PÓLIZA DE SEGURO MASIVO

DATOS DEL CONTRATANTE		DATOS DE LA PÓLIZA	
Nombre:		**Póliza No.:**	**Fecha de Emisión**
		Vigencia de la póliza	
Domicilio:		Inicio: Desde las 12:00 horas del	
		Fin: Hasta las 12:00 horas del	
RFC:	Tel.	**Moneda:**	**Forma de Pago:**

PRIMA	DESGLOCE DE PAGOS
Prima Neta Anual	Prima Neta:
Derecho de Póliza	
Recargos	
Descuento por comisiones	Subsecuentes:
Subtotal	
IVA	**AGENTE**
Total a pagar	Clave:
(_____	Nombre:
_____ 00/100 M.N.)	

DATOS DEL ASEGURADO(S)

Nombre del Asegurado	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Fecha de Alta	Prima Neta por Asegurado
			Total	

Plan: **Categoría:**

TRATAMIENTOS DENTALES[1] CUBIERTOS	Copago[2] Red Dentegra
ACCIDENTES	%
URGENCIAS	%
OTROS TRATAMIENTOS DENTALES:	%
	%
	%
	%
	%
	%
	%
Límite anual[3]	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 :** Cantidad fija que el Asegurado debe pagar al Dentista, calculado como un porcentaje de los Honorarios Máximos por cada procedimiento 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.

"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"

"Para atención al Asegurado y acceso a la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones: Centro de Contacto: Ciudad de México 55 5002 3102 y Larga Distancia sin costo 800 347 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."

Para Atención de Tratamientos dentales: Coordinamos la primera cita 2 días antes comunicándote al Centro de Contacto 55 5005 3102 o a través de la APP Móvil **DENTEGRA®**, indicando el nombre completo del Asegurado, fecha de nacimiento y su número de póliza, elige un Dentista de la Red de **DENTEGRA** con la ubicación y fecha de tu preferencia, recibirás una confirmación en un lapso no mayor a 2 días hábiles, acude a la cita con identificación oficial

"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 (800) 999 8080, Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx"

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

_____

Funcionario Autorizado

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

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.