SOLICITUD PARA EMISIÓN DE PÓLIZA

"Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud".

Datos del Contratante/Titular

Nombre(s), Apellido Paterno y Apellido Materno	(letras, año, mes, día, homoclave) RFC	Correo electrónico	Ocupación
CURP	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Nacionalidad	País de nacimiento
Sexo M ☐ F ☐	Celular	Teléfono para localización (clave lada) (teléfono)	

Domicilio

Calle	No. Exterior	No. Interior	Colonia
C.P. / Municipio o Alcaldía	Ciudad o población		Estado

Personas Políticamente Expuestas

Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, ha sido jefe de Estado o de Gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales o funcionario o miembro importante de partidos políticos. Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, describa el puesto, la fecha y, en su caso, el parentesco que guarda con respecto a usted:

¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con una sociedad o asociación? Sí ☐ No ☐

En caso de conocer el nombre de dicha sociedad o asociación, mencione los datos que conozca:

Datos de la póliza

Plan	Vigencia *La vigencia de la solicitud será actualizada una vez llenada y aprobada su solicitud.*

Reconocimiento del Contratante

¿Actúa en nombre y cuenta propia en la contratación del seguro? Sí ☐ No ☐

En caso negativo, proporcione la siguiente información relacionada con el tercero por el que actúa:	Nombre completo del tercero por el que actúa:		
Acto jurídico a través del cual obtuvo el mandato o representación:	Parentesco o vínculo con usted:		
Calle	No. Exterior	No. Interior	Colonia
C.P. / Municipio o delegación	Ciudad o población		Estado
Teléfono para localización (obligatorio): (lada) (teléfono)	Correo electrónico:		

Asimismo, se le comunica al cliente que en caso de modificación a los datos de identificación contenidos en este formulario durante la vigencia de su contrato, deberá informarlo directamente a la aseguradora a través de su agente.

Declaración del Contratante y Firma de la Solicitud

Declaro bajo protesta de decir verdad, que la información contenida en el presente formato es verídica y en su llenado y entrega no ha mediado dolo, reticencia u omisión o inexacta declaración al respecto, por lo que autorizo a Dentegra Seguros Dentales, S.A. a que la misma sea corroborada, de estimarse conveniente.
Asimismo, a través de la firma de esta solicitud, autorizo y otorgo mi consentimiento a Dentegra Seguros Dentales, S.A. para utilizar los datos personales y sensibles aquí proporcionados, conforme con el Aviso de Privacidad que me fue previamente proporcionado y que conozco se encuentra en dentegra.com.mx.
De manera enunciativa más no limitativa se señala que el estado de cuenta, recibo, folio o número de confirmación de la transacción, en donde aparezca dicho cargo y la fecha de pago, hará prueba plena del pago, hasta en tanto la Institución entregue el comprobante de pago correspondiente.

Firma del Contratante

Fecha (dd/mm/aaaa)

Formato de la documentación

Tu documento se te hará llegar de manera electrónica en formato PDF o similar al correo electrónico proporcionado en los primeros 30 días naturales a partir de la fecha de contratación, de esta forma se te realizará un descuento de: ($XXX), o si requieres que la Documentación se entregue de manera impresa favor de indicarlo a continuación:

☐ Entrega formato físico

"Estimado asegurado, le recordamos que el producto que va a adquirir cuenta con exclusiones y limitantes, mismas que puede consultar en las condiciones generales del producto, las cuales se encuentran a su disposición en la siguiente página web: **dentegra.com.mx**"

"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: asesoria@condusef.gob.mx"

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 nuestra página web: **dentegra.com.mx** en el apartado de "Políticas de Privacidad" y podrá estar sujeto a cambios, por lo que le recomendamos su consulta de forma frecuente. Asimismo, **DENTEGRA** hace de su conocimiento que cuenta con políticas y mecanismos de seguridad para asegurar la Protección de los Datos Personales y Sensibles.

COBERTURA DENTAL

•Urgencias Dentales*
•Accidentes*
•Evaluación Oral y/o Periodontal completa -- paciente nuevo o establecido, 1 (Una) cada 12 (doce) meses
•Rx. Intraoral periapical y/o Aleta de mordida de Diagnóstico, limitación en número de Tratamientos según el Plan contratado
•Panorámica de Diagnóstico, 1 (Una) cada 5 (cinco) años, limitación en número de Tratamientos según el Plan contratado
•Profilaxis (limpieza) en adulto y/o niño menores de 14 (catorce) años de edad, según el Plan contratado
•Aplicación tópica de flúor (no incluye profilaxis) en niños menores de 14 (catorce) años de edad, según el Plan contratado
•Sellador por diente; primeros molares hasta 10 (diez) años; segundos molares hasta 15 (quince) años de edad , según el Plan Contratado.
•Amalgama de una a cuatro superficies, en dientes primarios o permanentes, limitación en número de Tratamientos según el Plan contratado
•Composite con base de resina -- de 1 (una) o más superficies en diente anterior y de 1 (una) a 2 (dos) superficies en diente posterior, limitación en número de Tratamientos según el Plan contratado
•Extracción, diente o raíz expuesta (remoción con elevador y/o fórceps), limitación en número de Tratamientos según el Plan contratado
*** Consultar tratamientos de Urgencias Dentales y Accidentes las Condiciones Generales**

Indemnización por Mora
En caso de mora, la Institución de Seguros deberá pagar al Asegurado una indemnización de conformidad con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Competencia
En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de la Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. En todo caso, el reclamante podrá acudir directamente ante el juez del domicilio de cualquier delegación de la propia Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

EXCLUSIONES GENERALES

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

1. Tratamientos o materiales por malformaciones óseas y Dentales congénitas y Tratamientos por afecciones durante el desarrollo de los dientes, por ejemplo: hipocalcificación o hipoplasia del esmalte.

2. Tratamientos dentales que incrementan la dimensión vertical de una oclusión, reemplacen la pérdida de la estructura de los dientes por desgaste, 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.

3. Tratamientos de hipoplasia del esmalte; Tratamientos, intervenciones quirúrgicas o materiales realizados primariamente por motivos estéticos; Tratamiento de fluorosis (un tipo de decoloración de los dientes) y Tratamiento por pigmentación dental a consecuencia de medicamentos. Gastos Dentales a consecuencia de Tratamientos 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.

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

5. 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 asociados. Diagnóstico y/o Tratamiento por la disfunción de la articulación temporomandibular o musculatura, nervios u otros tejidos asociados. 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 Dental. Utilización de medicamentos por auto prescripción que causen una lesión bucal que amerite una Urgencia Dental.

6. Tratamientos dentales de naturaleza experimental.

7. En los casos donde los Tratamientos 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 dentales en hospital, ni cubrirá cualquier gasto del hospital y/o quirófano, de los materiales, de anestesia o de la instalación para Tratamientos quirúrgicos.

8. Servicios de administración del Consultorio Dental, Servicios de administración para el cobro de los siniestros y cualquier otro costo administrativo, provisión de un ambiente antiséptico, la esterilización de equipo o control de infecciones, así como cualquier material auxiliar que se use en el Tratamiento cuando su costo deba estar incluido en el costo del Tratamiento (Honorario Máximo del Dentista).

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

10. 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 cuando su costo deba estar incluido en el costo del Tratamiento (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.

11. 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.

12. No se cubren extracciones por Indicación ortodóntica.

13. 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 o por negligencia del Asegurado a las indicaciones del Dentista tratante.

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

15. DENTEGRA no estará obligada a cubrir los gastos fuera de la República Mexicana.

"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 24 de noviembre de 2020, con el número CNSF-H0714-0031-2020/CONDUSEF-004618-01"