CERTIFICADO INDIVIDUAL

DATOS DEL CONTRATANTE		DATOS DEL CERTIFICADO	
Nombre o Razón Social:		**Póliza No.:**	**Fecha de Emisión**
		Vigencia de la póliza	**Vigencia de la póliza**
Domicilio:		Desde las 12:00 horas del Hasta las 12:00 horas del	Desde las 12:00 horas del Hasta las 12:00 horas del
		No. De Endoso	Fecha de Emisión
RFC:	Tel.	**Moneda:**	**Forma de Pago:**

DATOS DE LOS ASEGURADOS

Nombre del Asegurado	Parentesco	Fecha nacimiento	Fecha Alta

Plan: **Categoría:**

BENEFICIOS DENTALES[1]		Copago[2] o Coaseguro[2] Red Dentegra	Copago[2] o Coaseguro[2] Fuera de Red
Límite anual por persona[3]	Deducible[4]	Acceso a la Red de Dentistas: _____	

COBERTURAS OPCIONALES[1]		Alcance	Condiciones
Límite anual por persona[3]_____	Deducible[4] (en caso de cobertura opcional de visión) _____	Acceso a la Red de Dentistas: _____	

Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato 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 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.

1. Dentegra Seguros Dentales S.A. **(DENTEGRA)** de conformidad con las Condiciones Generales y Endosos correspondientes anexos a esta. Póliza y durante la Vigencia establecida, asegura a favor de "el Contratante" el interés económico expuesto a riesgo que le corresponda y/o Beneficios indicados en esta Póliza.

2.**Copago o Coaseguro:** Cantidad fija que elA segurado debe pagar al Dentista ,calculado como un porcentaje de los Honorarios Máximos por cada porcedimiento cubierto

3.**El Límite Anual:** Cantidad máxima que **DENTEGRA** pagará por concepto de Beneficios Dentales cubiertos bajo la póliza de seguro contratada, en cada año de vigencia de dicha póliza de seguro por cada uno de los Asegurados, de conformidad con el Plan contratado.

4.**Deducible:** Es la cantidad que el Asegurado deberá pagar por concepto de gastos siempre que éste o sus Dependientes Económicos reciban alguno de los servicios considerados como Beneficios Cubiertos bajo Contrato de Seguro.

"Para atención al Asegurado y acceso a la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones: Centro de Contacto: Ciudad de México 5002 3102 y Larga Distancia sin costo 01800 347 1111 de lunes a viernes de 8:00 a 22:00 horas y sábados de 9:00 a 14:00 horas, atención de Urgencias las 24 hrs. Correo Electrónico: segurodental@dentegramx.com; Página Web: dentegra.com.mx y en Nuestras Oficinas de lunes a viernes de 8:00 a 17:00 horas en Insurgentes Sur 863 piso 5, Colonia Nápoles C.P. 03810, Ciudad de México."

"En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, la Documentación Contractual y la Nota Técnica que integran este producto de seguro, quedaron regustradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 03 de agosto de 2017, con el número CNSF-H0714-0026-2017 / CONDUSEF-002656-01".

Funcionario Autorizado

En testimonio de lo cual **DENTEGRA** firma el presente documento en México, Ciudad de México el Día___ de_____del___

EXTRACTO DE CONDICIONES GENERALES

DENTEGRA se obliga, mediante el pago de la Prima, en los términos más adelante estipulados, a cubrir de manera directa o a reembolsar al Asegurado los gastos médicos por tratamientos o procedimientos dentales, y/o servicios de prevención de acuerdo a los términos, condiciones y límites estipulados en esta Póliza de Seguros y en relación con el Plan, Coberturas y Beneficios adicionales contratados, 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.

EXCLUSIONES GENERALES

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

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.**

2. **Tratamientos o Procedimientos dentales que incrementan la dimensión vertical de una oclusión, reemplacen la pérdida de la estructura de los dientes por desgaste, tales como, atrición, bruxismo, rechinamiento, apretamiento de los dientes, abrasión, erosión, abfracción y por hábitos orales que dañen la integridad de los dientes, excepto que sea parte del Tratamiento Dental necesario y debido a un Accidente Dental o lesión bucal y directamente atribuible a éste. Tampoco se cubren los protectores o guardas oclusales (según plan contratado) y los ajustes oclusales.**

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 que están cerca del afectado se considerarán como Excluidos.

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.

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.

6. Utilización de medicamentos por autoprescripción que causen una lesión bucal que amerite una Urgencia Dental.

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

8. Ferulización para Tratamiento de enfermedad periodontal, e injertos extra-orales (injertos de tejido en la parte de afuera de la boca).

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.

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.

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. Utilización de medicamentos por auto prescripción que causen una lesión bucal que amerite una Urgencia Dental.

12. Para la Cobertura de Implantes, los gastos a consecuencia de tomografías, modelos de estudio, materiales, métodos o técnicas para diagnóstico, aparatos de ayuda para la colocación de implantes.

13. 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.

14. Tratamientos o Procedimientos de con Inlay (incrustaciones).

15. 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.

16. 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.

17. 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.

18. 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.

19. Servicios de transportación de ambulancia, hospitalización por cualquier causa objeto de este seguro.

20. 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.

21. 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.

22. Tratamientos o Procedimientos de ortodoncia (Tratamientos para la corrección de dientes o mandíbulas mal posicionadas). No se cubren extracciones por Indicación ortodóntica, salvo que se contrate la Cobertura opcional de ortodoncia por lo que aplicarán las exclusiones establecidas en la Sección IV.1 Cobertura Opcional de Ortodoncia.

23. 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.

24. 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.

25. Ningún Tratamiento que no esté especificado dentro de los beneficios del Plan.

26. En Incisiones y Drenajes de Abscesos se excluye la "Angina de Ludwig".

27. Gastos en que se incurra a consecuencia de hechos de guerra, alborotos populares, motines y epidemias declaradas oficialmente.

28. Gastos en que se incurra por Accidentes o Enfermedades Dentales que se originen a consecuencia de:

a) Delitos dolosos o intencionales en los cuales el Asegurado sea considerado como sujeto activo o partícipe del delito.
b) Lesiones auto inflingidas, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental

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) Al concluir el término que para estos efectos se haya pactado para la prestación del servicio, el cual será de setecientos treinta días naturales contados a partir de la fecha en que termine la vigencia del
contrato.
(iii) Al certificarse la curación del padecimiento de que se trate, a través del alta médica

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.

TRANSCRIPCIÓN DE ARTÍCULOS DEL 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.

“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 03 de agosto de 2017, con el número CNSF-H0714-0026-2017 / CONDUSEF-002656-01”