SOLICITUD PARA EMISIÓN DE PÓLIZA

DENTEGRA Seguros Dentales

"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".

Datos del Contratante/Titular

Nombre(s), Apellido Paterno y Apellido Materno /Razón social	(letras, año, mes, día, homoclave) RFC	Correo electrónico	Ocupación
CURP	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Nacionalidad	País de nacimiento
Sexo M ☐ F ☐	Celular	Teléfono para localización (clave lada) (teléfono)	

Domicilio

Calle	No. Exterior	No. Interior	Colonia
C.P. / Municipio o delegación	Ciudad o población		Estado

Datos de los asegurados

No.	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Sexo	Parentesco
1					M ☐ F ☐	
2					M ☐ F ☐	
3					M ☐ F ☐	
4					M ☐ F ☐	
5					M ☐ F ☐	
6					M ☐ F ☐	
7					M ☐ F ☐	

No.	Domicilio ☐ (En caso de ser el mismo domicilio para todos los asegurados, marcar el recuadro)
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	

Personas Políticamente Expuestas

Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, ha sido jefe de Estado o de Gobierno, líder político, funcionario gubernamental, judicial o militar de alta jerarquía, alto ejecutivo de empresas estatales o funcionario o miembro importante de partidos políticos. Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, describa el puesto, la fecha y, en su caso, el parentesco que guarda con respecto a usted:

¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con una sociedad o asociación? Sí ☐ No ☐

En caso de conocer el nombre de dicha sociedad o asociación, mencione los datos que conozca:

Datos de la póliza

Plan	Prima mensual / Anual $	• Tarjeta de crédito o débito • Pago referenciado (Banamex o Santander) • Pago interbancario
	Vigencia *La vigencia de la solicitud será actualizada una vez llenada y aprovada su sulicitud.*	

Reconocimiento del Contratante

¿Actúa en nombre y cuenta propia en la contratación del seguro? Sí ☐ No ☐

En caso negativo, proporcione la siguiente información relacionada con el tercero por el que actúa:	Nombre completo del tercero por el que actúa:		
Acto jurídico a través del cual obtuvo el mandato o representación:	Parentesco o vínculo con usted:		
Calle	No. Exterior	No. Interior	Colonia
C.P. / Municipio o delegación	Ciudad o población		Estado
Teléfono para localización (obligatorio): (lada) (teléfono)	Correo electrónico:		

Asimismo, se le comunica al cliente que en caso de modificación a los datos de identificación contenidos en este formulario durante la vigencia de su contrato, deberá informarlo directamente a la aseguradora a través de su agente.

Declaración del Contratante y Firma de la Solicitud

Declaro bajo protesta de decir verdad, que la información contenida en el presente formato es verídica y en su llenado y entrega no ha mediado dolo, reticencia u omisión o inexacta declaración al respecto, por lo que autorizo a Dentegra Seguros Dentales, S.A. a que la misma sea corroborada, de estimarse conveniente.
Asimismo, a través de la firma de esta solicitud, autorizo y otorgo mi consentimiento a Dentegra Seguros Dentales, S.A. para utilizar los datos personales y sensibles aquí proporcionados, conforme con el Aviso de Privacidad que me fue previamente proporcionado y que conozco se encuentra en dentegra.com.mx.
De manera enunciativa más no limitativa se señala que el estado de cuenta, recibo, folio o número de confirmación de la transacción, en donde aparezca dicho cargo y la fecha de pago, hará prueba plena del pago, hasta en tanto la Institución entregue el comprobante de pago correspondiente.

Firma del Empleado Contratante

Fecha
(dd/mm/aaaa)

Observaciones

Formato de la documentación

En Dentegra hacemos lo posible para proteger el medio ambiente, por lo que te invitamos a participar con nosotros, permítenos entregarte la documentación contractual de tu póliza actual y renovaciones de manera electrónica. Elige la forma en que prefieras la entrega de tu documentación:

☐ Digital ☐ Impreso (derechos de poliza + $ XXX + IVA)

"Estimado asegurado, le recordamos que el producto que va a adquirir cuenta con exclusiones y limitantes, mismas que puede consultar en las condiciones generales del producto, las cuales se encuentran a su disposición en la siguiente página web: dentegra.com.mx"

"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 (01800) 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 de 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 27 de noviembre de 2018, con el número CNSF-H0714-0061-2018 / CONDUSEF-003510-01"

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE PARTICULARES

DENTEGRA pone a disposición del Contratante y de los Asegurados su Aviso de Privacidad en los términos de la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, mismo que podrá ser consultado en nuestra página web: **dentegra.com.mx** en el apartado de "Políticas de Privacidad" y podrá estar sujeto a cambios, por lo que le recomendamos su consulta de forma frecuente. Asimismo, **DENTEGRA** hace de su conocimiento que cuenta con políticas y mecanismos de seguridad para asegurar la Protección de los Datos Personales y Sensibles.