



Condiciones Generales



CONDICIONES GENERALES SEGUROS DE GASTOS MÉDICOS
DENTAL COLECTIVO

CONDICIONES GENERALES SEGUROS DE GASTOS MÉDICOS **DENTAL COLECTIVO**

ÍNDICE

I. OBJETO	1
II. DEFINICIONES	2
III. BENEFICIOS CUBIERTOS Y ALCANCES Y LIMITACIONES POR TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO DENTAL	
1. Descripción y Alcance de los Beneficios	10
2. Limitaciones a los Beneficios	10
IV. EXCLUSIONES GENERALES	27
V. CLÁUSULAS GENERALES	30
1. Contrato	30
2. Vigencia	30
3. Edad Mínima y Máxima	30
4. Padecimientos Preexistentes	30
5. Período de Beneficio	31
6. Rectificación de la Póliza de Seguro	31
7. Revelación de Comisiones	32
8. Renovación de la Póliza de Seguro	32
9. Modificaciones a la Documentación Contractual	32
10. Notificaciones	33
11. Omisiones o Inexactas Declaraciones	33
12. Moneda	34
13. Competencia	34
14. Arbitraje Médico	34
15. Terminación del Contrato	34
16. Prescripción	35
17. Otros Seguros	35
18. Residencia de los asegurados	36
19. Responsabilidad de Dentegra	36
20. Interés Moratorio	36
21. Derechos de los Asegurados	36
22. Registro de Asegurados	38
23. Agravación del Riesgo	38

ÍNDICE

VI.	PRIMA	40
	1. Primas y formas de pago.	40
	2. Forma de Pago	41
	3. Período de Gracia	41
	4. Rehabilitación	41
VII.	PAGO DE RECLAMACIONES	42
	1. Sistemas de Pago de Reclamaciones	42
	2. Requisitos para el Pago de Honorarios de Dentistas	47
	3. Cuantía de la Indemnización	47
	4. Participación del Asegurado en una Reclamación	48
VIII.	MOVIMIENTOS DE ASEGURADOS	48
	1. Altas de Asegurados	48
	2. Bajas de Asegurados	49
	3. Ajuste de prima	49
	4. Privilegio de Conversión para la Cobertura dental	50
IX.	PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES	50
X.	TRANSCRIPCIÓN DE ARTÍCULOS REFERIDOS EN LAS CONDICIONES GENERALES	50
	1. Ley Sobre el Contrato de Seguro	51
	2. Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas	52
	3. Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros	57
	4. Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades	61



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 Seguro Colectivo y en relación con el Plan contratado, cuyas características de Tratamientos dentales cubiertos, Copagos, deducibles, acceso a Red **DENTEGRA** o Red Abierta, 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

Son aplicables a la Póliza de Seguro Colectivo y a los demás documentos contractuales a que se refiere las presentes Condiciones Generales, los términos que a continuación se describen, mismos que tendrán el significado que se establece, ya sea en singular o plural, de conformidad con lo siguiente:

1. **Abutment:** Pilar o soporte sobre el cual se fija la corona o prótesis.
2. **Accidente dental:** Traumatismo que genera una lesión en los tejidos duros y blandos que conforman la cavidad bucal, que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la voluntad del Asegurado. Todo ello, sin perjuicio de la limitación del riesgo que por esta causa las partes estipulen en el Contrato.
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 el Certificado Individual y/o Credencial del Asegurado y que, cuando así se establezca en el Certificado Individual y/o Guía del Asegurado 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 Certificado Individual y/o Guía del Asegurado.
7. **Carátula de la Póliza:** Documento que contiene la información y los datos correspondientes a: **(i)** El Contratante, **(ii)** La Prima, **(iii)** El Copago o Coaseguro, **(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 signado 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. **Certificado individual:** Documento que forma parte del Contrato de Seguro en el cual se establecen los derechos y obligaciones del Asegurado y en el que se señala: nombre, teléfono y domicilio de **DENTEGRA**; firma del funcionario autorizado de **DENTEGRA**; operación del seguro, número de la Póliza y del Certificado; el nombre del Contratante y del(os) Asegurado(s); nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del(os) Asegurado(s); fecha de vigencia de la Póliza y del Certificado Individual; Límite Anual; Copagos; Deducibles y los riesgos amparados por la Póliza.
11. **Colectividad Asegurada:** Cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del Contrato de Seguro.

12. **Contratante:** Es la persona física o moral representante de los Asegurados para efectos de la Póliza de Seguro y los Endosos, 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.

13. **Copago o Coaseguro:** 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.

14. **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.

15. **Deducible:** Es la cantidad que el Asegurado deberá pagar por concepto de gastos, siempre que reciba alguno de los Servicios considerados como Beneficios Cubiertos bajo Contrato de Seguro, misma que se limita al monto previsto en la Carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual y/o en la Guía de Asegurado.





16. **DENTEGRA:** Dentegra Seguros Dentales, S.A.

17. **Dentistas de la Red DENTEGRA:** Profesionales de la salud 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, dichos cambios se informarán dentro de la página web **www.dentegra.com.mx** dentro de los 15 días hábiles. 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.

18. **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 Individual y/o Credencial del Asegurado respectiva. Para los 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 ingresar a la Colectividad Asegurada.
- II. Los descendientes del Asegurado Titular; solteros, que dependan económicamente de él y menores de 25 (veinticinco) años, salvo que se pacte una edad mayor y quede especificada mediante el Endoso correspondiente.

III. Los ascendientes en primer grado del Asegurado Titular:

IV. Otros dependientes, a continuación se enlistan de manera de manera enunciativa más no limitativa a los nietos, sobrinos, primos, tíos, etc.

19. **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.
20. **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.
21. **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.
22. **Elegibilidad:** Es el derecho que adquiere el Asegurado al reunir todos los requisitos necesarios para recibir los Beneficios Cubiertos en el Contrato de Seguro, los cuales serán pactados entre **DENTEGRA** y el Contratante.
23. **Endoso:** Documento que modifica la Póliza de Seguro, previo acuerdo entre las partes, registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
24. **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.



25. **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**.
26. **Especialista:** Dentista que cuenta con estudios acreditados para las especialidades de Cirugía Maxilofacial, Endodoncia, Periodoncia o Implantología.
27. **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.
28. **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 DENTAL** de estas Condiciones Generales conforme a los beneficios y coberturas contratadas.
29. **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.
30. **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.
31. **Límite Anual:** Es la cantidad máxima que **DENTEGRA** pagará por concepto de Beneficios Cubiertos en cada año de Vigencia de la Póliza de Seguro a cada uno de los Asegurados, de conformidad con el Plan contratado.
32. **Padecimientos 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. **(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.

33. **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 cubierto por la Póliza de Seguro.



34. **Plan de Tratamiento:** Serie de Tratamientos 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 cubiertos, especificando los honorarios y Copagos que deberán pagar los Asegurados.
37. **Prima neta no devengada:** Es el monto de Prima que corresponde proporcionalmente al periodo de riesgo no transcurrido.
38. **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).
39. **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 rechinar de dientes o bruxismo.
40. **Red abierta:** Modalidad del Contrato de Seguro en el que el Asegurado tiene la opción de acudir con el Dentista de su preferencia, lo cual se establecerá claramente en la Carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual y/o en la Guía del Asegurado respectivos, sin importar si es un Dentista de la Red **DENTEGRA** o no; en el entendido de que, si el Asegurado acude con un Dentista no afiliado a la Red **DENTEGRA**, el pago que se efectúe por la reclamación, se hará de acuerdo al honorario máximo contratado y a través del sistema de Reembolso.
41. **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 el Certificado Individual y/o en la Guía del Asegurado respectivos.
42. **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.



43. **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.
44. **Serie radiográfica:** Para efectos de la presente Póliza, la Serie Radiográfica a partir de los 13 (trece) años consta de 14 (catorce) radiografías periapicales y hasta 4 (cuatro) Radiografías de Aleta de Mordida. En menores de 13 (trece) años consta de 2 (dos) Radiografías Periapicales y 2 (dos) Radiografías de Aleta de Mordida. Dicha serie deberá mostrar las coronas y raíces de todos los dientes y hueso alrededor de los mismos.
45. **Siniestro:** Es la ocurrencia de una eventualidad amparada en los términos, condiciones y cláusulas pactadas en el presente Contrato de Seguro.
46. **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.
47. **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.



48. **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.
49. **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.
50. **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.
51. **Unidad de Medida y Actualización Mensual (UMAM):** A es la referencia económica en pesos para determinar la cuantía mensual del pago de las obligaciones a cargo de Dentegra que así se determinen en estas condiciones generales.
52. **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.

III. BENEFICIOS, ALCANCES Y LIMITACIONES POR TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO DENTAL

III.1. Descripción y Alcance de los Beneficios

DENTEGRA cubrirá de manera directa únicamente los tratamientos que a continuación se especifican, cualquier otro tratamiento no indicado en este apartado no quedará cubierto, de igual forma no se cubrirán materiales que no sean considerados como necesarios y/o acostumbrados de acuerdo con los estándares generalmente aceptados de la Práctica Dental.

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.1.1. Tratamientos o Procedimientos de Urgencias Dentales

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

Descripción del Tratamiento o Procedimiento 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 Tratamiento o Procedimiento 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)	
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

III.1.2.Tratamientos o Procedimientos de Servicios Básicos (Diagnóstico y 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 Tratamiento o Procedimiento Dental	Alcance del Beneficio
Consulta por Urgencia Dental. Horario Normal o Fuera del Horario Normal	Solo por Urgencias
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, según el Plan contratado
Intraoral -- Serie Radiográfica de Diagnóstico completa incluyendo aleta de mordida	1 (Una) cada 5 (cinco) años, según el Plan contratado
Intraoral – periapical de Diagnóstico	Hasta 4 (cuatro) en 12 (doce) meses, según el Plan contratado.
Intraoral – placa oclusal de Diagnóstico	1 (Una) cada 12 (doce) meses, según el Plan contratado
Intraoral - aleta de mordida de Diagnóstico	Hasta 4 (cuatro) en 12 (doce) meses, según el Plan contratado
Placa panorámica de Diagnóstico	1 (Una) cada 5 (cinco) años
Profilaxis (limpieza) en adulto	Hasta 2 (dos) en 12 (doce) meses, según el Plan contratado

Descripción del Tratamiento o Procedimiento Dental	Alcance del Beneficio
Profilaxis (limpieza) en niño menores de 14 (catorce) años de edad	Hasta 2 (dos) en 12 (doce) meses, según el Plan contratado
Aplicación tópica de flúor (no incluye profilaxis) en niños menores de 14 (catorce) años de edad**	Hasta 2 (dos) en 12 (doce) meses, según el Plan contratado
Sellador en niños menores de 14 (catorce) años de edad**	1 (Uno) cada 2 (dos) años – mismo diente; En molares permanentes, según el Plan contratado

**Estos tratamientos son beneficios adicionales si el cliente desea incluirlos.

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 -- 1 (Una) superficie, en dientes primarios o permanentes	Limitación en número de Procedimientos según el Plan contratado
Amalgama -- 2 (Dos) superficies, en dientes primarios o permanentes	Limitación en número de Procedimientos según el Plan contratado
Amalgama -- 3 (tres) superficies, en dientes primarios o permanentes	Limitación en número de Procedimientos según el Plan contratado

Descripción del Tratamiento o Procedimiento Dental	Alcance del Beneficio
Amalgama -- 4 (Cuatro) o más superficies, en dientes primarios o permanentes	Limitación en número de Procedimientos según el Plan contratado
Composite con base de resina -- 1 (Una) superficies -- anterior	Limitación en número de Procedimientos según el Plan contratado
Composite con base de resina -- 2 (Dos) superficies -- anterior	Limitación en número de Procedimientos según el Plan contratado
Composite con base de resina -- 3 (Tres) superficies -- anterior	Limitación en número de Procedimientos según el Plan contratado
Composite con base de resina -- 4 (Cuatro) o más superficies involucrando el ángulo incisal -- En diente anterior	Limitación en número de Procedimientos según el Plan contratado
Composite con base de resina -- 1 (Una) superficie -- En diente posterior	Limitación en número de Procedimientos según el Plan contratado
Composite con base de resina -- 2 (Dos) superficies-- En diente posterior	Limitación en número de Procedimientos según el Plan contratado
Restauración con resina fluida en dientes permanentes- hasta 16 (dieciséis) años	Limitación en número de Procedimientos según el Plan contratado

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. Tratamientos o 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	1 (Una) por diente de por vida
Biopsia en tejido oral -- duro (sin costo de laboratorio)	2 (Dos) en 12 (doce) meses cualquier combinación de ellas, conforme al plan contratado.
Biopsia en tejido oral -- blando (sin costo de laboratorio)	2 (Dos) en 12 (doce) meses cualquier combinación de ellas, conforme al plan contratado.
Incisión y drenaje de abscesos -- tejido blando intraoral	Limitación en número de Procedimientos según el Plan contratado
Raspado periodontal y alisado radicular-- cuatro o más dientes por cuadrante	1 (Uno) cada 2 (dos) años - mismo cuadrante (máximo dos cuadrantes), para pacientes mayores de 35 (treinta y cinco) años con problemas periodontales evidentes (con bolsas periodontales de al menos 5mm)
Raspado periodontal y alisado radicular-- uno a tres dientes por cuadrante	1 (Uno) cada 2 (dos) años - mismo cuadrante (máximo dos cuadrantes), para pacientes mayores de 35 (treinta y cinco) años con problemas periodontales evidentes (con bolsas periodontales de al menos 5mm)

III. I.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, primarios (no incluye restauración final)	
Pulpectomía -- Terapia pulpar (relleno absorbible) -- dientes posteriores, primarios (no incluye restauración final)	
Terapia de conducto radicular (endodoncia) en diente anterior (no incluye restauración final)	
Terapia de conducto radicular (endodoncia) en premolar (no incluye restauración final)	
Terapia de conducto radicular (endodoncia) en molar (no incluye restauración final)	
Retratamiento de terapia de conducto radicular (endodoncia) previa – en diente anterior	I (Uno) por diente
Retratamiento de terapia de conducto radicular (endodoncia) previa – premolar	I (Uno) por diente
Retratamiento de terapia de conducto radicular (endodoncia) previa – en molar	I (Uno) por diente
Apexificación/recalcificación (reparación de perforaciones por cierre/calcificación apical, reabsorción de raíz, etc.)-- visita inicial	I (Uno) por diente
Apexificación/recalcificación (reparación de perforaciones por cierre/calcificación apical, reabsorción de raíz, etc.)--reemplazo de medicamento provisional	I (Uno) por diente
Apexificación/recalcificación (reparación de perforaciones por cierre/calcificación apical, reabsorción de raíz, etc.)-- visita final que incluye terapia de canal radicular (endodoncia) completa	I (Uno) por diente
Cirugía de Apicectomía/perirradicular -- diente anterior	
Cirugía de Apicectomía/perirradicular -- en Premolar (primera raíz)	
Cirugía de Apicectomía/perirradicular -- En molar (primera raíz)	

Descripción del Tratamiento o Procedimiento Dental	Alcance del Beneficio
Cirugía de Apicectomía/perirradicular -- (cada raíz adicional)	
Obturación retrógrada -- por raíz	I (Una) de por vida - mismo diente
Amputación radicular -- por raíz	
Hemisección (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 Tratamiento o Procedimiento 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	
Remoción de diente impactado -- parcialmente cubierto por hueso	
Remoción de diente impactado -- completamente cubierto por hueso	
Remoción quirúrgica de residuos de raíces de dientes	
Cierre de fístula oroantral	I (Una) por diente
Cierre primario de un seno perforado	I (Uno) por diente
Alveoloplastia en conjunto con extracciones -- uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante	I (Una) de por vida - mismo cuadrante
Alveoloplastia en conjunto con extracción -- 4 (Cuatro) o más dientes o espacios entre dientes por cuadrante	I (Una) de por vida - mismo cuadrante

Descripción del Tratamiento o Procedimiento Dental	Alcance del Beneficio
Alveoloplastía no en conjunto con extracciones -- 4 (Cuatro) o más dientes o espacios entre dientes, por cuadrante	I (Una) de por vida - mismo cuadrante
Alveoloplastía no en conjunto con extracciones -- uno a tres dientes o espacios dentales, 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	I (Una) de por vida - mismo diente
Remoción de torus mandibular	I (Una) de por vida - mismo diente
Reducción quirúrgica de tuberosidad ósea	I (Una) de por vida – misma área
Reducción quirúrgica 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	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 -- 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

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

III.1.7. Tratamientos o Procedimientos de Periodoncia

Procedimientos para el Tratamiento de la Enfermedad de las encías y de las estructuras óseas que soportan los dientes, considerados como necesarios y acostumbrados de acuerdo con los estándares generalmente aceptados en la Práctica Dental. Estos Tratamientos o Procedimientos dentales se cubren a partir de los 14 (catorce) años e incluyen los Procedimientos quirúrgicos, así como los cuidados usuales post operatorios.

Los Beneficios de este módulo se cubren únicamente cuando se apliquen sobre dientes naturales.

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

Descripción del Tratamiento o Procedimiento Dental	Alcance del Beneficio
Gingivectomía o gingivoplastia -- 4 (Cuatro) o más dientes contiguos o espacios entre dientes por cuadrante	I (Una) cada 5 (cinco) años -mismo diente
Gingivectomía o gingivoplastia -- uno a tres dientes contiguos o espacios entre dientes, por cuadrante	I (Una) cada 5 (cinco) años -mismo diente

Descripción del Tratamiento o Procedimiento Dental	Alcance del Beneficio
Procedimiento de colgajo gingival, incluyendo alisado radicular -- 4 (Cuatro) o más dientes contiguos o espacios entre dientes vinculados por cuadrante	1 (Uno) cada 5 (cinco) años - mismo diente
Procedimiento de colgajo gingival, incluyendo aplanamiento de raíz -- de uno a tres dientes contiguos o espacios entre dientes, por cuadrante	1 (Uno) cada 5 (cinco) años - mismo diente
Alargamiento de corona clínica -- en tejido duro	1 (Una) cada (cinco) años - mismo diente – máximo 2 (dos) Sitios por cuadrante
Cirugía Ósea (incluyendo colgajo de entrada y cierre) -- 4 (Cuatro) o más dientes contiguos o espacios entre dientes, por cuadrante	1 (Una) cada 5 (cinco) años - mismo diente
Cirugía Ósea (incluyendo colgajo de entrada y cierre) -- de uno a tres dientes contiguos o espacios entre dientes, por cuadrante	1 (Una) cada 5 (cinco) años - mismo diente
Injerto de reemplazo de hueso -- primer sitio en el cuadrante (no incluye material)	1 (Uno) cada 5 (cinco) años - mismo diente – máximo 2 (dos) Sitios por cuadrante (se excluye el material de reemplazo de hueso)
Injerto para reemplazo de hueso ---- cada sitio adicional en cuadrante (no incluye material)	1 (Uno) cada 5 (cinco) años - mismo diente – máximo 2 (dos) Sitios por cuadrante (se excluye el material de reemplazo de hueso)
Procedimiento de injerto de pedículo de tejido blando (no incluye material)	1 (Uno) cada 5 (cinco) años - mismo diente – máximo 2 (dos) Sitios por cuadrante
Procedimiento de cuña distal o proximal (cuando no es realizada en conjunto con Procedimientos quirúrgicos en la misma área anatómica)	1 (Uno) cada 5 (cinco) años - mismo diente
Aloinjerto de tejido blando (no incluye material)	1 (Uno) cada 5 (cinco) años - mismo diente - máximo 2 (dos) Sitios por cuadrante
Injerto de tejido conectivo combinado e injerto de pedículo doble, por diente	1 (Uno) cada 5 (cinco) años - mismo diente - máximo 2 (dos) Sitios por cuadrante

Descripción del Tratamiento o Procedimiento Dental	Alcance del Beneficio
Raspado y alisado periodontal de raíz -- 4 (Cuatro) o más dientes por cuadrante	1 (Una) cada 2 (dos) años - mismo cuadrante
Raspado y alisado periodontal de raíz -- de 1 (uno) a 3 (tres) dientes - por cuadrante	1 (Una) cada 2 (dos) años - mismo cuadrante
Debridación completa de boca para permitir la evaluación y el diagnóstico periodontal completo por cuadrante	1 (Una) de por vida
Procedimientos para el mantenimiento periodontal (siguiendo una terapia activa)	2 (Dos) en 12 (doce) meses - solamente el primer año después de la cirugía

Los Beneficios de este módulo se cubren únicamente cuando se apliquen sobre dientes naturales. La responsabilidad de **DENTEGRA** respecto de este Beneficio Dental no rebasará el Sublímite Anual que se especifique en el Endoso correspondiente.

III.1.8. Tratamientos o Procedimientos de Coronas

Restauración de dientes con onlays o coronas, cuando los dientes no pueden ser restaurados con amalgamas o resinas, consideradas 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
Corona Individual de porcelana fundida sobre metal no precioso	1 (Una) cada 5 (cinco) años – mismo diente
Corona 3/4 en metal no precioso	1 (Una) cada 5 (cinco) años – mismo diente
Corona completa en metal no precioso	1 (Una) cada 5 (cinco) años – mismo diente
Corona prefabricada de acero inoxidable -- dientes primarios	1 (Una) cada 2 (dos) años – mismo diente hasta los 16 (dieciséis) años
Corona prefabricada de acero inoxidable -- dientes permanentes	1 (Una) cada 2 (dos) años – mismo diente hasta los 16 (dieciséis) años

Descripción del Tratamiento o Procedimiento Dental	Alcance del Beneficio
Corona prefabricada de resina/policarbonato	1 (Una) cada 2 (dos) años – mismo diente, según el Plan contratado
Poste y muñón para retener una corona, prefabricado en laboratorio	1 (Uno) cada 5 (cinco) años – mismo diente
Poste y muñón para retener una corona fabricado en laboratorio	1 (Uno) cada 5 (cinco) años – mismo diente
Reconstrucción de diente con endodoncia muy destruido	1 (Uno) cada 5 (cinco) años – mismo diente
Onlay – metal tipo III o albacast –de 2 (dos) superficies	1 (Uno) cada 5 (cinco) años – mismo diente
Onlay – metal tipo III o albacast –de 3 (tres) superficies	1 (Uno) cada 5 (cinco) años – mismo diente
Onlay – metal tipo III o albacast – 4 (cuatro) superficies	1 (Uno) cada 5 (cinco) años – mismo diente
Recementado de inlay, onlay, o reparaciones de cobertura parcial (prótesis Fijas)	
Recementación de coronas y/o puentes (prótesis fijas)	

La responsabilidad de **DENTEGRA** respecto de este Beneficio Dental no rebasará el Sublímite Anual que se especifique en el Endoso correspondiente.

III.1.9. Tratamientos o Procedimientos de Prostodoncia

Tratamientos o Procedimientos dentales, para la construcción de puentes y dentaduras parciales y/o completas, 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
Dentadura completa – maxilar	1 (Una) cada 5 (cinco) años – misma arcada
Dentadura completa – mandibular	1 (Una) cada 5 (cinco) años – misma arcada
Dentadura parcial maxilar – base de resina (incluye ganchos, descansos y dientes convencionales)	1 (Una) cada 5 (cinco) años – misma arcada
Dentadura parcial mandibular – base de resina (incluye ganchos, descansos y dientes convencionales)	1 (Una) cada 5 (cinco) años – misma arcada
Reparación o reemplazo de broches rotos	1 (Uno) cada 12 (doce) meses – mismo diente
Reemplazo de dientes rotos – por diente	1 (Uno) cada 12 (doce) meses – mismo diente
Añadir un diente a dentadura parcial ya existente	4 (Cuatro) dientes en 12 (doce) meses – misma arcada
Añadir gancho a dentadura parcial ya existente	1 (Uno) cada 12 (doce) meses – misma arcada
Rebase en dentadura maxilar completa	1 (Uno) cada 2 (dos) años – misma arcada
Rebase en dentadura mandibular completa	1 (Uno) cada 2 (dos) años – misma arcada
Póntico- Porcelana fundida sobre metal no precioso	1 (Uno) cada 5 (cinco) años – mismo diente
Corona para puente – Porcelana fundida sobre metal no precioso	1 (Uno) cada 5 (cinco) años – mismo diente

La responsabilidad de **DENTEGRA** respecto de este Beneficio Dental no rebasará el Sublímite Anual que se especifique en el Endoso correspondiente.

III.2. Limitaciones a los Beneficios

III.2.1. Limitaciones a los 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. Limitaciones a Consultas y Evaluaciones Orales (incluyendo visitas para Observación)

Para los Tratamientos o Procedimientos de Urgencias Dentales, las Consultas por Urgencia Dental están limitadas a una por evento de urgencia con el Dentista General y en su caso una por evento de urgencia con el Especialista.

III.2.3. 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. Para el caso de las radiografías Periapicales, Oclusales, Aleta de Mordida, la Serie Radiográfica, así como la Placa Panorámica, el máximo a pagar anualmente por cualquier combinación de éstas no podrá ser mayor al costo de una Serie Radiográfica.
- ii. 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 III.2.3.(i) anterior).

III.2.4. Limitaciones en Selladores

Solo podrán ser aplicados en dientes sin caries y sin restauraciones en la superficie oclusal.

III.2.5. 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.2.6. 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.

III.2.7. Limitación de Tratamientos o Procedimientos dentales Quirúrgicos Menores

El Tratamiento o Procedimiento Dental de raspado y alisado para los planes que no incluyan la Cobertura de Periodoncia, aplican únicamente a pacientes mayores de 35 (treinta y cinco) años con problemas periodontales evidentes (con bolsas periodontales de 5mm o más). Este Tratamiento o Procedimiento Dental deberá ser realizado por un Periodoncista y se cubrirán un máximo de 2 (dos) cuadrantes en el periodo establecido en el Alcance de los Beneficios cubiertos.

III.2.8. Limitaciones en Tratamientos o Procedimientos de Periodoncia

Los Tratamientos o Procedimientos de Cirugía Periodontal en el mismo cuadrante se pagarán no más de una vez en el periodo establecido en el Alcance de los Beneficios cubiertos, que se medirá a partir de la fecha en la que fue realizada la última Cirugía Periodontal en dicho cuadrante no importando si fue pagado dentro de la Vigencia de la Póliza de Seguro cubierta por otra Aseguradora o administradora de Servicios de salud o por el Asegurado. Los Beneficios del módulo de Tratamientos o Procedimientos de Periodoncia se cubren únicamente cuando se apliquen sobre dientes naturales.

III.2.9. Limitaciones en Coronas

El reemplazo de coronas se pagará no más de una vez en el periodo establecido en el Alcance de los Beneficios cubiertos, y solamente si las coronas existentes no son satisfactorias funcionalmente y no pueden corregirse.

El periodo de alcance del beneficio comenzará a contarse a partir de la fecha en que se realizó la restauración por última vez según los registros de DENTEGRA.

El poste y muñon quedaran cubiertos siempre y cuando haya una pérdida del 50% (cincuenta por ciento) o más de estructura dentaria y la restauración final será una corona completa.

El onlay es la restauración mínima recomendada en dientes posteriores con tratamiento de conducto radicular (endodoncia), por lo que, en estos casos, no se cubren tratamientos o procedimientos de amalgamas o resinas por lo que será su responsabilidad pagarlo en su totalidad.

III.2.10. Limitaciones en Beneficios de Prostodoncia

Los reemplazos de Tratamientos de Prostodoncia se pagarán no más de una vez en el periodo establecido como Alcance del Beneficio, y solamente si no son satisfactorios funcionalmente y no pueden corregirse. Los Tratamientos o Procedimientos dentales necesarios para ajustar al aparato de Prostodoncia se prestarán de acuerdo con las condiciones de la Póliza de Seguro. Los aparatos de Prostodoncia soportados por Implantes se pagarán no más de una vez en el periodo establecido como Alcance del Beneficio, y solamente si no son satisfactorios y no pueden corregirse. El período se contará a partir de cualquier provisión de dichos aparatos soportados por Implantes. No se cubren puentes fijos para reponer segundos premolares y molares, que no sean soportados por coronas en ambos lados del espacio sin dientes.



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, rechinar, 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 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. Ferulización para Tratamiento de enfermedad periodontal, e injertos extra-orales (injertos de tejido en la parte de afuera de la boca).
- IV.9. 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.10. 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.11. 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.
- IV.12. 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.
- IV.13. Tratamientos o Procedimientos de con Inlay (incrustaciones).
- IV.14. 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.
- IV.15. 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.
- IV.16. 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.

- IV.17. 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.
- IV.18. Servicios de transportación de ambulancia, hospitalización por cualquier causa objeto de este seguro.
- IV.19. 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.
- IV.20. 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.
- IV.21. Tratamientos o Procedimientos de ortodoncia (Tratamientos para la corrección de dientes o mandíbulas mal posicionadas). No se cubren extracciones por Indicación ortodóntica.
- IV.22. 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.
- IV.23. 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.
- IV.24. Ningún Tratamiento que no esté especificado dentro de los beneficios del Plan.
- IV.25. En Incisiones y Drenajes de Abscesos se excluye la “Angina de Ludwig”.
- IV.26. Gastos en que se incurra a consecuencia de hechos de guerra, alborotos populares, motines y epidemias declaradas oficialmente.
- IV.27. 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

V.1. Contrato

La Póliza de Seguro, la Solicitud de Seguro, los Certificados Individuales, la Guía del Asegurado, 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.

V.2. Vigencia

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

V.3. Edad Mínima y Máxima

Edades de Admisión: Sin límite para los Asegurados Titulares y 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, salvo que se pacte una edad mayor y se especifique en el Endoso correspondiente.

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, salvo que se pacte una edad mayor y se especifique en el Endoso correspondiente.

V. 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 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.



V.5. Período de Beneficio

DENTEGRA reembolsará los Gastos Cubiertos 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) El agotamiento del Límite Anual;
- (ii) El término del periodo de vigencia de la Póliza de Seguro; o
- (iii) La recuperación de la salud o vigor vital del Asegurado.

En caso de que la Póliza de Seguro **(i)** no se renueve, **(ii)** se cancele por falta de pago o a solicitud del Contratante, o **(iii)** en su caso, el Contratante solicite la baja del Asegurado, **DENTEGRA** no tendrá responsabilidad alguna por el pago de gastos dentales erogados posteriormente a cualesquiera de estos eventos. Todos los gastos efectuados con posterioridad a cualquiera de los eventos antes mencionados, quedarán bajo la responsabilidad exclusiva del Asegurado.

Si la Póliza de Seguro se renueva sin interrupción alguna, automáticamente el Periodo de Beneficio será prorrogado por otro periodo de igual duración.

V.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.

V.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.

Para los efectos de la presente Cláusula, se entenderá por comisión o compensación directa, los pagos que correspondan a las personas físicas o morales que participen en la intermediación o que intervengan en la contratación de un producto de seguro, considerados dentro de los costos de adquisición en el diseño del mismo.

V.8. Renovación de la Póliza de Seguro

DENTEGRA podrá renovar el presente Contrato en las mismas condiciones en que fue contratado mediante la entrega de otra Póliza, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades en la fecha de vencimiento del Contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los Procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.

La renovación siempre otorgará el derecho de antigüedad para los efectos siguientes: **DENTEGRA** no solicitará requisitos de asegurabilidad, y tampoco modificará las edades límite mencionadas en perjuicio de los Asegurados y los periodos de espera no podrán ser modificados en perjuicio del asegurado.

Este Contrato se considerará renovado si dentro de los últimos 30 (treinta) días de vigencia de cada periodo, alguna de las partes no da aviso a la otra parte por escrito de su voluntad de no renovarlo.

El pago de la Prima acreditada mediante el recibo extendido en las formas usuales de **DENTEGRA** se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

V.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.

V.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 y/o Certificado Individual, 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.

V.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.

Tratándose de los Asegurados, esta cláusula sólo será aplicable, para aquellos integrantes de la Colectividad Asegurada que, por haber ingresado a la misma con posterioridad a la celebración del Contrato y fueron dados de alta después de los 30 (treinta) días siguientes a la fecha en que adquirieron el derecho a formar parte de la Colectividad Asegurada, **DENTEGRA** les haya solicitado requisitos de asegurabilidad, o bien, cuando el Asegurado Titular haya incurrido en omisiones y falsas declaraciones al proporcionar las características de los Dependientes Económicos para pertenecer a la Colectividad Asegurada.

V.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.

V.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.

V.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. 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**.

V.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:





- I. El Asegurado o el Contratante le entregue a **DENTEGRA** una solicitud por escrito de cancelación de la Póliza de Seguro, en cuyo caso se devolverá a éste la Prima neta no devengada, lo cual realizará dentro de los 5 (CINCO) días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud de cancelación.
- II. Por la terminación de Periodo de Gracia para el pago de la Prima, previsto en el Capítulo V, I Sección 3 de las Condiciones Generales, salvo que sea rehabilitada en términos del Capítulo VI, Sección 4 de las Condiciones Generales.

V.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.

V.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.

V.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.

V.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 VII. PAGO DE RECLAMACIONES** de las Condiciones Generales.



V.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.

V.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 respetuoso.



- **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 atiendan, 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 los que 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.

V.22. Registro de Asegurados

DENTEGRA contará con un registro de los Asegurados y en el cual se contendrá la información correspondiente a:

- (i) El Nombre, Edad o Fecha de Nacimiento y Sexo de cada integrante de la Colectividad Asegurada,
- (ii) Límite Anual o regla para determinarla,
- (iii) Fecha de entrada en vigor y de terminación del Contrato de Seguro de cada uno de los integrantes de la Colectividad Asegurada,
- (iv) Operación y Plan de que se trate,
- (v) El número de Certificado Individual expedido a cada Asegurado Titular, y
- (vi) Las Coberturas amparadas.

DENTEGRA entregará copias de este registro al Contratante, siempre que así se lo solicite por escrito.

V.23. 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).

“Si el asegurado no cumple con esas obligaciones, la empresa aseguradora no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones.” (Artículo 55 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

VI.1. Primas y formas de pago.

El monto de la Prima que deberá pagar el Contratante a **DENTEGRA** por la Póliza de Seguro Colectivo 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 y conforme al periodo de vigencia de la Póliza de Seguro, mediante un solo pago anual. No obstante, lo anterior, el Contratante podrá convenir con **DENTEGRA** el pago fraccionado de la Prima (en parcialidades), 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.

El pago de la Prima se realizará indistintamente:

- (i) a través de nuestros agentes o corredores de seguros
- (ii) 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 de la prima de la Póliza de Seguro y la fecha de pago, servirá como elemento probatorio de la celebración del contrato, hasta en tanto la institución entregue el comprobante de pago correspondiente.
- (iii) cualquier otro medio establecido por **DENTEGRA**



Si el Contratante omite dicha obligación, el Contrato de Seguro cesará sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia previsto en la Sección VI.3 Período de Gracia del presente Capítulo.

VI.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.

VI.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. **DENTEGRA** podrá optar por utilizar el proceso de Reembolso durante este periodo, por endoso.

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.

VI. 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 **VI.1 Primas y VI.3 Período de Gracia** respectivamente, dentro de los 60 (sesenta) 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

VII.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 y los Certificados Individuales al Contratante, **DENTEGRA** podrá proporcionar 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. Coordinamos tu primera cita con al menos cuarenta y ocho (48) horas de anticipación, comunicándote a nuestro Centro de Contacto al número **55 5002 3102**;

- Indícanos tres opciones de horario, ubicación de preferencia o en su caso, elige un Dentista de nuestra red*
- Recibirás una confirmación de cita en un lapso no mayor a 2 (dos) días hábiles

*Si quieres elegir a un Dentista de nuestra Red antes de coordinar la cita:

- o En la APP Móvil **DENTEGRA**® (descárgala en Android o IOS sin costo)
- o O en nuestro portal dentegra.com.mx, en la opción “Encuentra un Dentista” o activando el “Chat para asegurados”



En caso de ser necesario, te remitirá con un especialista (Cirujano Maxilofacial, Endodoncista, Periodoncista o Implantólogo). Los menores de 14 años podrán acudir con un Odontopediatra.

Para que coordinemos tu primera cita, ten a la mano la siguiente información referente al Asegurado afectado:

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

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

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

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 de la Red en un lapso de tres (3) días hábiles. Es importante saber que, en caso de requerir siete o más Procedimientos, el Dentista de la Red siempre solicitará una predeterminación de costos.

4. Paga al Dentista de nuestra Red 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.

5. Para cualquier complicación derivada de un tratamiento o procedimiento Dental deberás acudir al mismo Dentista con el que te realizaste dicho tratamiento o procedimiento o deberás llamarnos al Centro de Contacto donde con gusto te asistiremos.

Para aquellos Planes con acceso a Red Cerrada, 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.

b. Reembolso

Este sistema de pago de reclamaciones operará cuando el Asegurado elija Dentistas no afiliados a la Red **DENTEGRA**, en caso de que se cuente con un Plan de acceso a la Red Abierta.

En este caso **DENTEGRA** cubrirá los gastos incurridos por el Asegurado Titular mediante Reembolso, siempre que éstos sean procedentes de conformidad con la Póliza de Seguro, pero el Asegurado deberá cubrir cualquier diferencia que resulte entre los Gastos Cubiertos de acuerdo a las condiciones y conforme al Honorario Máximo pactado por Tratamiento o Procedimiento para el Plan Dental y el costo de los Servicios que preste el Dentista.

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 electrónica 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.
- (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.

a. En caso de elegir Transferencia electrónica de fondos (TEF), es necesario agregar copia del estado de cuenta donde se muestre la CLABE interbancaria.

b. 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.

c. 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

Para planes con red cerrada 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).
6. 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 e Interior de la República al **55 5002 3102**.

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.

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

VII.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.

VII.3. Cuantía de la Indemnización

Las cantidades que **DENTEGRA** pagará, 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 la cantidad por concepto de Deducible (si es que no ha sido descontado previamente, en el caso del plan dental por algún Dentista de la Red **DENTEGRA**), en caso de que el Plan contratado así lo incluya, y adicionalmente, al saldo respectivo, se le descontará el Copago o Coaseguro en caso de que el Plan Dental así lo incluya (si es que no han sido descontado previamente algún Dentista de la Red **DENTEGRA**), de acuerdo al monto y el porcentaje establecidos en la Carátula de la Póliza, y/o Certificado Individual, 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) En caso de que el Asegurado cuente con un Plan con acceso a la Red Abierta y, acuda con Dentistas que no pertenezcan a la Red **DENTEGRA**, se descontará el porcentaje de Copago o Coaseguro y/o Deducible establecido para reclamaciones fuera de red, indicado en la Carátula de la Póliza y/o, Certificado Individual y/o Guía del Asegurado.

- (iv) 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**.
- (v) 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, el Certificado Individual respectivo y/o Guía del Asegurado y/o en el Endoso correspondiente.

VII.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 Deducible y/o el Copago o Coaseguro, cuyo monto y porcentajes se especifican en la Carátula de la Póliza y/o, en el Certificado Individual y/o en la Guía del Asegurado, conforme a los términos y condiciones establecidos en la Póliza de Seguro.

“Para atención al Asegurado y acceso a la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones: Centro de Contacto: Ciudad de México **55 5002 3102** y 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: **dentegra.com.mx** y en Nuestras Oficinas de lunes a viernes de 8:00 a 17:00 horas en Av. Insurgentes Sur 1458, pisos 19 y 20, Col. Actipan, Benito Juárez, CP 03230, 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 5340 0999 y (800) 999 8080, Correo electrónico:

VIII. MOVIMIENTOS DE ASEGURADOS

VIII.1. Altas de Asegurados

El Contratante, deberá notificar a **DENTEGRA** la inclusión de los Asegurados para obtener los beneficios de la Cobertura del Contrato de Seguro, quienes quedarán asegurados con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza de Seguro. Asimismo, deberá cubrir la Prima correspondiente, la cual se calculará a prorrata de conformidad con la fecha de alta y la fecha de término de vigencia del Contrato de Seguro o por prima promedio al final de la vigencia según convenga.

Las personas que ingresen a la Colectividad Asegurable durante la vigencia de este Contrato y que sean considerados como Asegurados Titulares Elegibles y sus Dependientes Económicos, así como nuevos Dependientes Económicos del Asegurado Titular cubiertos bajo este Contrato que cumplan con los requisitos de Elegibilidad, deberán ser notificados para ser dados de alta en la Póliza de Seguro dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en la que cumplan con los requisitos y quedarán asegurados en las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior; tratándose de personas que soliciten su ingreso a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y después de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte de la misma, **DENTEGRA** dentro de los treinta 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

Cuando **DENTEGRA** exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior; contará con un plazo de 30 (treinta) días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la Póliza.

Los descendientes del Asegurado quedarán cubiertos desde el momento en que notifiquen a **DENTEGRA** su inclusión en la Colectividad Asegurable.

Si el Asegurado contrae matrimonio, su cónyuge podrá quedar cubierto por la presente Póliza de Seguro desde la fecha de la celebración del mismo, siempre y cuando se notifique a **DENTEGRA** dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la ocurrencia del hecho. En los casos de los dos párrafos precedentes, se requerirá que el Contratante lo notifique por escrito a **DENTEGRA** y el trámite de la reclamación tendrá que ser vía Reembolso en tanto **DENTEGRA** no reciba la notificación.

VIII.2. Bajas de Asegurados

Causarán baja de la Póliza de Seguro los Asegurados Titulares y los Dependientes Económicos que dejen de pertenecer al Colectividad Asegurada.

Un Asegurado dejará de pertenecer a la Colectividad Asegurada cuando **DENTEGRA** reciba un aviso del Contratante en el que se notifique que el Asegurado ha dejado de pertenecer a la Colectividad Asegurada.

En caso de que el Asegurado deje de pertenecer a la Colectividad Asegurada, éste dejará de estar cubierto bajo la Póliza de Seguro y el Certificado Individual correspondiente quedará sin validez. Asimismo, **DENTEGRA** restituirá al Contratante la parte de la Prima Neta No Devenga de dicho Asegurado calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Tratándose de los descendientes del Asegurado Titular; se considerará que han dejado de pertenecer a la Colectividad Asegurada cuando ocurra lo primero entre
(i) cumplan la edad de 25 (veinticinco) años o la edad acordada mediante el Endoso correspondiente.

VIII.3. Ajuste de prima

En los Planes en que se pacte un ajuste de la Prima al final del periodo de vigencia de la Póliza de Seguro, **DENTEGRA** calculará la diferencia resultante de restar:

- (i) la suma de todas las altas de Asegurados durante el periodo de vigencia, tomando en cuenta, la fecha de alta de cada uno de ellos en la Póliza de Seguro, y
- (ii) la suma de todas las bajas de los Asegurados durante el periodo de vigencia, tomando en cuenta, la fecha de baja de cada uno de ellos en la Póliza de Seguro.

La diferencia entre los conceptos comprendidos en los incisos (i) y (ii) anteriores se considerará como el ajuste de la Prima, la cual podrá ser considerada como favorable al Contratante cuando el concepto del inciso (ii) sea mayor que la del inciso (i), en cuyo caso el Asegurado podrá compensar dicha cantidad a la Prima de renovación, o en su caso, **DENTEGRA** devolverá dicho monto resultante al Contratante. En caso contrario, es decir cuando el concepto del inciso (i) sea mayor a la del inciso (ii) **DENTEGRA** ajustará la Prima y exigirá la diferencia al Contratante.

VIII.4. Privilegio de Conversión para la Cobertura dental

Cualquier Asegurado Titular o sus Dependientes Económicos que sea dado de baja de la Póliza de Seguro por alguna de las causas descritas en el **Capítulo VIII. MOVIMIENTOS DE ASEGURADOS, numeral VIII.2 Bajas de Asegurados** de las presentes Condiciones Generales, tendrá el derecho a solicitar a **DENTEGRA** que, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que causó baja de la Póliza de Seguro, le expida una Póliza individual de Salud Dental cubriendo la Prima correspondiente con las tarifas y Planes Individuales que **DENTEGRA** tenga registrados al momento en el que el Asegurado solicite dicho beneficio adicional. Lo anterior no estará sujeto a pruebas de asegurabilidad.

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 25

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

ARTÍCULO 52

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 53

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 60

En los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas.

ARTÍCULO 70

Las obligaciones de la empresa 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 de que trata el artículo anterior.

ARTÍCULO 81

Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

- I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
- II.- En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

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 202

Las Instituciones de Seguros sólo podrán ofrecer al público los servicios relacionados con las operaciones que esta Ley les autoriza, mediante productos de seguros que cumplan con lo señalado en los artículos 200 y 201 de esta Ley.

En el caso de los productos de seguros que se ofrezcan al público en general y que se formalicen mediante contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos por una Institución de Seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro, así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, además de cumplir con lo señalado en el primer párrafo de este artículo, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión en los términos del artículo 203 de este ordenamiento.

Lo señalado en este párrafo será también aplicable a los productos de seguros que, sin formalizarse mediante contratos de adhesión, se refieran a los seguros de grupo o seguros colectivos de las operaciones señaladas en las fracciones I y II del artículo 25 de esta Ley, y a los seguros de caución previstos en el inciso g), fracción III, del propio artículo 25 del presente ordenamiento. Las Instituciones de Seguros deberán consignar en la documentación contractual de los productos de seguros a que se refiere el párrafo anterior, que el producto que ofrece al público se encuentra bajo registro ante la Comisión, en la forma y términos que ésta determine mediante disposiciones de carácter general.

El contrato o cláusula incorporada al mismo, celebrado por una Institución de Seguros sin el registro a que se refiere el presente artículo, es anulable, pero la acción sólo podrá ser ejercida por el contratante, asegurado o beneficiario o por sus causahabientes contra la Institución de Seguros y nunca por esta contra aquéllos.

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

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.

ARTÍCULO 492

Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, en términos de las disposiciones de carácter general que emita la Secretaría, escuchando la previa opinión de la Comisión, estarán obligadas, en adición a cumplir con las demás obligaciones que les resulten aplicables, a:

I. Establecer medidas y procedimientos para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo Código, y

II. Presentar a la Secretaría, por conducto de la Comisión, reportes sobre:

- a) Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior; y
- b) Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de

las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados.

Los reportes a que se refiere la fracción II de este artículo, de conformidad con las disposiciones de carácter general previstas en el mismo, se elaborarán y presentarán tomando en consideración, cuando menos, las modalidades que al efecto estén referidas en dichas disposiciones; las características que deban reunir los actos, operaciones y servicios a que se refiere este artículo para ser reportados, teniendo en cuenta sus montos, frecuencia y naturaleza, los instrumentos monetarios y financieros con que se realicen, y las prácticas comerciales y financieras que se observen en las plazas donde se efectúen; así como la periodicidad y los sistemas a través de los cuales habrá de transmitirse la información.

Asimismo, la Secretaría, en las citadas disposiciones de carácter general emitirá los lineamientos sobre el procedimiento y criterios que las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán observar respecto de:

- a)** El adecuado conocimiento de sus clientes y usuarios, para lo cual aquéllas deberán considerar los antecedentes, condiciones específicas, actividad económica o profesional y las plazas en que operen;
- b)** La información y documentación que las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deban recabar para la apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes;
- c)** La forma en que las mismas Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deberán resguardar y garantizar la seguridad de la información y documentación relativas a la identificación de sus clientes y usuarios o quienes lo hayan sido, así como la de aquellos actos, operaciones y servicios reportados conforme al presente artículo, y
- d)** Los términos para proporcionar capacitación al interior de las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas sobre la materia objeto de este artículo. Las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo, señalarán los términos para su debido cumplimiento.

Las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán conservar, por al menos diez años, la información y documentación a que se refiere el inciso c) del párrafo anterior; sin perjuicio de lo establecido en éste u otros ordenamientos aplicables.

La Secretaría estará facultada para requerir y recabar, por conducto de la Comisión, información y documentación relacionada con los actos, operaciones y servicios a que se refiere la fracción II de este artículo. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, estarán obligados a proporcionar dicha información y documentación. La Secretaría estará facultada para obtener información adicional de otras personas con el mismo fin y a proporcionar información a las autoridades competentes.

El cumplimiento de las obligaciones señaladas en este artículo no implicará trasgresión alguna a la obligación de confidencialidad legal, ni constituirá violación a las restricciones sobre revelación de información establecidas por vía contractual, a lo dispuesto en el artículo 190 de este

ordenamiento, ni a lo dispuesto en materia del secreto propio de las operaciones a que se refiere el artículo 46 fracción XV, en relación con el artículo 117 de la Ley de Instituciones de Crédito.

Las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo deberán ser observadas por las Instituciones y Sociedades Mutualistas, por los agentes de seguros y los agentes de fianzas, así como por los miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados respectivos, por lo cual, tanto las instituciones sociedades como las personas mencionadas serán responsables del estricto cumplimiento de las obligaciones que mediante dichas disposiciones se establezcan.

La violación a las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo será sancionada por la Comisión conforme al procedimiento previsto en los artículos 474 al 484 de la presente Ley, con multa equivalente del 10% al 100% de la operación inusual no reportada, y en los demás casos con multa de hasta 100,000 Días de Salario vigente.

Los servidores públicos de la Secretaría y de la Comisión, las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, sus miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados, deberán abstenerse de dar noticia de los reportes y demás documentación e información a que se refiere este artículo, a personas o autoridades distintas a las facultadas expresamente en los ordenamientos relativos para requerir, recibir o conservar tal documentación e información. La violación a estas obligaciones será sancionada en los términos de las leyes correspondientes.

X.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.

X.4. Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

ARTÍCULO 17

Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior; tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza. Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

ARTÍCULO 18

Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

ARTÍCULO 19

En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida.

II. En la operación de accidentes y enfermedades, la Aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una póliza individual para los Integrantes del Grupo o Colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características.

ARTÍCULO 20

Para el caso de los Seguros de Grupo y de los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante la Aseguradora podrá:

I. Tratándose de Seguros de Grupo, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.

II. Tratándose de Seguros Colectivos, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes al Grupo o Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante. En cualquier caso, la Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado

la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 de este Reglamento.

ARTÍCULO 21

La Aseguradora podrá renovar los contratos de Seguros de Grupo y del Seguro Colectivo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del presente Reglamento en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas.

“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 10 de diciembre de 2020, con el número CNSF-H0714-0082-2020 / CONDUSEF-004656-01”.

SONREÍR ES FÁCIL[®]



Descarga sin costo la
aplicación móvil Dentegra[®]



Ciudad de México e Interior de la República

55 5002 3102