

DATOS DEL CONTRATANTE		DATOS DE LA PÓLIZA		
Nombre o Razón Social:		Póliza No.:	Fecha de Emisión	
Domicilio:		Vigencia de la póliza		
RFC: Tel.:		Inicio: Desde las 12:00 horas del		Fin: Hasta las 12:00 horas del
PRIMA		Moneda:	Forma de Pago:	
Prima Neta Anual Derecho de Póliza Recargos Descuento por comisiones Subtotal IVA Total a pagar (_____ 00/100 M.N.)		DESGLÓSE DE PAGOS		
		Primer Pago (Incluye derecho de Póliza)		
		Subsecuentes:		
		AGENTE		
		Clave: Nombre:		
DATOS DE LOS ASEGURADOS				
Nombre del Asegurado	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Fecha de Alta	Prima Neta por Asegurado
			Total	
Plan: Dental KIDS Juniors		Categoría:		
BENEFICIOS DENTALES ¹ CUBIERTOS		Copago ² Red Dentegra	Periodo de espera	
ACCIDENTES		%	Se deberán consultar las condiciones generales para conocer detalladamente los periodos de espera de cada uno de los Beneficios Contratados. Favor de consultar las condiciones y términos de su Póliza de Seguro Dental	
URGENCIAS		%		
DIAGNOSTICO Y PREVENCIÓN		%		
RESTAURATIVOS BÁSICOS		%		
QUIRURGICOS MENORES		%		
ENDODONCIAS		%		
EXTRACCIÓN TERCEROS MOLARES Y QUIRÚRGICOS COMPLEJOS		%		
CORONAS		%		
COBERTURAS OPCIONALES		%		
APOYO INICIAL DE ORTODONCIA (Cantidad maxima \$X,XXX)		%		
VISIÓN KIDS (Deducible ⁴ \$XX+IVA, Límite Anual Visión \$X,XXX)		%		
Límite anual ³ por persona \$		Acceso a la Red de Dentistas y Ópticas:		
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.				
4. Deducible : Es la cantidad que el Asegurado deberá pagar por concepto de gastos siempre que éste reciba alguno de los servicios considerados como Beneficios Cubiertos bajo Contrato de Seguro.				
"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 e Interior de la República al 55 5002 3102 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 1458, pisos 19 y 20, Col. Actipan, Benito Juárez, C.P. 03230, Ciudad de México."				
"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 19 de octubre del 2021, con el número CNSF-H0714-0037-2021 /CONDUSEF-005002-01".				
				Funcionario Autorizado
En testimonio de lo cual DENTEGRA firma el presente documento en México, Ciudad de México el Día ___ de ___ del ___				