DENTEGRA
Seguros Dentales

Folio_____
Fecha_____

SOLICITUD PARA EMISIÓN DE PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO

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.

Nombre completo o razón social_____

RFC _____

Nombre completo del contacto_____

_____ _____ _____

Teléfono **Móvil** **Correo electrónico**

Modalidad de Contratación Prestación_____ Voluntario_____ Contributorio_____
Empresa _____%
Titulares _____%

Fecha de inicio de vigencia_____ **fin de vigencia** _____

Forma de Pago Anual _____ Trimestral _____ Semestral _____ Mensual _____

Tipo de Red Cerrada _____ Abierta _____

Tipo de Seguro Dental _____ Visión _____

Número de personas a asegurar

Titular _____ Cónyuge _____ Hijos _____ Otros _____

Suma Asegurada

Titular _____ Cónyuge _____ Hijos _____ Otros _____

CLASIFICACIÓN DE CATEGORIAS

Nombre de la categoría 1

Descripción _____
Nombre del Plan_____

Nombre de la categoría 2

Descripción_____
Nombre del Plan_____

Nombre de la categoría 3

Descripción_____
Nombre del Plan_____

Nombre de la categoría 4

Descripción_____
Nombre del Plan_____

En caso de existir circunstancias especiales que pudieran ser determinantes para apreciar el riesgo que corre Dentegra respecto de los integrantes de la Colectividad Asegurada, favor de incluir una descripción detallada de las mismas:

CLASIFICACIÓN DE DIVISIONES O FILIALES

Razón Social Fiscal y RFC_____

Domicilio fiscal _____

Datos del contacto _____ _____
Nombre Teléfono

Firma y Fecha Contratante	Firma y Fecha Corredor	Firma y Fecha Área Comercial Dentegra

La documentación contractual y la nota técnica, que integran este producto están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B Y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros bajo el registro número CNSF-H0714-0034-2010 con fecha 04/08/2010.
CONDUSEF-000058-01

Para atención al asegurado y acceso a la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones:
Centro de Atención Telefónica: D.F. 5002 3102 de lunes a viernes de 8:00 a 21:00 horas y sábados de 9:00 a 14:00 horas.
y Larga Distancia sin costo 01800 347 1111, Correo Electrónico: segurodental@dentegramx.com;
Página Web: www.dentegra.com.mx
y en Nuestras Oficinas de lunes a viernes de 8:00 a 17:00 horas en Insurgentes Sur 826 – PH, Colonia Del Valle. C.P. 03100, México, D.F.
Página Web: Para poder acceder a nuestra página privada y obtener información sobre sus beneficios, red de Dentistas pago de reclamaciones y mucho más, favor de enviarnos su dirección de correo electrónico a segurodental@dentegramx.com y por el mismo medio le enviaremos su usuario y contraseña.