

DATOS DEL CONTRATANTE		DATOS DE LA PÓLIZA	
Nombre o Razón Social:		Póliza No.:	Fecha de Emisión
Domicilio:		Vigencia de la póliza	
RFC:		Inicio: Desde las 12:00 horas del	
Tel.:		Fin: Hasta las 12:00 horas del	
PRIMA		Moneda:	Forma de Pago:
Prima Neta Anual		DESGLOCE DE PAGOS	
Derecho de Póliza		Primer Pago	
Recargos		(Incluye derecho de Póliza)	
Descuento por comisiones		Subsecuentes:	
Subtotal		AGENTE	
IVA		Clave:	
Total a pagar		Nombre:	
(00/100 M.N.)			
CONTRIBUCIÓN			
Porcentaje de Contribución del asegurado en el pago de la prima del titular:		Porcentaje de Contribución del asegurado en el pago de la prima de los dependientes económicos:	
Plan:		Categoría:	
BENEFICIOS DENTALES¹	Copago² o Coaseguro² Red Dentegra	Copago² o Coaseguro² Fuera de Red	
Límite anual por persona ³	Deducible ⁴	Acceso a la Red de Dentistas:	
COBERTURAS OPCIONALES ⁵		Alcance	Condiciones
Límite anual por persona ³	Deducible ⁴ (en caso de cobertura opcional de	Acceso a la Red de Dentistas:	
<p>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.</p>			
<p>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.</p>			
<p>2. Copago o Coaseguro: Cantidad fija que el Asegurado debe pagar al Dentista, calculado como un porcentaje de los Honorarios Máximos por cada procedimiento cubierto</p>			
<p>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.</p>			
<p>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.</p>			
<p>*Estimado asegurado, lo invitamos a que consulte las coberturas, exclusiones y restricciones de su póliza, las cuales se encuentran en las condiciones generales de su póliza, mismas que le debieron ser entregadas junto con esta carátula, no obstante, lo anterior, también puede consultarlas en la página web: dentegra.com.mx</p>			
<p>*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.*</p>			
<p>*Datos de la Comisión Nacional para la Protección y defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF): Avenida Insurgentes Sur, número 762, Colonia Del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100, Teléfono: (55)53400999 y (01800) 999 8080, Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx</p>			
<p>"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 registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 03 de agosto de 2017, con el número CNSF-H0714-0029-2017 / CONDUSEF-002638-01".</p>			
		Funcionario Autorizado	
<p>En testimonio de lo cual DENTEGRA firma el presente documento en México, Ciudad de México el Día ___ de ___ del ___</p>			