

# **DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL**

# **SEGURO GASTOS MÉDICOS DENTALES ODONTORED INDIVIDUAL**

---

**La presente póliza, contiene las condiciones aplicables al Contrato de Adhesión de Seguro de Gastos Médicos Individual, de conformidad con lo previsto por el artículo 36-D fracción II de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.**

## **DEFINICIONES**

Para efectos del presente contrato, se definen los siguientes términos como a continuación:

**1. ACCIDENTE:**

Acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produce lesiones corporales en la persona del Usuario-Asegurado siempre y cuando se origine dentro del periodo de vigencia de la póliza y que requiere atención dental dentro de los noventa días naturales siguientes al evento que le dio origen. No se considera accidente, cualquier lesión provocada intencionalmente por el Usuario-Asegurado.

**2. AMALGAMAS:**

Aleación de 2 o más materiales que se emplea para llenar cavidades dentales.

**3. AMALGAMAS Y RESINA COMPUESTA:**

Restauraciones que abarcan dos superficies del diente.

**4. AMALGAMAS Y RESINA SIMPLE:**

Restauraciones que abarcan una sola cara del diente.

**5. APICETOMÍA:**

Procedimiento quirúrgico para remover la parte final de la raíz o ápice.

**6. APICIFORMACIÓN:**

Limpiar los conductos radiculares necróticos e introducir un material de obturación con capacidad de inducir el cierre apical.

**7. USUARIO-ASEGURADO(s):**

Es aquella persona física así como sus Dependientes Económicos que se encuentran cubiertos por la presente póliza y cuyos nombres aparecen en la carátula de la misma.

**8. USUARIO-ASEGURADO TITULAR:**

Persona física residente en territorio de los Estados Unidos Mexicanos, a favor de quien se extiende la cobertura de la presente póliza.

**9. CARÁTULA DE LA PÓLIZA:**

Documento que contiene la información sobre los términos principales bajo los cuales debe operar esta póliza, en donde se estipulan los datos de (los) Usuario-Asegurado (s) Plan y sumas aseguradas correspondientes, así como deducibles y copago.

**10. LA ISES:**

Odontored Seguros Dentales S.A. DE C.V, en adelante ODONTORED quien otorga las coberturas contratadas y que será responsable del pago de los tratamientos estipulados en la póliza.

**11. COPAGO:**

Porcentaje a cargo del Usuario-Asegurado, especificado en la carátula de la póliza, que se aplica al monto total de los tratamientos cubiertos en cada reclamación, una vez descontado el deducible.

**12. COBERTURA:**

Tratamientos Odontológicos cubiertos por el presente seguro especificados en el endoso de Coberturas Amparadas correspondiente al Plan Contratado.

**13. CONSULTA:**

Entrevista entre el Usuario-Asegurado y el ODONTÓLOGO a fin de lograr un diagnóstico y en su caso un tratamiento, que se indica en la historia clínica, para la recuperación o mantenimiento de la salud bucal.

**14. CONTRATANTE:**

Es la persona física o moral que ha solicitado a ODONTORED una póliza de seguro para sí o para terceras personas. Es la persona responsable ante ODONTORED de pagar la prima correspondiente y de informar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, materia del seguro.

**15. CONTRATO:**

Las declaraciones del contratante en la solicitud, la Póliza, las presentes Condiciones Generales, las Cláusulas o Endosos que lleva anexos, el Folleto Explicativo, el registro de Usuario-Asegurados constituyen testimonio y/o prueba del contrato celebrado entre el contratante y ODONTORED.

**16. CREDENCIAL:**

Tarjeta de identificación emitida por ODONTORED que acredita al Usuario-Asegurado de la presente póliza como tal, ante la Red Médica Odontológica.

**17. DEDUCIBLE:**

Cantidad a pagar a cargo del Usuario-Asegurado especificada en la carátula y/o endosos de esta póliza, que se debe cubrir una sola vez por período de vigencia de la póliza y se aplica en la primera reclamación.

**18. DEPENDIENTES ECONÓMICOS:**

Se consideran dependientes económicos del Usuario-Asegurado Titular, al cónyuge y los hijos.

- ✓ Cónyuge: Se entenderá como la persona con quien el Usuario-Asegurado Titular hubiere contraído matrimonio civil o viviere en concubinato.
- ✓ Se entenderá para efectos de la cobertura como hijos del Usuario-Asegurado Titular a:
  - i. Los hijos con edad menor o igual a 18 años cumplidos.
  - ii. Los hijos mayores a 18 años de edad y menores a 25 de edad siempre y cuando dependan económicamente del Usuario-Asegurado titular y demuestren que son estudiantes de tiempo completo.

Se podrán considerar a los padres del Usuario-Asegurado Titular como dependientes económicos de este, siempre y cuando hayan sido declarados en la solicitud de seguro y aceptados por ODONTORED, por escrito en la carátula de la póliza.

**19. DIAGNÓSTICO:**

Procedimiento consistente en entrevista, examen físico, pruebas médicas y otros auxiliares orientados a reconocer e identificar el problema o enfermedad a través de sus signos y síntomas.

**20. EMERGENCIA:**

Casos de emergencia, médico o quirúrgico, son aquellos en que hay una necesidad de tratamiento dental inmediato, no hay tiempo para la preparación para la cirugía, y se encuentra en peligro la vida o la viabilidad de algún órgano o tejido del paciente.

**21. ENDODONCIA:**

Rama de la Odontología que estudia la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan a la cavidad pulpar, raíz y tejido periapical.

**22. ENDOSO:**

Documento que modifica y/o adiciona, previo acuerdo entre el Contratante y ODONTORED, las Condiciones Generales de la presente póliza y forma parte de ésta.

**23. ENFERMEDAD:**

Toda alteración de la salud bucal del Usuario-Asegurado, debida a causas anormales, internas o externas en relación al organismo, por las cuales amerite tratamiento dental, siempre y cuando se

origine dentro del periodo de vigencia de la póliza. No se considerarán como enfermedad las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el Usuario-Asegurado.

**24. EVENTO:**

Cada uno de los tratamientos y/o procedimientos amparados por esta póliza.

**25. EXCLUSIONES:**

Se refiere a todo hecho, situación o condición no cubierta por la póliza y que se encuentren expresamente indicadas.

**26. EXTRACCIÓN:**

Es el procedimiento que consiste en quitar una pieza dentaria temporal o permanente.

**27. FRENILECTOMÍA LABIAL:**

Procedimiento quirúrgico que elimina o modifica la inserción del frenillo labial.

**28. FRENILECTOMÍA LINGUAL:**

Procedimiento quirúrgico que elimina o modifica la inserción del frenillo lingual.

**29. GASTOS CUBIERTOS:**

Erogaciones en las que incurra el Usuario-Asegurado para la atención de los tratamientos que se describen en el capítulo de COBERTURAS, siempre que hayan sido originados dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos; que el Usuario-Asegurado se encuentre dentro del período de cobertura al momento de ocurrir el tratamiento; que la póliza se encuentre al corriente de pago y no se encuentre excluido por las presentes condiciones generales o endosos que formen parte del contrato

**30. GASTOS HOSPITALARIOS:**

Erogaciones efectuadas por la prestación de servicios para la atención del Usuario-Asegurado en un hospital para corregir un padecimiento.

**31. GASTOS USUAL Y ACOSTUMBRADO (GUA):**

Monto o valor que ha sido convencionalmente pactado con los Prestadores de Servicio de la Red de Odontólogos.

**32. HISTORIA CLÍNICA:**

Recopilación de los datos generales del paciente, para su expediente personal.

**33. HONORARIOS ODONTOLÓGICOS.**

Remuneración que obtiene el odontólogo, legalmente autorizado para ejercer su profesión, por los servicios que presta al Usuario-Asegurado.

**34. ODONTOLOGÍA:**

Rama de la Medicina que estudia las estructuras bucales sanas y sus alteraciones para su prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

**35. ODONTÓLOGO:**

Persona que ha recibido el título de Cirujano Dentista y que esta legalmente autorizado para practicar la odontología.

**36. ODONTOPEDIATRA:**

Odontólogo que se especializa en el cuidado de la salud oral de los niños, desde bebés hasta adolescentes.

**37. ORTOPEDIA:**

Es una de las ramas de la Medicina y de la odontología que se dedica a estimular o atenuar el crecimiento óseo, la ortopedia generalmente va seguido por la ortodoncia que es el movimiento dentario.

**38. PADECIMIENTO CUBIERTO:**

Toda alteración en la salud bucal que sufra el Usuario-Asegurado mientras se encuentre vigente el presente contrato y que no esté expresamente excluido en la póliza o no se encuentre dentro del período de espera correspondiente.

**39. PADECIMIENTOS PREEXISTENTES:**

a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico con cédula profesional emitida por la Secretaría de Educación Pública, o bien, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

b) Que previamente a la celebración del contrato, el Usuario-Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

Para efectos de preexistencia no se considerará que la vigencia se haya interrumpido si opera la rehabilitación de la póliza.

A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, ODONTORED, como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al solicitante que se someta a un examen médico.

Al Usuario-Asegurado que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

**40. PAGO DIRECTO:**

Beneficio mediante el cual ODONTORED pagará directamente al proveedor, los gastos que procedan por motivo de la atención o servicios proporcionados cubiertos por este Programa. Para disfrutar de este sistema, se requiere ser atendido por Proveedores Participantes de la Red de Odontólogos y que la Póliza se encuentre vigente.

**41. PLAN CONTRATADO**

Conjunto de procedimientos amparados por la póliza y que se enlistan en la carátula de la póliza.

**42. PLAN DE TRATAMIENTO:**

Propuesta de actividades que presenta el ODONTÓLOGO al Usuario-Asegurado para reestablecer su salud bucal.

**43. PÓLIZA DE SEGURO:**

Documento que instrumenta el contrato del seguro y que contiene las normas que de forma general y particular, regulan las relaciones contractuales convenidas entre ODONTORED y el Usuario-Asegurado y/o contratante y del cual forman parte las Condiciones Generales, la Carátula de la Póliza, la Solicitud de Seguro, los Endosos y las Cláusulas Adicionales que se agreguen, los cuales constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre el contratante y ODONTORED.

**44. PROFILAXIS:**

Retiro mecánico de cálculos dentarios y placa dento-bacteriana de las superficies visibles de los dientes.

**45. PULPOTOMÍAS:**

Extirpación quirúrgica de la porción coronaria del paquete vásculo nervioso y tratamiento para la preservación de las porciones radiculares.

**46. RADIOGRAFIA:**

Examen diagnóstico realizado con Rayos X para obtener imágenes internas del diente y de los tejidos circundantes.

**47. RADIOGRAFÍA INTERPROXIMAL INTRAORAL:**

Radiografía para el examen interproximal donde aparecen dientes superiores e inferiores.

**48. RADIOGRAFIA OCLUSAL:**

Radiografía para el examen de áreas amplias del maxilar superior o la mandíbula.

**49. RADIOGRAFIA PERIAPICAL:**

Radiografía para el examen de la pieza dental completa y las estructuras circundantes.

**50. RED MEDICA ODONTOLOGICA**

El conjunto de prestadores de servicios odontológicos y de apoyo en el territorio nacional, con los cuales Odontored Seguros Dentales, S.A. DE C.V., ha suscrito un convenio para proporcionar a los Usuarios-Asegurados los servicios que ampara la presente póliza y su integración aparece en el Directorio Médico Odontológico.

**51. REEMBOLSO:**

Sistema mediante el cual los gastos realizados por el Usuario-Asegurado como consecuencia de algún o algunos tratamientos cubiertos por el Plan Contratado, serán reintegrados posteriormente por ODONTORED al Usuario-Asegurado Titular.

**52. RESINA:**

Es una mezcla plástica del color del diente relleno.

**53. RESTOS RADICULARES:**

Restos de raíces.

**54. SOLICITUD DE SEGURO:**

Documento que deberá llenarse y firmarse por el contratante. Indispensable para la emisión de la póliza, no aplica en venta por Telemercadeo.

**55. SUMA ASEGURADA:**

Cantidad máxima de responsabilidad anual de ODONTORED, por Usuario-Asegurado, a consecuencia de gastos ocurridos por tratamientos o procedimientos cubiertos. La Suma Asegurada se reinstala automáticamente en cada renovación.

**56. TRATAMIENTO:**

Intervenciones que realiza el ODONTÓLOGO de acuerdo con el Usuario-Asegurado con la finalidad de limitar y/o rehabilitar las enfermedades o trastornos de su cavidad bucal.



**57. TRATAMIENTOS DE CONDUCTOS:**

Rama de la Odontología que estudia la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan a la cavidad pulpar, raíz y tejido periapical, (endodoncias).

**58. URGENCIA:**

Situaciones de urgencia, médica o quirúrgicas, son aquellas en que hay una necesidad de tratamiento dental para la supresión del dolor intenso y o los tratamientos que se requieren o son necesarios para contener hemorragias.

**OBJETO DEL SEGURO**

Mediante el presente contrato, Odontored Seguros Dentales S.A. DE C.V. (en lo sucesivo se le denominará solamente ODONTORED) estará obligada a cumplir con la prestación de servicios dirigidos a restaurar la salud a consecuencia de que se produzca la eventualidad prevista en el presente contrato de seguro dentro de la vigencia del mismo.

**COBERTURAS**

Durante la vigencia de la póliza, el Asegurado recibirá la atención odontológica encaminada a recuperar su salud dental, a través de la red odontológica de Odontored, de acuerdo al plan contratado, mismo que se indica en la Carátula de la Póliza.

Los Servicios cubiertos por el Plan son los que a continuación se describen:

***URGENCIA***

- ✓ 01.015 Consulta de Urgencia.

***OPERATORIA DENTAL***

- ✓ 03.001 Restauración con Amalgama en una 1 cara y con Recubrimiento.
- ✓ 03.002 Restauración con Amalgama en 2 caras y con Recubrimiento.
- ✓ 03.003 Restauración con Amalgama en 3 caras y con Recubrimiento.
- ✓ 03.004 Restauración con Amalgama en 4 caras y con Recubrimiento.
- ✓ 03.005 Restauración con Resina Fotopolimerizable y recubrimiento en Diente Anterior 1 Cara.
- ✓ 03.006 Restauración con Resina Fotopolimerizable y recubrimiento en Diente Anterior 2 Caras.
- ✓ 03.007 Restauración con Resina Fotopolimerizable y recubrimiento en Diente Anterior 3 Caras.
- ✓ 03.008 Restauración con Resina Fotopolimerizable y recubrimiento en Diente Posterior 1 Cara.

**ODONTOPEDIATRÍA**

- ✓ 04.007 Restauración de Amalgama en una 1 cara con Recubrimiento.
- ✓ 04.008 Restauración de Amalgama en 2 caras con Recubrimiento.
- ✓ 04.009 Restauración de Amalgama en 3 caras con Recubrimiento.
- ✓ 04.010 Restauración de Amalgama en 4 caras con Recubrimiento.
- ✓ 04.011 Restauración de Resina Fotopolimerizable con recubrimiento en Diente Anterior 1 Cara.
- ✓ 04.012 Restauración de Resina Fotopolimerizable con recubrimiento en Diente Anterior 2 Caras.
- ✓ 04.013 Restauración de Resina Fotopolimerizable con recubrimiento en Diente Anterior 3 Caras.
- ✓ 04.014 Restauración de Resina Fotopolimerizable con recubrimiento en Diente Posterior 1 Cara.
- ✓ 04.015 Restauración de Resina Fotopolimerizable con recubrimiento en Diente Posterior 2 Caras.
- ✓ 04.016 Restauración de Resina Fotopolimerizable con recubrimiento en Diente Posterior 3 Caras.
- ✓ 04.017 Restauración de Resina Compuesta con recubrimiento 1 Cara.
- ✓ 04.018 Restauración de Resina Compuesta con recubrimiento 2 Caras.
- ✓ 04.019 Restauración de Resina Compuesta con recubrimiento 3 Caras.
- ✓ 04.026 Pulpotomía.
- ✓ 04.029 Exodoncia Simple de Dientes Deciduos.

**RADIOGRAFÍAS**

- ✓ 06.013 Radiografía periapical intraoral (unidad).
- ✓ 06.014 Radiografía interproximal intraoral (unidad).
- ✓ 06.015 Radiografía oclusal intraoral (unidad).

**CIRUGÍA**

- ✓ 09.001 Exodoncia simples.
- ✓ 09.002 Exodoncia de Raiz Residual.
- ✓ 09.003 Exodoncia de Diente Semi-Incluido.
- ✓ 09.004 Exodoncia de Diente Incluido/Impactado.
- ✓ 09.011 Biopsia de la Cavidad Oral.
- ✓ 09.012 Frenilectomía Labial/Lingual.
- ✓ 09.020 Apicectomía Unirradicular sin/con Obturación de retroceso(incluye curetaje apical).
- ✓ 09.021 Apicectomía Multirradicular sin/con Obturaciones de Retroceso(incluye curetaje apical).
- ✓ 09.022 Amputación Radicular sin Obturación de Retroceso (por raiz).
- ✓ 09.043 Exodoncia Simple de diente Supernumerario Superior Derecho.
- ✓ 09.044 Exodoncia Simple de diente Supernumerario Superior Izquierdo.
- ✓ 09.045 Exodoncia Simple de diente Supernumerario Inferior Derecho.
- ✓ 09.046 Exodoncia Simple de diente Supernumerario Inferior Izquierdo.
- ✓ 09.047 Exodoncia de diente Semi-Incluido Supernumerario Superior Derecho.
- ✓ 09.048 Exodoncia de diente Semi-Incluido Supernumerario Inferior Derecho.
- ✓ 09.049 Exodoncia de diente Semi-Incluido Supernumerario Superior Izquierdo.

- ✓ 09.050 Exodoncia de diente SemiIncluido Supernumerario Inferior Izquierdo.
- ✓ 09.051 Exodoncia de diente Supernumerario Incluido Superior Derecho.
- ✓ 09.052 Exodoncia de diente Supernumerario Incluido Superior Izquierdo.
- ✓ 09.053 Exodoncia de diente Supernumerario Incluido Inferior Derecho.
- ✓ 09.054 Exodoncia de diente Supernumerario Incluido Inferior Izquierdo.

#### ***ENDODONCIA***

- ✓ 10.001 Tratamiento Endodóntico Unirradicular.
- ✓ 10.002 Tratamiento Endodóntico Birradicular.
- ✓ 10.003 Tratamiento Endodóntico con 3 o mas canales.
- ✓ 10.006 Tratamiento de ápice incompleto.
- ✓ 10.010 Pulpotomía.
- ✓ 10.013 Retratamiento Endodóntico Unirradicular (incluye la desobturación, instrumentación e obturación).
- ✓ 10.014 Retratamiento Endodóntico Birradicular (incluye la desobturación, instrumentación e obturación).
- ✓ 10.015 Retratamiento Endodóntico con 3 o mas canales (incluye desobturación, instrumentación e obturación).

#### **Padecimientos o procedimientos con Tiempo de Espera**

La cobertura dental cuenta un periodo de espera de 30 días para todos los procedimientos cubiertos de acuerdo a lo señalado en la carátula de la Póliza.

El periodo de espera o de carencia es el periodo posterior inmediato al inicio de la vigencia del Contrato de Seguro o al alta de cada Usuario-Asegurado durante el cual el Usuario-Asegurado no podrá contar con los Servicios sobre los procedimientos cubiertos en la póliza aun y cuando está se encuentre en vigor y al corriente de pago.

El derecho a la utilización de los servicios dentales de cada cobertura contratada dará inicio al final del periodo de carencia de acuerdo a los días indicados en la carátula de la póliza.

Este periodo no aplica para urgencias, que ocurran dentro de la vigencia de la póliza ni en caso de renovación de la póliza, ni en caso de accidente, en virtud de ser éste un evento externo, violento, súbito y fortuito, es decir ajeno a la voluntad del usuario-asegurado.

#### **SUMA ASEGURADA**

La Cobertura dental ofrecida por ODONTORED contempla una suma asegurada anual por Usuario-Asegurado de \$10,000.00 como monto total, no acumulable ni reinstalable salvo en la renovación, En consecuencia queda entendido que la suma asegurada se reinstala de manera automática en cada renovación.

**La Cobertura dental ofrecida por ODONTORED solo incluye los honorarios de los Odontólogos, quedando excluidos los medicamentos, los conceptos no incluidos en la tabla de tratamientos cubiertos y la participación en el pago del Servicio solicitado a través del copago a cargo del Usuario-Asegurado.**

La Cobertura dental ofrecida en estos Planes cuenta con un Límite de Suma Asegurada Anual. Por lo tanto ODONTORED solo cubrirá hasta el límite anual indicado en la carátula de la póliza y en caso de llegar al límite estipulado como Límite de Suma Asegurada, el Usuario-Asegurado podrá acceder a los servicios con los proveedores de la Red Médica Odontológica a precios preferenciales los cuales deberán ser pagados directamente en el consultorio del prestador al momento de recibir la atención correspondiente.

### **RED MÉDICA ODONTOLÓGICA (Contratada)**

Las coberturas amparadas por el presente contrato, se proporcionaran a través de la red médica odontológica de ODONTORED la cual se integra con prestadores de servicios odontológicos y de apoyo en todo el territorio nacional, los cuales aparecen en el Directorio Médico Odontológico.

ODONTORED se encuentra obligado a notificar por escrito, a través de su página web *o por medios electrónicos* a los Usuario-Asegurados dentro de los quince días hábiles siguientes a que sucedan, de los cambios en la red médica odontológica.

### **SERVICIOS PROPORCIONADOS FUERA DE LA RED (Reembolsos)**

Los gastos efectuados por el Usuario-Asegurado con prestadores que no pertenezcan a la Red Médica Odontológica y que sean procedentes por estar cubiertos por la póliza, se pagarán vía reembolso sin que excedan el costo convenido con los Odontólogos de la Red de precios convenidos con la Red Médica Odontológica, previa autorización por escrito por parte de ODONTORED.

A efecto de que ODONTORED evalúe la procedencia del reembolso, el Usuario-Asegurado deberá comprobar a ODONTORED la realización del evento, presentando su reclamación acompañada de las formas y documentos que a continuación se enumeran, en los cuales deberá consignar todos los datos e informes que en los mismos se indiquen:

- a) Formato de Declaración del Reclamante y del Odontólogo, que proporcione ODONTORED debidamente llenado y firmado.
- b) Facturas Originales de cada uno de los gastos que se hayan hecho y que satisfagan los requisitos fiscales a nombre del Usuario-Asegurado Titular.

- c) Los recibos de honorarios Dentales deberán especificar claramente el concepto que se está cobrando a nombre del Usuario-Asegurado Titular.
- d) Radiografías previas y posteriores al tratamiento
- e) La demás documentación e información que solicite ODONTORED que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada

## **EXCLUSIONES Y LIMITACIONES**

***Los Programas de Seguros Dental que fundamenta las presentes condiciones, en ningún caso cubrirán los gastos que se originen por cualquiera de los siguientes conceptos:***

***Tratamientos que no estén especificados en las coberturas mencionadas como amparadas en el endoso de coberturas amparadas de acuerdo al Plan contratado.***

***a) Tratamientos o erogaciones fuera del Territorio Nacional, a menos que se mencione lo contrario en endoso de Cobertura en el Extranjero.***

***b) Medicamentos, anestesia general o sedaciones.***

***c) Cualquier complicación derivada o que se manifieste durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico por negligencia del paciente a las indicaciones del Odontólogo tratante o por abandono del tratamiento por más de 30 días.***

***d) Cualquier complicación derivada o que se manifieste durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico por las lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en este contrato.***

***e) Tratamientos de naturaleza experimental o de investigación.***

***f) Tratamientos que no estén especificados en las coberturas mencionadas como amparadas en el endoso de Coberturas amparadas de acuerdo al Plan Contratado.***

***g) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético, para mejorar la apariencia del asegurado mediante restauración plástica, corrección o eliminación de defectos.***

***h) Obturaciones de desgaste incisales y/o cervicales.***

***i) Resinas en dientes posteriores con obturaciones existentes con fines estéticos.***

***j) Retratamiento de Endodoncia, sólo se cubrirá una sola pieza dental y en caso de fractura procederá a cargo de LA ISES la extracción únicamente.***

***k) Accidentes producidos con anterioridad a la entrada en vigor de la Póliza.***

***l) Lesiones que se produzcan como consecuencia del cumplimiento del servicio militar, actos de guerra declarada o no, revolución, asonada, motín, conmoción civil.***

***m) Lesiones que se cause el asegurado deliberadamente y/o por intento de suicidio.***

***n) Tratamientos ambulatorios y/o hospitalarios o complicación de tratamientos no amparados por el Póliza.***

***o) p) q) Procedimientos Preventivos.***

**LIMITACIONES.-** ODONTORED cubrirá los tratamientos y/o procedimientos que se encuentren especificados en el endoso de coberturas amparadas de acuerdo al Plan contratado. Si la póliza se cancela, la obligación de ODONTORED cesará y por lo tanto no se cubrirán los gastos efectuados después de la fecha de cancelación.

#### **LIMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD**

Es la cantidad máxima de responsabilidad anual de ODONTORED, por Usuario-Asegurado, a consecuencia de gastos ocurridos por tratamientos o procedimientos cubiertos.

Para cada uno de los Usuario-Asegurados bajo tratamiento, el límite máximo de responsabilidad de ODONTORED será igual al monto total de la suma de los costos individuales de cada uno de los tratamientos odontológicos amparados, que el Odontólogo haya diagnosticado en su plan de tratamiento y recibido autorización por parte de ODONTORED sin que el monto anterior sea mayor a lo establecido en la carátula de la póliza como Suma Asegurada o límite máximo anual.

La obligación de ODONTORED terminará al presentarse alguna de las situaciones siguientes:

1. Al certificarse la curación del padecimiento de que se trate, a través del alta médica, o
2. Al agotarse el límite máximo de responsabilidad convenido por las partes, o
3. Al concluir el término que para estos efectos se haya pactado para la prestación del servicio, el cual no podrá ser inferior a dos años contados a partir de la fecha en que termine la vigencia del contrato.

#### **APLICACIÓN DE DEDUCIBLE Y COPAGO**

El presente plan no considera deducibles.

El copago señalado en la carátula de la póliza será pagado por el Usuario-Asegurado directamente al prestador de servicios, al momento de recibir la atención.

En caso de que el siniestro se pague vía reembolso, el copago se descontará de los Gastos procedentes por accidente o enfermedad que haya presentado el Usuario-Asegurado.

## **CLÁUSULAS GENERALES**

### ***CONTRATO***

Esta póliza, la carátula de la misma, la solicitud, los certificados individuales, las cláusulas adicionales y los endosos que se agreguen, constituyen pruebas del contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y ODONTORED bajo el cual quedará amparado todo Usuario-Asegurado.

### ***OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES***

El Contratante y todo Usuario-Asegurado está obligado a proporcionar información correcta y completa a ODONTORED, al momento de solicitar su inclusión en el Seguro, en relación a los hechos importantes para la apreciación del riesgo, tal como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del presente contrato o la inclusión de un nuevo Usuario-Asegurado.

En caso de omisión o inexacta declaración por parte del Contratante y/o Usuario-Asegurado al momento de llenar la solicitud y cuestionarios sobre los hechos importantes para la apreciación del riesgo, La Compañía podrá rescindir del pleno derecho el Contrato, o el certificado individual, según se trate de quien haya sido el causante de la omisión o inexacta declaración, el contratante o el Usuario-Asegurado, respectivamente, aún cuando el hecho ocultado o mal informado no haya influido en la realización del evento.

### ***MODIFICACIONES AL CONTRATO***

Las Condiciones Generales de la presente Póliza, sólo podrán modificarse por escrito, previo acuerdo entre el Contratante y ODONTORED, mediante endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

### ***RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA***

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante o el Usuario-Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente, dentro de los treinta días naturales que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones. Este mismo derecho también se hace extensivo al Contratante.

**RESIDENCIA**

Para efectos de este contrato solamente estarán protegidas por el presente Seguro, las personas que vivan permanentemente en la República Mexicana.

**ALTAS DE USUARIO-ASEGURADOS**

Las altas de Usuario-Asegurados durante la vigencia de esta póliza quedarán cubiertos desde el momento que se haya notificado a ODONTORED y esta haya confirmado la aceptación. ODONTORED cobrará a prorrata la prima correspondiente a la vigencia del Usuario-Asegurado.

**BAJAS DE USUARIO-ASEGURADOS**

Causarán baja de la póliza, aquellas personas que hayan comunicado por escrito a ODONTORED su decisión de dar por terminado anticipadamente el contrato, entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación.

En caso de baja de un Usuario-Asegurado durante la vigencia de la póliza, ODONTORED devolverá el prima de riesgo pagada no devengada cuando no exista siniestro; en caso de existir algún siniestro afectando la póliza por parte del Usuario-Asegurado y/o sus Dependientes no habrá devolución de prima. En caso de pólizas con pago fraccionado que tengan registro de siniestro durante la póliza no se podrá cancelar el seguro hasta la fecha de fin de vigencia de la misma.

**EDAD**

No existen límites de edad para ser Usuario-Asegurado bajo la presente Póliza ni para la renovación de la misma, por lo que ODONTORED garantiza la aceptación de personas de cualquier edad.

**PRIMAS**

La prima vence al inicio de cada período pactado y en caso de pago en parcialidades, al comienzo de cada parcialidad en que se haya dividido la prima, aplicando las tarifas en vigor en esa fecha y en su caso, la tasa de financiamiento por pago fraccionado pactada entre el Contratante y ODONTORED, en la fecha de celebración del contrato.

El pago de primas se realizará en el domicilio de ODONTORED que aparece en la carátula de la Póliza, mediante transferencia electrónica o mediante cargos en la tarjeta de crédito o cuenta bancaria del Contratante y/o Usuario-Asegurado. En caso de que el cargo no se realice por causas imputables al Contratante y/o Usuario-Asegurado, este se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la prima o parcialidad correspondiente en las oficinas de ODONTORED, o abonarlo en la cuenta que le indique esta última, cuyo comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento. Si el Contratante y/o Usuario-Asegurado omite dicha obligación, el seguro cesará sus efectos una vez transcurrido el período de gracia. Se entenderán causas imputables al Contratante y/o Usuario-Asegurado: la cancelación de su tarjeta de crédito o cuenta bancaria, la falta de saldo o crédito disponible o cualquier situación similar.

El estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente de las primas hará prueba suficiente del pago en tanto ODONTORED, no entregue al Contratante el recibo de pago respectivo.

**PERIODO DE GRACIA**

El Contratante gozará de un término de 30 días naturales para liquidar el total de la prima anual o el primer pago en caso de optar por alguna forma de pago fraccionada. Para cada una de las posteriores parcialidades en que se hubiera dividido la prima el Contratante gozará de un término de 5 días naturales para liquidar el total de la prima fraccionada de cada pago o fracción de acuerdo a lo pactado en el presente contrato.



Los efectos de este contrato cesarán automáticamente, a las 12 horas del último día del término mencionado si el Contratante no ha cubierto el total de la prima anual o de la fracción pactada.

#### ***REHABILITACIÓN***

La Póliza podrá ser rehabilitada bajo los términos contratados inicialmente, siempre que no hayan transcurrido más de 45 días posteriores al periodo de gracia mencionado en la Cláusula inmediata anterior y que haya sido aceptada por ODONTORED.

En la rehabilitación se conservará la antigüedad generada por cada Usuario-Asegurado, considerándose que la Póliza tuvo vigencia ininterrumpida.

#### ***PARTICIPACIÓN DEL USUARIO-ASEGURADO EN UNA RECLAMACIÓN***

En toda reclamación a consecuencia de un evento, el Usuario-Asegurado cubrirá el deducible y el copago contratados, los cuales se especifican en la carátula de la póliza y el endoso de coberturas amparadas.

#### ***SISTEMAS DE PAGO DE RECLAMACIONES***

Los sistemas de pago de Reclamaciones previstos para la presente póliza son:

**Pago Directo:** ODONTORED cubrirá directamente a los prestadores de la Red Médica Odontológica los costos de los Servicios Dentales siempre y cuando el Usuario-Asegurado al solicitar por primera vez de los servicios de un odontólogo realice alguna de las siguientes opciones:

- ✓ Contactar al Call Center de ODONTORED donde se le proporcionarán las referencias Odontológicas para seleccionar al Odontólogo de su preferencia dentro de la Red Médica Odontológica de proveedores o,
- ✓ Ingresar a la página web de ODONTORED para seleccionar al Odontólogo de su preferencia dentro de la Red Médica Odontológica de proveedores

Los menores de 14 años de edad, deberán acudir con el ODONTOPEDIATRA.

Una vez que haya elegido un ODONTÓLOGO, el Usuario-Asegurado deberá hacer una cita proporcionando el nombre del Paciente, del Usuario-Asegurado Titular, del Contratante, número de póliza y/o certificado y un número telefónico donde pueda ser localizado. Previamente a la atención del paciente, el ODONTOLOGO verificará, con ODONTORED que tanto la póliza como el certificado individual en su caso, se encuentran vigentes.

El paciente deberá acudir a su cita presentando la credencial emitida por ODONTORED y una identificación oficial con fotografía.

Posteriormente el Usuario-Asegurado podrá agendar las citas directamente con el Odontólogo seleccionado.

Con base en el diagnóstico que lleve a cabo el ODONTÓLOGO, en caso de que el Usuario-Asegurado requiera la atención de un Especialista, será remitido con uno de los que forman parte de la RED MÉDICA ODONTOLÓGICA en convenio con ODONTORED.

El Usuario-Asegurado podrá cambiar de ODONTÓLOGO por otro ODONTOLOGO DE LA RED MÉDICA ODONTOLÓGICA dando aviso a ODONTORED vía telefónica o correo electrónico a los números y

dirección que aparecen en el membrete de este contrato, explicando los motivos por los cuales tomó esa decisión. Lo anterior, con la finalidad de evitar la duplicidad en el pago del deducible por el nuevo Odontólogo, así como para que ODONTORED pueda cumplir con el programa de control de eficiencia y calidad de la RED MÉDICA ODONTOLÓGICA.

- ✓ **Pago por Reembolso:** Los gastos efectuados por el Usuario-Asegurado y que sean procedentes se cubrirán, en su caso mediante reembolso, previa autorización por escrito por parte de ODONTORED, debiendo el Usuario-Asegurado comprobar a ODONTORED la realización del evento, presentando su reclamación en los términos indicados en la presente póliza.

La Compañía se obliga al reembolso del costo de los servicios médicos que haya necesitado el Usuario-Asegurado en los casos de urgencia médica, en los términos del artículo 72 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en caso de una urgencia si no hubiere un odontólogo adscrito a la red de Odontored en la localidad, y por consiguiente no se pudiera utilizar el Sistema de Pago Directo.

El usuario asegurado podrá elegir médicos distintos a la red de prestadores de servicios de Odontored quedando a cargo del propio usuario-asegurado el pago de la cantidad diferencial que resulte entre el tabulador respectivo de la institución y el costo del servicio que le preste el médico, conforme a lo pactado.. **RESPONSABILIDAD DE ODONTORED**

El límite de responsabilidad a cargo de ODONTORED ante el Contratante, el Usuario-Asegurado y sus Dependientes Económicos, se constriñe al pago de las cantidades estipuladas en la presente póliza.

#### **CUANTÍA DE LA INDEMNIZACIÓN**

La cantidad que ODONTORED pagará, se determinará de la siguiente manera:

Se sumarán todos los gastos de los tratamientos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en la póliza y/o endosos de la misma.

- ✓ A la cantidad resultante se le descontará, primero el deducible y después la cantidad por copago de acuerdo al porcentaje establecido en la carátula de la póliza y/o en el endoso de coberturas amparadas. En consecuencia ODONTORED cubriría la diferencia.
  - El deducible se aplicará una vez en cada periodo de vigencia de la póliza.
  - El copago se aplicará en cada evento.

En el caso del pago de reclamaciones a través del sistema de reembolso, el pago que ODONTORED realice al Usuario-Asegurado, por haberse atendido con odontólogos con los que no se tenga convenio de pago directo, no podrá exceder al costo convenido con los Odontólogos de la Red.

La Suma Asegurada máxima contratada por cada Usuario-Asegurado, durante la vigencia del Seguro, es la que se establece en la Carátula de la póliza, misma que está expresada en pesos, de los Estados Unidos Mexicanos.

Cualquier pago realizado indebidamente a un proveedor médico causado por desconocimiento de un movimiento de baja, obliga al Contratante a reintegrar dicho pago a ODONTORED. Igualmente, ODONTORED tendrá el derecho de exigir el pago por parte del contratante de los servicios que le hubiere otorgado al Usuario-Asegurado, si alguno de estos servicios no corresponde a las coberturas contratadas o si bien se demuestra que el servicio fue originado por alguna causa de exclusión del presente Contrato.

**MONEDA**

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sean por parte del Contratante, del Usuario-Asegurado o de ODONTORED, se efectuarán en Moneda nacional conforme a la Ley monetaria vigente en la época de los mismos.

**OTROS SEGUROS**

Si las coberturas otorgadas en la presente Póliza están amparadas en todo o en parte por otros seguros, en esta u otra(s) Aseguradora(s), las indemnizaciones pagaderas en total por todas las pólizas, no excederán a los gastos reales incurridos para lo cual, en caso de que otra Aseguradora ya haya cubierto de manera parcial los gastos realizados, el Usuario-Asegurado deberá presentar fotocopia de todos los comprobantes, así como del finiquito elaborado por la otra Aseguradora.

**INDEMNIZACIÓN POR MORA**

En caso de que ODONTORED, no obstante de haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentado, no cumpla con la obligación de pagar la cantidad procedente, dentro del plazo de 30 días establecido en el artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, pagará al Usuario-Asegurado y/o a sus dependientes una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto por el artículo 135-bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

**PRESCRIPCIÓN**

Todas las acciones que se deriven de esta Póliza de Seguro, prescribirán en dos años, contados en los términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley. El plazo de que trata el presente párrafo no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que ODONTORED haya tenido conocimiento de él, y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor. La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquéllas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la unidad Especializada de ODONTORED.

**COMPETENCIA**

En caso de controversia, el Usuario-Asegurado podrá presentar su reclamación por escrito o por cualquier otro medio, en las oficinas centrales o en cualquiera de las Delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), a elección del reclamante, o en la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de ODONTORED, o bien, ante el Juez Competente, en los términos de los artículos 50 Bis, 65 y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, 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 ODONTORED a satisfacer la pretensión del reclamante.

Será competente el Juez del domicilio de la Delegación de la CONDUSEF que haya sido elegida por el reclamante en los términos del párrafo que antecede, en los términos del artículo 136 segundo párrafo, de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En lo conducente, ODONTORED se somete al Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Publicado en el Diario Oficial de la Federación del 3 de junio de 1996.

**VIGENCIA**

Este contrato estará vigente durante el período pactado, que aparece en la carátula de la presente póliza.

#### ***RENOVACIÓN***

Al finalizar la vigencia de la Póliza, será optativo tanto para ODONTORED como para el Contratante renovar la misma, lo cual se efectuará automáticamente si cualquiera de las dos partes no manifiestan al menos con 20 días anteriores a la fecha de su terminación de cada vigencia, su voluntad de cancelar.

La renovación de la póliza garantiza que las condiciones de aseguramientos sean congruentes con las originalmente contratadas, por lo que no se cambiarán las limitaciones de las coberturas de los usuarios asegurados, no se ampliarán los periodos de espera, ni se reducirán los límites de edad, no se solicitarán requisitos de asegurabilidad en razón del derecho de antigüedad adquirido por el usuario-asegurado.

El nuevo producto preverá un servicio de red médica y hospitalaria con una calidad, servicio y ubicación similar con el originalmente contratada, de conformidad con el producto registrado ante la Comisión en el momento de la renovación.

Los valores de deducibles, franquicia, coaseguro o copago serán iguales a los originalmente contratados.

En tal caso, la prima que se aplicará será la que se encuentre vigente al momento de la renovación, de acuerdo a las tarifas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, misma que se informará al contratante o al usuario-asegurado, con al menos treinta días hábiles de anticipación a la renovación de la póliza, así mismo los valores de deducibles, franquicia o coaseguros, copagos aplicables a la misma

#### ***COMUNICACIONES***

Cualquier notificación relacionada con el presente contrato, deberá hacerse a ODONTORED, por escrito, en el domicilio señalado en la carátula de la Póliza, obligándose ésta a comunicar al Contratante o Usuario-Asegurado en caso de que dicho domicilio llegara a ser diferente.

Las notificaciones y comunicaciones que ODONTORED deba hacer al Contratante o Usuario-Asegurado, las dirigirá al último domicilio de que tenga conocimiento.

#### ***INFORMACIÓN SOBRE COMISIONES A INTERMEDIARIOS***

Durante la vigencia de la Póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la institución le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La Institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

#### ***TERMINACIÓN DEL SEGURO***

La vigencia de la cobertura contratada concluirá en la fecha de terminación indicada en la carátula de la Póliza o antes, si se presenta cualquiera de los siguientes supuestos:

- ✓ La cancelación de la Póliza a solicitud del Contratante
- ✓ La terminación del período de gracia para el pago de la prima vencida, salvo que sea rehabilitado en términos del presente Contrato.

El Contratante podrá dar por terminada esta Póliza, con anterioridad a su vencimiento mediante aviso por escrito dado a ODONTORED quien devolverá la prima pagada no devengada, deduciendo los gastos administrativos y de adquisición correspondientes a dicha prima de acuerdo a lo siguiente:

a) Cuando no se hayan presentado reclamaciones por parte del Usuario-Asegurado y/o sus Dependientes, se devolverá el 51.15% de la prima pagada no devengada, descontando el derecho de Póliza.

b) Cuando se haya presentado al menos una reclamación por parte del Usuario-Asegurado y/o sus Dependientes, no se devolverá ninguna prima.

Se entiende por prima pagada no devengada el monto de la prima pagada que corresponde proporcionalmente al tiempo que falte de transcurrir de la vigencia del contrato, contado a partir de la fecha de fin de vigencia del último recibo pagado.

#### ***DERECHOS DE LOS USUARIO-ASEGURADOS***

ODONTORED se obliga a garantizar en la presentación del servicio que brinde a través de su Red Médica Odontológica, que se respeten al Usuario-Asegurado y sus Dependientes los siguientes derechos:

- ✓ Acceso: Los Usuario-Asegurados tendrán la misma oportunidad de acceso expedito a los servicios.
- ✓ Privacidad y confidencialidad: Los servicios proporcionados deberán cuidar siempre un profundo respeto a la privacidad. Así mismo, la información deberá preservar la confidencialidad.
- ✓ Respeto y Dignidad: El trato al paciente deberá proporcionarse en todo momento en forma respetuosa.
- ✓ Seguridad Personal: El individuo tendrá derecho a que durante su atención se le brinden tanto a él como a sus acompañantes y pertenencias, medidas de seguridad.
- ✓ Información: El usuario tendrá derecho a ser informado sobre su padecimiento, los métodos, diagnósticos y sus riesgos, beneficios y alternativas, lo mismo en cuanto al efecto que las medidas terapéuticas ocasionen sobre el pronóstico del padecimiento.
- ✓ Consentimiento: El paciente no deberá ser sometido a ningún procedimiento, diagnóstico o procedimiento terapéutico sin ser informado precisamente de sus riesgos, beneficios y alternativas.
- ✓ Identidad: El paciente tendrá derecho a conocer la identidad y grado de preparación de los servidores de la salud que los atiendan y la persona responsable del equipo.
- ✓ Comunicación: El enfermo tendrá derecho a mantenerse en todo momento en comunicación con su familia y ser informado en forma comprensible para él.
- ✓ Negativa al tratamiento: El paciente tendrá derecho a no aceptar las propuestas terapéuticas, haciéndose responsable por ello.
- ✓ Consultas: El enfermo tendrá derecho a solicitar otras opiniones sobre su padecimiento, conforme a lo estipulado en el contrato de seguro respectivo.

**AVISO DE PRIVACIDAD**

Los datos personales en adelante "los Datos" solicitados, son tratados por Odontored Seguros Dentales, S.A., de C.V. en adelante ODONTORED, con domicilio en Av. De los Insurgentes No. 1677 despachos 503 y 503 Col. Guadalupe Inn, Álvaro Obregón, México, D.F., con la finalidad de brindarle el servicio que nos solicita, conocer sus necesidades de productos y servicios y estar en posibilidad de ofrecerle los que más se adecuen a sus necesidades; comunicarle promociones, atender quejas y aclaraciones, y en su caso, trabajarlos para fines compatibles con los mencionados en este Aviso de Privacidad y que se consideran análogos para efectos legales. En caso de formalizar con usted la aceptación de algún producto o servicio ofrecido por ODONTORED, sus Datos serán utilizados para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la relación jurídica.

Los Datos podrían ser transferidos a sociedades subsidiarias, filiales, afiliadas y socias del Responsable, dentro de territorio nacional o en el extranjero para los mismos fines citados.

Los Datos serán tratados de conformidad con la Ley Federal de Protección de Datos en Posesión de los Particulares y su Reglamento. La confidencialidad de los Datos está garantizada y los mismos están protegidos por medidas de seguridad administrativas, técnicas y físicas, para evitar su daño, pérdida, alteración, destrucción, uso, acceso o divulgación indebida. Únicamente las personas autorizadas tendrán acceso a sus Datos.

En caso de existir alguna modificación al presente Aviso de Privacidad se hará de su conocimiento en nuestro sitio de Internet <http://odontored.com.mx>.

Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición al tratamiento de sus Datos, presentando su solicitud a través de correo electrónico en el formulario de Contacto de la página de Internet: <http://odontored.com.mx> o por escrito en Av. De los Insurgentes No. 1677 despachos 503 y 503 Col. Guadalupe Inn, Álvaro Obregón, México, D.F.

"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 en 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-H0715-0050-2013 de fecha 28 de octubre de 2013".