CERTIFICADO INDIVIDUAL

DATOS DEL CONTRATANTE		DATOS DEL CERTIFICADO	
Nombre o Razón Social:		**Póliza No.:**	**Fecha de Emisión**
		Vigencia de la póliza	**Vigencia de la póliza**
Domicilio:		Desde las 12:00 horas del Hasta las 12:00 horas del	Desde las 12:00 horas del Hasta las 12:00 horas del
		No. De Endoso	Fecha de Emisión
RFC:	Tel.	**Moneda:**	**Forma de Pago:**

DATOS DE LOS ASEGURADOS

Nombre del Asegurado	Parentesco	Fecha nacimiento	Fecha Alta

Plan: **Categoría:**

BENEFICIOS DENTALES[1]	Copago[2] o Coaseguro[2] Red Dentegra	Copago[2] o Coaseguro[2] Fuera de Red
Límite anual por persona[3] _____ Deducible[4] _____	Acceso a la Red de Dentistas: _____	

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 o Coaseguro:** Cantidad fija que el Asegurado debe pagar al Dentista ,calculado como un porcentaje de los Honorarios Máximos por cada porcedimiento 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 o sus Dependientes Económicos reciban alguno de los servicios considerados como Beneficios Cubiertos bajo Contrato de Seguro.

"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 XXX XXX XXXX 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, p 19 y 20, Col. Actipan, Benito Juárez, CP 03230,Ciudad de México."

"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 regustradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 5 de julio 2021, con el número CNSF-H0714-0082-2020 / CONDUSEF-004955-01".

Funcionario Autorizado

En testimonio de lo cual DENTEGRA firma el presente documento en México, Ciudad de México el Día___ de_____del___

Artículo 17.- Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

“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 5 de julio 2021, con el número CNSF-H0714-0082-2020 / CONDUSEF-004955-01”.

EXTRACTO DE CONDICONES GENERALES DEL CONTRATO

I. OBJETO

DENTEGRA se obliga, mediante el pago de la Prima, en los términos más adelante estipulados, a cubrir de manera directa o a reembolsar al Asegurado los gastos médicos por tratamientos o procedimientos dentales, y/o servicios de prevención de acuerdo a los términos, condiciones y límites estipulados en esta Póliza de Seguro Colectivo y en relación con el Plan contratado, cuyas características de Tratamientos dentales cubiertos, Copagos, deducibles, acceso a Red **DENTEGRA** o Red Abierta, y Límite Anual se estipulan en la presente Póliza de Seguro.

En caso de que los Tratamientos o Procedimientos dentales se presten fuera de la República Mexicana, **DENTEGRA** no estará obligada a cubrir los gastos de manera directa y solamente estará disponible la opción de reembolso y sujetos al honorario máximo contratado.

Tratamientos o Procedimientos de Urgencias

Tratamientos o Procedimientos dentales a consecuencia de una Urgencia Dental.

Tratamientos o Procedimientos de Servicios Básicos (Diagnóstico y Prevención)

Diagnóstico. Los procedimientos necesarios para asistir al dentista en la evaluación de las condiciones de salud existentes para prescribir o determinar el tratamiento dental requerido, o en su caso, para comprobar el estado de salud o vigor físico del Asegurado, que sean considerados acostumbrados de acuerdo a los estándares generalmente aceptados en la práctica dental.

Prevención. Los Procedimientos necesarios, incluyendo, aplicación de flúor y selladores de fisuras, para prevenir la ocurrencia de Enfermedades Dentales, considerados como necesarios y acostumbrados de acuerdo a los estándares generalmente aceptados en la práctica Dental.

Tratamientos o Procedimientos Dentales Restaurativos Básicos

Restaurativo. Servicios de amalgamas y resinas para el tratamiento de lesiones por caries, considerados como necesarios y acostumbrados de acuerdo a los estándares generalmente aceptados en la práctica dental.

Tratamientos o Procedimientos Quirúrgicos Menores

Extracciones y otros Procedimientos quirúrgicos menores, incluyendo también los cuidados pre y post quirúrgicos, considerados como necesarios y acostumbrados de acuerdo a los estándares generalmente aceptados en la práctica Dental.

Tratamientos o Procedimientos de Endodoncia

Procedimientos para terapia pulpar y obturación de conductos radiculares, considerados como necesarios y acostumbrados de acuerdo a los estándares generalmente aceptados en la Práctica Dental.

Tratamientos o Procedimientos de Remoción de Terceros Molares y Procedimientos Quirúrgicos Complejos

Remoción de terceros molares y otros Procedimientos quirúrgicos complejos, incluyendo también los cuidados pre y post quirúrgicos, considerados como necesarios y acostumbrados de acuerdo a los estándares generalmente aceptados en la Práctica Dental.

Tratamientos o Procedimientos de Periodoncia

Procedimientos para el Tratamiento de la Enfermedad de las encías y de las estructuras óseas que soportan los dientes, considerados como necesarios y acostumbrados de acuerdo con los estándares generalmente aceptados en la Práctica Dental.

Tratamientos o Procedimientos de Coronas

Restauración de dientes con onlays o coronas, cuando los dientes no pueden ser restaurados con amalgamas o resinas, consideradas como necesarios y acostumbrados de acuerdo a los estándares generalmente aceptados en la Práctica Dental.

Tratamientos o Procedimientos de Prostodoncia

Tratamientos o Procedimientos dentales, para la construcción de puentes y dentaduras parciales y/o completas, considerados como necesarios y acostumbrados de acuerdo a los estándares generalmente aceptados en la Práctica Dental.

EXCLUSIONES GENERALES

La Póliza de Seguro en ningún caso cubrirá los gastos originados por cualesquiera de los supuestos que a continuación se mencionan:

1. Tratamientos o materiales por malformaciones óseas y Dentales congénitas y Tratamientos o Procedimientos por afecciones durante el desarrollo de los dientes, por ejemplo: hipocalcificación o hipoplasia del esmalte.

2.Tratamientos o Procedimientos dentales que incrementan la dimensión vertical de una oclusión, reemplacen la pérdida de la estructura de los dientes por desgaste, tales como, atrición, bruxismo, rechinamiento, apretamiento de los dientes, abrasión, erosión, abfracción y por hábitos orales que dañen la integridad de los dientes, excepto que sea parte del Tratamiento Dental necesario y debido a un Accidente Dental o lesión bucal y directamente atribuible a éste. Tampoco se cubren los protectores o guardas oclusales y los ajustes oclusales.

3.Tratamientos, Procedimientos, intervenciones quirúrgicas o materiales realizados primariamente por motivos estéticos para mejorar la apariencia del Asegurado, mediante restauración plástica, corrección o eliminación de defectos; Tratamiento de fluorosis (un tipo de decoloración de los dientes); Tratamiento por pigmentación dental a consecuencia de medicamentos; carillas de porcelana u otras carillas que no tienen el propósito de restauración; así como cualquier otro Tratamiento o material que sea considerado como tal, de acuerdo a los estándares generalmente aceptados de la Práctica Dental, excepto que sea parte de algún Tratamiento dental necesario y debido a un Accidente Dental o lesión bucal directamente atribuible a éste. Si los Tratamientos o Procedimientos realizados en un diente en particular no están excluidos, el Tratamiento cosmético de los dientes adyacentes o que están cerca del afectado se considerarán como Excluidos.

4.Gastos Dentales a consecuencia de Tratamientos o Procedimientos dentales incorrectos que hubieran sido proporcionados antes de la vigencia de la Póliza de Seguro o por Dentistas fuera de la Red DENTEGRA durante la vigencia de la Póliza de Seguro.

5.Tratamientos o Procedimientos prestados o materiales suministrados por un Dentista antes de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza de Seguro o antes de la fecha de inicio de la Cobertura de los Asegurados.

6.Utilización de medicamentos por autoprescripción que causen una lesión bucal que

amerite una Urgencia Dental.
7.Gastos por radiografías que se necesiten tomar para realizar los diferentes Tratamientos y aquellas posteriores al Tratamiento para comprobar la calidad del mismo, no serán pagados ya que su costo está incluido en el Honorario Máximo Autorizado de cada Tratamiento
8.Ferulización para Tratamiento de enfermedad periodontal, e injertos extra-orales (injertos de tejido en la parte de afuera de la boca).
9.Programas de control preventivo de la placa dento-bacteriana, incluyendo programas de instrucción de higiene oral, que no estén incluidos en el Tratamiento o Procedimiento de Evaluación Oral o Consulta.
10.Terapia miofuncional (de la función de los músculos). Equilibrio de la oclusión, gnatología (estudio y o corrección de las fuerzas masticatorias y las partes anatómicas involucradas) y Tratamientos o Procedimientos asociados. Diagnóstico y/o Tratamiento por la disfunción de la articulación temporomandibular o musculatura, nervios u otros tejidos asociados.
11.Medicamentos y enjuagues bucales, incluyendo los de aplicación tópica para Tratamientos de Enfermedad periodontal, pre-medicación, analgesia, sedación intravenosa, anestesia general. Así mismo, los cargos separados por anestesia local no estarán cubiertos ya que éstos forman parte de los gastos del Tratamiento o Procedimiento Dental.
12.Tratamientos o Procedimientos, materiales para injerto de hueso o materiales similares usados con el mismo fin, para el relleno de defectos en zonas sin dientes.
13.Tratamientos o Procedimientos de con Inlay (incrustaciones).
14.Tratamientos o Procedimientos dentales de naturaleza experimental o de investigación, o que no sean considerados como necesarios y acostumbrados de acuerdo a los estándares generalmente aceptados en la Práctica Dental.
15.Tratamientos o Procedimientos dentales prestados o materiales suministrados después de la terminación de la Vigencia de la Póliza de Seguro, a menos de que el Tratamiento o Procedimiento haya comenzado durante la vigencia de la Póliza de Seguro.
16.En los casos donde los Tratamientos o Procedimientos dentales requieran ser realizados o suministrados en un hospital o en cualquier instalación para Tratamientos quirúrgicos, DENTEGRA no cubre cualquier Honorario adicional cobrado por el Dentista por dichos Tratamientos o Procedimientos dentales en hospital, ni cubrirá cualquier gasto del hospital y/o quirófano, de los materiales, de anestesia o de la instalación para Tratamientos quirúrgicos.
17.Servicios de administración del Consultorio Dental, Servicios de administración para el cobro de los siniestros y cualquier otro costo administrativo que no esté expresamente incluido en el Plan.
18.Servicios de transportación de ambulancia, hospitalización por cualquier causa objeto de este seguro.
19.Cualquier servicio de fase de no-tratamiento como puede ser la provisión de un ambiente antiséptico, la esterilización de equipo o control de infecciones, así como cualquier material auxiliar que se use en el Tratamiento o Procedimiento cuando su costo deba estar incluido en el costo del Tratamiento o Procedimiento (Honorario Máximo del Dentista), de acuerdo a los estándares generalmente aceptados en la Práctica Dental, como pueden ser, pero no limitados a algodones, mascarillas y las técnicas de relajación como música.

20.Tratamiento en dientes sin restaurar o reemplazo de restauraciones existentes para cualquier propósito diferente que el de restaurar lesiones por caries activas (con cavidad) o por desajuste demostrable de la restauración.
21.Tratamientos o Procedimientos de ortodoncia (Tratamientos para la corrección de dientes o mandíbulas mal posicionadas). No se cubren extracciones por Indicación ortodóntica.
22.Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del Tratamiento odontológico o quirúrgico por las lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en la Póliza de Seguro.
23.Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del Tratamiento odontológico o quirúrgico causada por negligencia del Asegurado a las indicaciones del Dentista tratante.
24.Ningún Tratamiento que no esté especificado dentro de los beneficios del Plan.
25.En Incisiones y Drenajes de Abscesos se excluye la "Angina de Ludwig".
26.Gastos en que se incurra a consecuencia de hechos de guerra, alborotos populares, motines y epidemias declaradas oficialmente.
27.Gastos en que se incurra por Accidentes o Enfermedades Dentales que se originen a consecuencia de:
(i)Delitos dolosos o intencionales en los cuales el Asegurado sea considerado como sujeto activo o partícipe del delito.
(ii)Lesiones auto inflingidas, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental

Limitaciones a los Beneficios

Limitaciones a los Limitaciones en Planes de Tratamientos o Procedimientos dentales. En todos los casos en los que el Asegurado se someta a un Plan de Tratamiento Dental más costoso o distinto de los Tratamientos o Procedimientos dentales cubiertos por la Póliza de Seguro, **DENTEGRA** únicamente pagará el porcentaje aplicable al Honorario Máximo del Tratamiento o Procedimiento Dental alternativo menos costoso, únicamente si el Tratamiento o Procedimiento Dental restaura la salud bucodental del Asegurado de acuerdo con los estándares generalmente aceptados en la Práctica Dental. La diferencia de costo por dicho Plan de Tratamiento Dental alternativo queda a cargo del Asegurado. Dentro de dichos Planes de Tratamiento Dental alternativos se incluyen, entre otros, técnicas especializadas que lleven oro, aditamento de precisión parcial, sobre-dentaduras o dentaduras superpuestas, Implantes, dentaduras de precisión, personalización o caracterización como son joyas, hombros en coronas o cualquier otro medio de cobro de Tratamientos o Procedimientos dentales en componentes individuales cuando la costumbre es pagarlos como parte de un Tratamiento o Procedimiento Dental general, de acuerdo a los estándares generalmente aceptados en la Práctica Dental.

Limitaciones a Consultas y Evaluaciones Orales (incluyendo visitas para Observación)
Para los Tratamientos o Procedimientos de Urgencias Dentales, las Consultas por Urgencia Dental están limitadas a una por evento de urgencia con el Dentista General y en su caso una por evento de urgencia con el Especialista.

Limitaciones en Radiografías
DENTEGRA únicamente pagará por las radiografías que se requieran para fines de diagnóstico. Las radiografías que se necesiten tomar para realizar los diferentes Tratamientos

o Procedimientos dentales y aquellas posteriores al Tratamiento para comprobar la calidad del mismo, no serán pagadas ya que su costo está incluido en el Honorario Máximo Autorizado de cada Tratamiento o Procedimiento Dental.
(i) Para el caso de las radiografías Periapicales, Oclusales, Aleta de Mordida, la Serie Radiográfica, así como la Placa Panorámica, el máximo a pagar anualmente por cualquier combinación de éstas no podrá ser mayor al costo de una Serie Radiográfica.
(ii) Si se toma una radiografía Panorámica en combinación con una serie intraoral completa, **DENTEGRA** considerará la radiografía panorámica incluida en la serie intraoral completa, por lo que únicamente pagará el costo de esta última (esta limitación no sustituye a la limitación (i) anterior).

Limitaciones en Selladores
Solo podrán ser aplicados en dientes sin caries y sin restauraciones en la superficie oclusal.

Limitaciones en Restaurativo Básico
Si un diente puede ser restaurado con amalgama o composite con base de resina, pero el Asegurado y el Dentista seleccionan otro tipo de restauración o material, DENTEGRA solamente pagará el porcentaje aplicable del Honorario Máximo del Tratamiento o Procedimiento Dental restaurativo de menor costo. La diferencia en el costo queda a cargo del Asegurado y se considerará como Excluido de la Póliza de Seguro.
En el módulo de Restaurativo Básico No se cubren tratamientos o procedimientos de amalgamas o resinas en dientes posteriores con tratamiento de endodoncia. Así mismo, el tratamiento con inlays (incrustaciones) no está cubierto en dicho módulo.
De acuerdo a los estándares de la práctica dental, los Tratamientos o Procedimientos indicados para el caso de las caries sin cavidad (incipientes) son las restauraciones con resina fluida o los selladores y no los composite con base de resina.

Limitación a las Resina (Composite con Base de Resina) en Dientes Posteriores
Se cubren las resinas de 1 (una) y 2 (dos) superficies en dientes posteriores siempre y cuando el diente no haya sido tratado con ningún tipo de obturación anteriormente y el ancho de la lesión en la cara oclusal sea menor al 50% (cincuenta por ciento); será obligatorio presentar las fotografías y/o radiografías de diagnóstico y postoperatorias para que proceda el pago.
De acuerdo a los estándares de la práctica dental, los Tratamientos o Procedimientos indicados para el caso de las caries sin cavidad (incipientes) son las restauraciones con resina fluida o los selladores y no los composite con base de resina.

Limitación de Tratamientos o Procedimientos dentales Quirúrgicos Menores
El Tratamiento o Procedimiento Dental de raspado y alisado para los planes que no incluyan la Cobertura de Periodoncia, aplican únicamente a pacientes mayores de 35 (treinta y cinco) años con problemas periodontales evidentes (con bolsas periodontales de 5mm o más). Este Tratamiento o Procedimiento Dental deberá ser realizado por un Periodoncista y se cubrirán un máximo de 2 (dos) cuadrantes en el periodo establecido en el Alcance de los Beneficios cubiertos.

Limitaciones en Tratamientos o Procedimientos de Periodoncia
Los Tratamientos o Procedimientos de Cirugía Periodontal en el mismo cuadrante se pagarán no más de una vez en el periodo establecido en el Alcance de los Beneficios cubiertos, que se medirá a partir de la fecha en la que fue realizada la última Cirugía Periodontal en dicho

cuadrante no importando si fue pagado dentro de la Vigencia de la Póliza de Seguro cubierta por otra Aseguradora o administradora de Servicios de salud o por el Asegurado. Los Beneficios del módulo de Tratamientos o Procedimientos de Periodoncia se cubren únicamente cuando se apliquen sobre dientes naturales.

Limitaciones en Coronas

El reemplazo de coronas se pagará no más de una vez en el periodo establecido en el Alcance de los Beneficios cubiertos, y solamente si las coronas existentes no son satisfactorias funcionalmente y no pueden corregirse.

El periodo de alcance del beneficio comenzará a contarse a partir de la fecha en que se realizó la restauración por última vez según los registros de DENTEGRA.

El poste y muñon quedaran cubiertos siempre y cuando haya una pérdida del 50% (cincuenta por ciento) o más de estructura dentaria y la restauración final será una corona completa.

El onlay es la restauración mínima recomendada en dientes posteriores con tratamiento de conducto radicular (endodoncia), por lo que, en estos casos, no se cubren tratamientos o procedimientos de amalgamas o resinas por lo que será su responsabilidad pagarlo en su totalidad.

Limitaciones en Beneficios de Prostodoncia

Los reemplazos de Tratamientos de Prostodoncia se pagarán no más de una vez en el periodo establecido como Alcance del Beneficio, y solamente si no son satisfactorios funcionalmente y no pueden corregirse. Los Tratamientos o Procedimientos dentales necesarios para ajustar al aparato de Prostodoncia se prestarán de acuerdo con las condiciones de la Póliza de Seguro. Los aparatos de Prostodoncia soportados por Implantes se pagarán no más de una vez en el periodo establecido como Alcance del Beneficio, y solamente si no son satisfactorios y no pueden corregirse. El período se contará a partir de cualquier provisión de dichos aparatos soportados por Implantes. No se cubren puentes fijos para reponer segundos premolares y molares, que no sean soportados por coronas en ambos lados del espacio sin dientes.

Interés moratorio

En caso de que **DENTEGRA,** no obstante haber recibido de manera completa los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada por el Asegurado, no cumpla con la obligación de resarcir o pagar la indemnización procedente, dentro de un plazo de 30 (treinta) días naturales, **DENTEGRA** pagará al Asegurado un interés por mora de conformidad con lo dispuesto por el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el cual comenzará a computarse a partir del día siguiente en que venza el plazo antes mencionado y hasta el día inmediato anterior al pago de la indemnización.

Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de **DENTEGRA** o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de dicha Comisión, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277, último párrafo de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de 2 (dos) años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o en su caso, a partir de la negativa de **DENTEGRA** a satisfacer las pretensiones del Asegurado o el Contratante.

En caso de que alguna de las partes previstas bajo el Contrato de Seguro decida no someterse al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer, a su elección, ante los tribunales competentes ubicados en el domicilio de cualquiera de las delegaciones de la CONDUSEF.