cada Tratamiento o Procedimiento Dental realizado de acuerdo con el Plan Contratado), y se le descontará el Copago correspondiente (se calcula aplicando el porcentaje indicado al Honorario Máximo por cada Procedimiento Cubierto). La diferencia entre el Honorario privado del Dentista y el Honorario Máximo estará a tu cargo.

Para consultar los montos de los Honorarios Máximos puedes llamar nuestro Centro de Contacto de la Ciudad de México y Área Metropolitana al 5002 3102 y Larga Distancia sin costo al 01 (55) 5002 3102 o al 01 800 347 1111.

c. Pago de Gastos Efectuados en el Extranjero

En caso de reclamar gastos dentales por urgencia efectuados en el extranjero, el Asegurado deberá entregar a **DENTEGRA**, la siguiente documentación para tramitar su Reembolso:

- (i) Un reporte del tratamiento dental elaborado por el Dentista tratante, debiendo describir de manera detallada todos y cada uno de los Tratamientos o Procedimientos dentales realizados; y
- (ii) Un recibo de sus honorarios donde se desglose el costo de cada uno de los Tratamientos o Procedimientos dentales realizados.

En caso de que la documentación no cumpla con los requisitos antes mencionados, **DENTEGRA** no estará obligada a cubrir dichos gastos al Asegurado, hasta no recibir la documentación en forma completa y correcta.

Los gastos efectuados en el extranjero serán cubiertos hasta los Honorarios Máximos establecidos por cada procedimiento o tratamiento dental cubierto.

2. Requisitos para el Pago de Honorarios de Dentistas.

DENTEGRA únicamente pagará los honorarios de Dentistas titulados y debidamente autorizados para el ejercicio de su profesión. **DENTEGRA** no cubrirá los honorarios de Dentistas que sean familiares, ascendientes o descendientes del Asegurado sin limitación de grado y hasta el cuarto grado colateral, del Asegurado.

3. Cuantía de la Indemnización.

Las cantidades que **DENTEGRA** pagará al Asegurado, se determinarán de la siguiente manera:

- (i) Se sumarán todos los gastos de los Tratamientos o Procedimientos ajustándolos a los límites establecidos en la Póliza de Seguro, Certificado Individual y/o Endosos.

- (ii) A la cantidad resultante se le descontará el Copago en caso de que el Plan Dental así lo incluya (si es que no ha sido descontado previamente, en el caso del plan dental por algún Dentista de la Red **DENTEGRA**), de acuerdo al monto y el porcentaje establecidos en la Carátula de la Póliza, y/o Guía del Asegurado, **DENTEGRA** cubrirá la diferencia hasta agotar el Límite Anual y/o el Sublímite Anual que se especifique en el Endoso correspondiente.
- (iii) El pago que **DENTEGRA** realice al Asegurado, por haberse atendido con algún Dentista fuera de la Red **DENTEGRA**, no podrá exceder de los Honorarios Máximos autorizados por **DENTEGRA**.
- (iv) El Límite Anual y el Sublímite Anual contratados durante la vigencia de la Póliza de Seguro corresponderá al especificado en la Carátula de la Póliza, y/o Guía del Asegurado.

4. Participación del Asegurado en una Reclamación

En caso de reclamación derivada de la prestación de los Tratamientos o Procedimientos dentales, el Asegurado pagará directamente el Copago, cuyo monto y porcentajes se especifican en la Carátula de la Póliza y/o en la Guía del Asegurado, conforme a los términos y condiciones establecidos en la Póliza de Seguro.

VIII. MOVIMIENTOS DE ASEGURADOS

1. Altas de Asegurados

No se aceptarán alta de asegurados dependientes una vez iniciada la vigencia de la póliza.

2. Bajas de Asegurados

Causarán baja de la Póliza de Seguro los Dependientes que dejen de cumplir con la definición de Dependientes establecida en las presentes Condiciones Generales.

En caso de baja de la Póliza de Seguros de algún Dependiente, **(i)** si ocurrió o existe a la fecha de baja algún siniestro relacionado con algún servicio dental cubierto en los términos de la Póliza de Seguro, **DENTEGRA** no tendrá la obligación de devolver al Contratante o Asegurado ninguna Prima, y **(ii)** si no ocurrió y no existe a la fecha de baja algún siniestro relacionado con algún servicio dental cubierto en los términos de la Póliza de Seguro, la prima a devolver por **DENTEGRA** será el porcentaje de la Tabla de Devolución de Prima Definida en el Capítulo II.

Para atención al asegurado y acceso a la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones:

Centro de Contacto: D.F. 5002 3102 y Larga Distancia sin costo **01800 347 1111**
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: **segurodental@dentegramx.com;**

Página Web: **www.dentegra.com.mx**

y en Nuestras Oficinas de lunes a viernes de 8:00 a 17:00 horas en Insurgentes Sur 863 piso 5, Colonia Nápoles C.P.03810, México, Ciudad de México.

“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”

Puede tener acceso al contrato de seguro en el RECAS (Registro de contratos de adhesión).

IX. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DENTEGRA pone a disposición del Contratante y de los Asegurados su Aviso de Privacidad en los términos de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, mismo que podrá ser consultado en la página de web: dentegra.com.mx en el apartado de “Políticas de Privacidad”. Asimismo, **DENTEGRA** hace de su conocimiento que cuenta con políticas y mecanismos de seguridad para asegurar la Protección de los Datos Personales y Sensibles.

X. TRANSCRIPCIÓN DE ARTÍCULOS REFERIDOS EN LAS CONDICIONES GENERALES

DENTEGRA pone a disposición del Contratante y de los Asegurados los artículos referidos en las Condiciones Generales, mismos que podrá ser consultado en la página de web de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas: cnsf.gob.mx.

X.1. Ley Sobre el Contrato de Seguro

ARTÍCULO 8

El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

ARTÍCULO 82

El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento

de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

X.2. Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

ARTÍCULO 276

Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior; el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- a) Los intereses moratorios;
- b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y

Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

ARTÍCULO 277, último párrafo

En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate. En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.

Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el



que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo. Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables. La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

XI.3. Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros

ARTÍCULO 50-BIS

Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente:

- I.** El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;
- II.** Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;
- III.** Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;
- IV.** Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y
- V.** El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar.

Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional.

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

ARTÍCULO 68

La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:

I. El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.

I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación.

La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.

II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;

III. En el informe señalado en la fracción anterior; la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar; La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;

IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes.

La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.

V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.

VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso,

diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;

Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.

VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho.

Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional.

En caso que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.

En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a ésta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.

La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del



dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes;

La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.

Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.

VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;

IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y

X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa.

Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión.

En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada.

En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley.

El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.

XI. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.

ARTÍCULO 68 Bis

Cuando las partes no se sometan al arbitraje, y siempre que del expediente se desprendan elementos que a juicio de la Comisión Nacional permitan suponer la procedencia de lo reclamado, ésta podrá emitir, previa solicitud por escrito del Usuario, un acuerdo de trámite que contenga un dictamen.

Cuando este dictamen consigne una obligación contractual incumplida, cierta, exigible y líquida, a juicio de la Comisión Nacional, se considerará título ejecutivo no negociable, en favor del Usuario.

La Institución Financiera podrá controvertir el monto del título, presentar las pruebas y oponer las excepciones que estime convenientes ante la autoridad judicial competente. La acción ejecutiva derivada del dictamen prescribirá a un año de su emisión.

Para la elaboración del dictamen, la Comisión Nacional podrá allegarse todos los elementos que juzgue necesarios.

El dictamen a que se refiere el presente artículo sólo podrá emitirse en asuntos de cuantías inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión. El dictamen sólo podrá tener el carácter de título ejecutivo, en los términos de este artículo, en asuntos por cuantías inferiores al equivalente en moneda nacional a cincuenta mil unidades de inversión, salvo que se trate de instituciones de seguros, sociedades mutualistas de seguros y administradoras de fondos para el retiro, en los cuales el monto deberá ser inferior a cien mil unidades de inversión. En ambos supuestos se considerará la suerte principal y sus accesorios.



“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 11 de julio de 2018, con el número CNSF-H0714-0026-2018/ CONDUSEF-003383-01”.



Para atención al Asegurado y acceso a la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones

Centro de Contacto

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 y Área Metropolitana: **5002 3102**

Interior de la República sin costo de larga distancia: **01(55) 5002 3102 o 01800 347 1111**

Asesoría las 24 horas en caso de Urgencias

Correo electrónico: **segurodental@dentegramx.com**

Página web: **dentegra.com.mx**

En nuestras oficinas de lunes a viernes de 8:00 a 17:00 horas
en Insurgentes Sur 863 piso 5, Colonia Nápoles, C.P.03810, Ciudad de México.

El Asegurado podrá obtener en cualquier momento el Aviso de Privacidad de Dentegra Seguros Dentales, S.A., según el mismo sea modificado de tiempo en tiempo en nuestra página de internet.



Descarga sin costo la **aplicación móvil Dentegra®**



dentegra.com.mx

Insurgentes Sur 863 piso 5, Col. Nápoles, C.P.03810, Ciudad de México.

Ciudad de México y Área Metropolitana **5002 3102**

Interior de la República sin costo de larga distancia **(55) 5002 3102 / 01800 347 1111**