DENTEGRA Seguros Dentales

SOLICITUD DE SEGURO DENTAL INDIVIDUAL / FAMILIAR

Folio:
(para uso interno de Dentegra)

Datos del Contratante

Nombre o Razón social	R.F.C.	Tipo Fiscal: Física ☐ Moral ☐
	Fecha de Nacimiento / Constitución de la Empresa	

Profesión u Ocupación	Actividad o Giro del Negocio	Nacionalidad	CURP

Domicilio Particular

Calle	No. Exterior	No. Interior	Colonia	
C.P.	Municipio o Delegación		Ciudad o Población	Estado

Domicilio Fiscal (sólo llenar en caso de que sea diferente al domicilio particular)

Calle	No. Exterior	No. Interior	Colonia	
C.P.	Municipio o Delegación		Ciudad o Población	Estado

Clave Lada	Teléfono para localización	Correo Electrónico

Datos del Seguro

Plan	Inicio de Vigencia	
☐ Grafito (Básico) ☐ Titanio (Amplio)		La modalidad del Seguro es de Red Cerrada por lo que el Asegurado únicamente deberá acudir con los Dentistas de la Red DENTEGRA.

Datos de los Asegurados (Comenzar por el titular)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento(dd/mm/aaaa)	Sexo	Parentesco[1]
				M ☐ F ☐	Titular
				M ☐ F ☐	
				M ☐ F ☐	
				M ☐ F ☐	
				M ☐ F ☐	
				M ☐ F ☐	
				M ☐ F ☐	
				M ☐ F ☐	

1. Los parentescos de los familiares del titular podrán ser: cónyuge, hijos, padres y nietos.

Autorización de Pago

Forma de Pago	Tarjeta de Crédito	Anual ☐	12 meses sin intereses (Sólo bancos participantes) ☐	Tarjeta de Débito	Anual ☐

Cargo a Tarjeta de Crédito o Débito

Banco: _____ Tarjeta No. _____ Código de Seguridad _____

Vencimiento (mm/aa): _____

Por medio de la presente autorizo a Dentegra Seguros Dentales, S.A. a que por conducto del Banco o Institución de su elección y que con base en el contrato de apertura de crédito o débito de mi tarjeta afiliada a Visa o Mastercard que tenga celebrado y respecto al cual se me expidió la tarjeta de crédito o débito arriba citada, o en su caso el número de Tarjeta que por reposición de la anterior por robo o extravío de la misma me haya asignado El Banco, se sirva a efectuar el cargo automático de primas iniciales, subsecuentes e importes adicionales de la Póliza contratada. Extiendo la presente autorización por el tiempo de vigencia de la póliza y sus renovaciones y me obligo a manifestar por escrito a Dentegra Seguros Dentales S.A.. y con treinta días de anticipación la revocación de la presente autorización.

El Tarjetahabiente debe figurar en la póliza como Contratante o Asegurado (Titular o Dependiente) y se requiere adjuntar copia de una identificación oficial.

Nombre del Tarjetahabiente _____ Firma del Tarjetahabiente _____

Firma de Solicitud

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.

Firma del Contratante _____ Fecha _____

Datos del Agente

Nombre _____ Clave del Agente _____

Correo Electrónico _____ Firma del Agente _____

Mediante la firma de esta solicitud, el Contratante de manera expresa reconoce haber recibido por parte de Dentegra Seguros Dentales, S.A., su Aviso de Privacidad, y consiente expresamente el tratamiento de sus datos personales conforme al mismo. El Contratante y Asegurado(s), podrá(n) accesar en cualquier momento al Aviso de Privacidad de Dentegra Seguros Dentales, S.A., según el mismo sea modificado de tiempo en tiempo, en la siguiente Página Web: www.dentegra.com.mx

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 - 0048-2011 con fecha 07/12/2011. "CONDUSEF-000065-01"