PROGRAMA DE SEGUROS DE VISIÓN

SEGURO DE VISIÓN COLECTIVO A

Certificado Individual

El plan Visión Dentegra ha sido diseñado para proveerle con excelentes beneficios de visión con lo mejor en calidad y servicio.

¿Qué beneficios están cubiertos?

Un par de anteojos completos o lentes de contacto graduados una vez al año (una opción o la otra durante la vigencia de la póliza).

1. Examen completo de la vista - Un análisis completo de las funciones de la visión, incluyendo la prescripción de anteojos en caso de que sea necesario.
2. Anteojos completos - Un par cada año si por prescripción son necesarios (no cosméticos).
   - Armazón - Las ópticas en la red Dentegra le puede ofrecer diversos modelos de acuerdo a las características de su Plan contratado.
   - Lentes - De acuerdo a las características de su plan contratado.
   - Un estuche duro por armazón y una microfibra para el cuidado de sus anteojos.
3. Lentes de contacto si por prescripción son necesarios (no cosméticos)
   - Modelo de acuerdo a su plan contratado
   - Solución para sus lentes de contacto (beneficio por una sola vez).
4. Descuento del 15% en modelos de mayor nivel al contratado o en productos no cubiertos.
5. Reposiciones de lentes oftálmicas cubiertas bajo el Plan contratado, una vez al año con descuento del 30%.

¿Tengo que pagar alguna cantidad?

Usted deberá pagar por concepto de Deducible más el IVA respectivo por los anteojos completos o los lentes de contacto, de acuerdo a su plan contratado.

¿Cómo utilizo los servicios?

1. **Elija a la Óptica de la Red de su preferencia**. Consulte la lista de Ópticas de la Red Dentegra en: www.dentegra.com.mx, el Centro de Atención Telefónica: 50 02 3102 y larga distancia sin costo 01 800347 11 11; o en el Directorio impreso que usted recibirá.
2. **Acuda a la Óptica** de su preferencia y muestre su credencial Dentegra o la proporcionada por su empresa, así como una identificación oficial con fotografía. En caso de extravío de su credencial Dentegra o la de su empresa, deberá presentar una identificación oficial y la Óptica deberá llamar al Centro de Atención Telefónica.
3. Realice un examen de la vista y en caso de requerir anteojos por prescripción, **adquiera los anteojos o lentes de contacto** de acuerdo a los límites establecidos su Plan Visión.
4. **Pague a la Óptica el Deducible** correspondiente de acuerdo al Plan contratado.

Nota: En caso de que Dentegra no cuente con Óptica en la localidad donde usted reside, deberá pagar por los anteojos y Dentegra le rembolsará de acuerdo a las condiciones de su Plan contratado. Para esto, usted

debe enviarnos Formato de Reembolso debidamente llenado, Copia de identificación oficial, Prescripción de anteojos a su nombre que incluya el número de dioptrías y factura de la Óptica a nombre del Asegurado. Favor de quedarse con copia de los documentos como respaldo de su rembolso.

¿Qué hago si el armazón o el lente que deseo no esta incluido en el Plan contratado?

En caso de que el asegurado desee un tipo diferente de anteojo completo o lente de contacto a los incluidos en los planes, Dentegra solamente pagará hasta la cantidad estipulada en el Límite Anual y usted deberá pagar la diferencia, obteniendo un descuento del 15% sobre el producto que desea.

PLAN ENFOQUE	
Beneficios: Un par de anteojos completos o lentes de contacto una vez al año.	
Servicios	**Incluido / Características**
Examen de la Vista	Sí
Modelo de Armazón	Modelo según la Óptica
Lentes graduados, no cosméticos	Cubiertos
Lentes de Contacto graduados, no cosméticos	Modelo según la Óptica
Estuche Duro	Sí
Solución para Lentes de Contacto	Sí
Descuento en modelos de mayor nivel al contratado o en productos no cubiertos	15% o más, dependiendo de la Óptica
Descuento en Reposiciones (una vez al año)	30% sobre lentes oftálmicas cubiertas bajo el Plan contratado
Deducible	$100 + IVA
Límite Anual por persona	Anteojos completos: $1,500 IVA incluido
	Lentes de Contacto: $1,050 IVA incluido

Exclusiones:
La Póliza de Seguro en ningún caso cubrirá los gastos originados por cualesquiera de los supuestos que a continuación se mencionan:
1. Cualquier tipo de consulta médica o procedimiento médico preventivo efectuado por un oftalmólogo y/o cualquier otra persona autorizada para llevarlo a cabo.
2. Cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico para los ojos.
3. Ejercicios ortópticos o entrenamiento visual para tratar la visión baja.
4. Visión baja.
5. Apoyos para visión baja o subnormal.
6. Aniseiconía (Trastorno ocular que genera imágenes de diferente tamaño entre las retinas).

7. Cualquier tipo de examen o análisis necesario para detectar alteraciones en el campo visual.
8. Tomografías.
9. Angiografía Fluorescente.
10. Reemplazo de armazones o lentes como consecuencia de extravío, robo, maltrato o rotura.
11. Tratamientos adicionales a los Anteojos que no sean utilizados para la corrección de la visión, tales como tratamientos anti-reflejantes, anti-rayas, ultravioletas, de protección solar o cualquier otro que tenga por finalidad motivos estéticos.
12. Anteojos comprados con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza de Seguro o con anterioridad a la fecha de inicio de la cobertura de los Asegurados o con posterioridad a la terminación de la vigencia del Asegurado o de la Póliza de Seguro.
13. Medicamentos.
14.Ningún servicio que no esté especificado dentro de los Servicios Ópticos cubiertos por el plan contratado.

Limitaciones a los Beneficios:

1. DENTEGRA únicamente pagará una dotación de Anteojos durante la vigencia de la Póliza de Seguro hasta agotar el Límite Anual correspondiente a la opción elegida.
2. En caso de que así lo requiera, el Asegurado únicamente podrá elegir una de las siguientes opciones: **(i)** anteojos completos (lentes más armazón) o **(ii)** los lentes de contacto. Una vez adquirida cualquiera de las opciones antes mencionadas, el Asegurado no tendrá derecho a cambiar la opción elegida.
3. DENTEGRA únicamente pagará el costo de los Anteojos hasta el Límite Anual correspondiente de los Anteojos elegidos por el Asegurado. En caso de que el costo de los Anteojos superen el Límite Anual, el Asegurado deberá pagar la diferencia.

Garantías: Las garantías de los lentes y armazones contra defectos de fabricación o vicios en su manufactura dependen de cada Óptica. Usted podrá consultar las garantías directamente en la Óptica o llamando a nuestro Centro de Atención Telefónica.

CONDICIONES BÁSICAS DEL SEGURO

PREEXISTENCIA: DENTEGRA cubrirá los Padecimientos Preexistentes definidos en el Capítulo **II. DEFINICIONES** de la Póliza de Seguro.

No obstante lo anterior, en caso de que **DENTEGRA** rechace alguna reclamación por Padecimiento Preexistente, **DENTEGRA** estará sujeta a lo siguiente: **(a)** que previamente a la celebración del Contrato de Seguro, se hubiere declarado la existencia del padecimiento o Enfermedad, y ésta se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio de diagnóstico; y **(b)** que previamente a la celebración del Contrato de Seguro, el Asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente para recibir un Servicio Óptico.

Asimismo, en caso de suscitarse alguna controversia relacionada con la determinación de si un Padecimiento Preexistente es o no susceptible de estar cubierto bajo el Contrato de Seguro, en cumplimiento a lo dispuesto por la Circular S-25.3 emitida por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, el Asegurado podrá iniciar un procedimiento arbitral y solicitar se nombre a un árbitro independiente para resolver la controversia. Dicho nombramiento deberá recaer en alguna persona designada por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, para garantizar la independencia del mismo. Una vez desahogado el procedimiento arbitral, el laudo emitido que ponga fin a dicha controversia será considerado como obligatorio y vinculará a las partes. Este procedimiento será gratuito para el Asegurado y en caso de existir algún costo, éste deberá ser liquidado por **DENTEGRA.**

PERIODO DE BENEFICIO: DENTEGRA reembolsará los Gastos Cubiertos hasta el Límite Anual correspondiente y durante la vigencia del Contrato de Seguro o hasta la fecha de baja del Asegurado, lo que ocurra primero; en el entendido sin embargo de que, los Gastos Cubiertos estarán limitados por las Limitaciones a los Beneficios previstos bajo las presentes Condiciones Generales.

DENTEGRA cubrirá los gastos en los que incurra el Asegurado como consecuencia directa e inmediata de Servicios Ópticos que hubieren ocurrido como consecuencia de accidentes o enfermedades, siempre que éstos hayan sido autorizados durante la vigencia del Contrato de Seguro. En caso de cancelación, no renovación o baja del Asegurado, **DENTEGRA** sólo cubrirá aquellos Servicios Ópticos que hubiesen sido autorizados dentro de la vigencia de la Póliza de Seguro, siempre y cuando no se haya agotado el Límite Anual. Por lo tanto, todos los gastos efectuados con posterioridad a cualquiera de los eventos antes mencionados, quedarán bajo la responsabilidad exclusiva del Asegurado.

Si la Póliza de Seguro se renueva sin interrupción alguna, automáticamente el Periodo de Beneficio será prorrogado por otro periodo de igual duración.

PRESCRIPCIÓN: Todas las acciones que se deriven del Contrato de Seguro prescribirán en 2 (dos) años contados a partir de la fecha en que suceda el hecho o acontecimiento que le dio origen, salvo los casos de excepción previstos en el Artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Dicho plazo se suspenderá en el caso de que se presente la reclamación correspondiente ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de **DENTEGRA**, de conformidad con lo previsto en el Artículo 50 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Asimismo, la prescripción se interrumpirá: **(i)** por el nombramiento de los peritos que con motivo de la realización del siniestro, sean necesarias para demostrar las características y causas del mismo; **(ii)** en caso de reclamaciones en contra de **DENTEGRA**, por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el Artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros; y **(iii)** en los casos que se establecen el Artículo 1041 del Código de Comercio.

CUANTÍA DE LA INDEMNIZACIÓN: Las cantidades que **DENTEGRA** pagará al Asegurado, se determinarán de la siguiente manera:
• Se sumarán los gastos de Servicios Ópticos, ajustándolos a los límites establecidos en la Póliza de Seguro.
• A la cantidad resultante se le descontará la cantidad por concepto de Deducible, de acuerdo con el monto establecido en la Carátula de la Póliza y el Certificado Individual. **DENTEGRA** cubrirá la diferencia hasta agotar el Límite Anual correspondiente.
• El pago que **DENTEGRA** realice al Asegurado, por haberse atendido con una Óptica fuera de la Red **DENTEGRA**, no podrá exceder de los Límites Anuales autorizados por **DENTEGRA**.
• Los Límites Anuales contratados durante la vigencia de la Póliza de Seguro corresponderán a los especificados en la Carátula de la Póliza y el Certificado Individual respectivo.

REEMBOLSO: Si el Asegurado requiere de los Servicios Ópticos en algún lugar en donde **DENTEGRA** no cuente con la infraestructura de Ópticas de la Red **DENTEGRA** para darle la atención, se aplicará el reembolso.

El Asegurado podrá adquirir los Anteojos que están cubiertos en su plan contratado en la Óptica de su preferencia y erogará los gastos por los Anteojos.

El Asegurado deberá presentar la siguiente documentación que se señala a continuación, a efecto de que le sean rembolsados los Gastos Cubiertos, de conformidad con la opción de Anteojos cubierta en el plan contratado bajo la Póliza de Seguro, descontando el Deducible:

(i) Formato de Solicitud de Reembolso, autorizado y proporcionado por **DENTEGRA**, el cual deberá estar debidamente llenado y firmado. Este formato será aplicable únicamente para gastos efectuados dentro del territorio de la República Mexicana.
(ii) Facturas originales a nombre del Asegurado Titular de la Póliza de Seguro de cada uno de los gastos efectuados y que satisfagan los requisitos fiscales aplicables.

(iii) Copia del Estado de Cuenta Bancario del Asegurado Titular. No es necesario que aparezca el desglose de sus movimientos financieros, solamente se requieren los siguientes datos: **(i)** Nombre completo (se valida que corresponda al nombre del Asegurado Titular de la Póliza de Seguro); **(ii)** fecha de expedición (debe tener una antigüedad máxima de tres meses); **(iii)** Número de Cuenta Clabe y **(iv)** institución bancaria.
(iv) Copia de Identificación Oficial con Fotografía (credencial para votar, pasaporte, cédula profesional, tarjeta de afiliación al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores o licencia para conducir). En caso de que el Asegurado sea menor de edad, deberá presentar la identificación del Asegurado Titular de la Póliza de Seguro.
(v) Comprobante de Domicilio (gas natural, teléfono, luz, predial, agua y estados de cuenta bancarios).
(vi) Prescripción de Anteojos por parte de la Óptica que incluya el número de dioptrías en cada ojo a nombre del Asegurado.

El Asegurado deberá entregar las Solicitudes de Reembolso al Departamento de Recursos Humanos (o su equivalente) del Contratante, o bien, entregarlo directamente en las oficinas de **DENTEGRA** de lunes a viernes de 8:00 a 17:00 horas.

El Asegurado deberá conservar una copia de toda la documentación entregada a **DENTEGRA** para cualquier aclaración posterior.

DENTEGRA®
Seguros Dentales

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. 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.