DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

Seguro de Enfermedades Graves y Padecimientos Comunes Colectivo 2

Ramo: Gasto Médico Colectivo

Contenido

INDICE

CONDICIONES GENERALES

1. DEFIINICIONES
2. OBJETO DE LA COBERTURA
3. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS Y EXCLUSIONES
4. SUMA ASEGURADA
5. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES
6. LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD
7. CLAUSULAS GENERALES
8. CLAUSULAS OPERATIVAS
9. PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES
10. CLAUSULAS CONTRACTUALES

CONDICIONES GENERALES

1. DEFINICIONES

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

ASEGURADO(s): Es aquella persona física que se encuentra cubierta por la póliza emitida bajo el registro de este producto y cuyo nombre aparece en la carátula de la misma.

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

AMALGAMAS Y RESINA COMPUESTA: Restauraciones que abarcan dos superficies del diente.

AMALGAMAS Y RESINA SIMPLE: Restauraciones que abarcan una sola cara del diente.

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

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

CARÁTULA DE LA PÓLIZA: Documento que contiene la información sobre los términos principales bajo los cuales debe operar cada póliza, en donde se estipulan los datos de (los) Asegurado (s), sumas aseguradas correspondientes.

COLECTIVIDAD: Es el conjunto de personas que pertenecen a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro. En número deberán ser mayor o igual a diez individuos.

COPAGO: Porcentaje a cargo del Asegurado, especificado en la carátula de la póliza, que se aplica al monto total de los tratamientos cubiertos en cada reclamación.

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 las indemnizaciones correspondientes por siniestros ocurridos cubiertos estipulados en la póliza.

COBERTURAS AMPARADAS: Enfermedades graves y padecimientos comunes cubiertas por el presente seguro especificadas en la caratula de la póliza.

CONSULTA DENTAL: Entrevista entre el 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 en su caso, de la salud bucal.

CONTRATANTE: Es la persona 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.

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

EDAD: La edad cronológica que tiene un asegurado en una fecha determinada.

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.

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.

ENDOSO: Documento generado por Odontored, previo acuerdo entre las partes, que al adicionarse a las condiciones generales, modifica alguno de los elementos contractuales, y que tiene por objeto señalar una característica específica, que por el tipo de riesgo, el tipo de transferencia o la administración del contrato, es necesario diferenciar de lo establecido en los documentos generales para su adecuada aplicación.
Lo señalado por estos documentos prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

ENFERMEDAD: Toda alteración de la salud del Asegurado, debida a causas anormales, internas o externas en relación al organismo, por las cuales amerite atención médica , 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 Asegurado.

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

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

FECHA DE INICIO DE COBERTURA
Es la fecha a partir de la cual cada uno de los Aseguradores cuenta con la protección ofrecida en este Contrato de Seguro.

FECHA DE INICIO DE VIGENCIA
Es la fecha a partir de la cual el Contrato de Seguro entra en vigor.

FECHA DE TÉRMINO DE VIGENCIA
Fecha en la cual concluye la protección de la Póliza, estipulada en la carátula de la Póliza.

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

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

GASTOS HOSPITALARIOS: Erogaciones efectuadas por la prestación de servicios para la atención del Asegurado en un hospital para corregir un padecimiento.

GASTOS USUAL Y ACOSTUMBRADO (GUA): Monto o valor que ha sido convencionalmente pactado con los Prestadores de Servicio de la Red de Odontólogos.

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

HONORARIOS ODONTOLÓGICOS: Remuneración que obtiene el odontólogo, legalmente autorizado para ejercer su profesión, por los servicios que presta al Asegurado.

LUGAR DE RESIDENCIA
Lugar donde el Asegurado radica permanentemente, domicilio habitual. Sólo estarán protegidas bajo este seguro, las personas que radiquen permanentemente y que su domicilio habitual sea dentro de la República Mexicana.

OCUPACIÓN
Actividad desempeñada por el Asegurado y de la cual percibe un salario de manera periódica.

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

ODONTÓLOGO DE LA RED: Persona que ha recibido el título de Cirujano Dentista y que está legalmente autorizado para practicar la odontología. Quien ha celebrado un contrato de prestación de servicios profesionales para pertenecer a la Red Médicapara llevar a cabo los procedimientos al Asegurado.

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

PADECIMIENTO CUBIERTO: enfermedad grave cubierta que sufra el 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.

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 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.

Al 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.

PAGO DIRECTO: Beneficio mediante el cual la ISES pagará los servicios de los prestadores de la Red Médica Odontológica por los gastos que procedan por motivo de la atención o servicios proporcionados cubiertos. Para disfrutar de este sistema, se requiere ser atendido por Proveedores Participantes de la Red de Odontólogos, que la Póliza se encuentre vigente y que se tenga contratado el Beneficio Adicional.

PERIODO AL DESCUBIERTO: Es el tiempo transcurrido entre la cancelación o fin de vigencia de una póliza y el inicio de la siguiente. No se considera periodo al descubierto si el inicio de vigencia es inemediato al fin de vigencia anterior. Implica que el asegurado no tuvo la cobertura amaparada por el seguro en un periodo intemedio entre una póliza y otra, así sea de un día.

PLAN DE TRATAMIENTO: Propuesta de actividades que presenta el ODONTÓLOGO al Asegurado para restablecer su salud bucal.

PÓLIZA DE SEGURO: Documento que instrumenta el contrato del seguro y que contiene las normas, términos y condiciones que de forma general y particular, regulan las relaciones contractuales convenidas entre ODONTORED y el 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.

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

RADIOGRAFÍA INTERPROXIMAL INTRAORAL: Radiografía para el examen interproximal donde aparecen dientes superiores e inferiores.

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

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

RED MÉDICA ODONTOLÓGICA: 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 Asegurados los servicios que amparan la presente póliza y su integración aparece en el Directorio Médico Odontológico.

RED CERRADA: Modalidad del contrato de seguro en el que el asegurado únicamente deberá acudir con la RED MÉDICA ODONTÓLOGICA de ODONTORED, lo cual se establece claramente en la carátula de la póliza.

RESINA: Es una mezcla plástica del color del diente relleno.

RESTOS RADICULARES: Restos de raíces.

SUMA ASEGURADA: Es la cantidad máxima que ODONTORED pagará por concepto de beneficios cubiertos en cada evento cubierto por la póliza.

TRATAMIENTO: Intervenciones que realiza el ODONTÓLOGO de acuerdo con el Asegurado con la finalidad de prevenir, limitar y/o rehabilitar las enfermedades o trastornos de su cavidad bucal.

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).

RECIBO DE PAGO
Es el documento emitido por la Compañía en el que se establece la Prima que deberá pagar el Contratante por el periodo de cobertura que en él se señala.

RECLAMACIÓN
Es el trámite que realiza el Asegurado ante la Compañía, para obtener el beneficio del Contrato a consecuencia del diagnóstico de una de las Enfermedades Graves, Padecimientos Comunes o por un Beneficio Adicional cubiertos.

RENOVACIÓN

Proceso administrativo mediante el cual, a cambio del pago de la prima correspondiente, se mantienen en vigor por un periodo igual, dando continuidad de cobertura a los Asegurados amparado en los mismos términos de cobertura. La renovación automática aplicará considerando siempre que la edad máxima de renovación es de 69 años.

2. OBJETO DE LA COBERTURA

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 indemnización a consecuencia de que se produzca la eventualidad contratada prevista en el presente seguro dentro de la vigencia del mismo.

3. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS Y EXCLUSIONES

El Asegurado o bien el beneficiario recibirá la indemnización correspondiente de acuerdo al Plan que el Contratante haya escogido, mismo que se indicará en la Carátula de la Póliza.

Las coberturas amparadas son las siguientes:

ENFERMEDADES GRAVES Y PADECIMIENTOS COMUNES

El objeto será resarcir la pérdida económica que puede sufrir el Asegurado, ante la eventualidad de sufrir alguna de las siguientes Enfermedades Graves y Padecimientos Comunes, mediante el pago de una suma asegurada en vida del asegurado o ya fallecido siempre y cuando haya librado el período de supervivencia en caso de aplicar:

ENFERMEDADES GRAVES

- **Insuficiencia Renal Crónica**
- **Infarto agudo del miocardio**
- **Accidente Vascular Cerebral**
- **Cáncer**
- **SIDA**
- **Trasplante de Órganos Mayores (**siempre y cuando tanto el procedimiento como la causa origen, ocurran mientras el asegurado esté vigente con la compañía.)

PADECIMIENTOS COMUNES

- **Cirugía de retiro del Apéndice (Apendicectomía)**
- **Diabetes Tipo II**
- **Enfermedades Hipertensivas**
- **Úlcera Gástrica**
- **Bronquitis aguda**
- **Enfermedades Infecciosas Intestinales**

- **Hiperplasia de la Próstata**
- **Influenza y Neumonía**
- **Amigdalectomía**
- **Colecistectomía**
- **Litotripcia extracorpórea y Ureteroscopia**

Si durante la vigencia de la póliza al Asegurado se le realiza el Primer Diagnóstico Definitivo de alguna de las Enfermedades cubiertas, (insuficiencia renal crónica, infarto agudo al miocardio, accidente vascular cerebral, diabetes tipo II, cáncer, enfermedades hipertensivas, SIDA, úlcera gástrica, bronquitis aguda, enfermedades infeccionas intestinales, hiperplasia de próstata, influenza y neumonía, amigdalectomía, colecistectomía y Litotripcia extracorpórea y Ureteroscopia), o la realización de trasplante de órganos mayores o una apendicectomía**,** se indemnizará por una sola vez, pudiendo pagar mas enfermedades siempre y cuando sean por causas distintas y no relacionadas, conforme a la Suma Asegurada Máxima contratada, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

Para enfermedades Graves:

- Que el asegurado se le presenten por primera vez las manifestaciones, síntomas o signos del cuadro clínico indicativos de la(s) enfermedades (es) cubiertas (s) después de agotado el periodo de espera estipulado.
- Que al asegurado se le realicen por primera vez los estudios de laboratorio y gabinete necesarios para el diagnóstico definitivo de alguna de la(s) enfermedad (es) cubierta(s) después de agotado el periodo de espera estipulado.
- Que el primer diagnóstico definitivo sea avalado por el médico especialista definido según la enfermedad.

Se cubren las enfermedades, siempre y cuando sus primeras manifestaciones, síntomas o signos se presenten después de agotado el periodo de espera, y que el Asegurado sobreviva al periodo de supervivencia establecido.

Para los padecimientos Comunes:

- Que el asegurado se le presenten por primera vez las manifestaciones, síntomas o signos del cuadro clínico indicativos de la(s) enfermedades (es) cubiertas (s) después de agotado el periodo de espera estipulado.
- Que al asegurado se le realicen por primera vez los estudios de laboratorio y gabinete necesarios para el diagnóstico definitivo de alguna de la(s) enfermedad (es) cubierta(s) después de agotado el periodo de espera estipulado.

Se cubren las enfermedades, siempre y cuando sus primeras manifestaciones, síntomas o signos se presenten después de agotado el periodo de espera.

Para Enfermedades Graves y Padecimientos Comunes:

Una vez liquidada la Suma asegurada de una enfermedad, se da por terminada la obligación para esa enfermedad. Cabe señalar que la póliza seguirá en vigor para las demás enfermedades o padecimientos siempre y cuando sean desencadenadas por un diagnostico o evento distinto a la primera reclamación hasta la Suma Asegurada Máxima contratada.

Periodo de Espera:
El tiempo que debe transcurrir desde la fecha de inicio de vigencia de la primera póliza del asegurado afectado con ODONTORED, siempre y cuando no haya periodo al descubierto, para que los beneficios sean cubiertos. Para la cobertura de Enfermedades Graves, se establece un periodo de espera de noventa (90) días naturales.

Periodo de Supervivencia:
Tiempo en el cual deberá sobrevivir el Asegurado después de que se le diagnostique una enfermedad grave cubierta para que tenga derecho a la indemnización. Para la cobertura de Enfermedades Graves y Padecimientos Comunes, se establece un periodo de supervivencia de (30) días naturales.

ENFERMEDADES GRAVES Y PADECIMIENTOS COMUNES CUBIERTOS

El pago de la suma asegurada será conforme al porcentaje contenido en la tabla del numeral 4 siguiente "Suma Asegurada"

INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

- **Insuficiencia Renal Crónica:** Disminución de la función renal crónica con tasa glomerular inferior a 15 ml/ min/ 1.73 m^3. Etapa final de la enfermedad renal, caracterizada por la pérdida funcional de ambos riñones, que necesita diálisis peritoneal, hemodiálisis y/o trasplante renal.

- **Riesgos Excluídos**
  Insuficiencia Renal Aguda y/o Insuficiencia Renal Crónica que no necesite diálisis peritoneal, hemodiálisis y/o trasplante renal.

TRANSPLANTES DE ORGANOS

- **Trasplantes de órganos:** es la transferencia de corazón, pulmón, hígado, páncreas, riñón o médula ósea de un individuo (donante) para implantarlo en el Asegurado (receptor). La indicación de trasplante debe ser hecha por un médico especialista en la enfermedad en cuestión.

- **Riesgos Excluidos: Cualquier autotransplante, demás órganos o células, excepto los cubiertos citados arriba**

INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO

- **Infarto agudo del miocardio:** necrosis (muerte celular) de parte del músculo cardíaco como consecuencia de un flujo sanguíneo inadecuado, diagnosticado por cardiólogo y comprobado por medio de exámenes complementarios. El diagnóstico se basará en los siguientes criterios: historia de dolor precordial típico, alteraciones electrocardiográficas específicas de isquemia y aumento de las enzimas cardíacas.

- **Riesgos Excluidos: Infartos de miocardio anteriores a la contratación del seguro, infarto que no produce elevación en el segmento ST en el Electrocardiograma, así como los infartos ocurridos dentro de la vigencia de la Póliza derivados de enfermedades preexistentes a la contratación.**

ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL

- **Accidente Vascular Cerebral:** Isquemia cerebral (disminución del flujo sanguíneo en áreas del cerebro) y / o hemorragia en el cerebro (rompimiento de vasos sanguíneos) que produce alteración de la función motora y sensitiva de los miembros, perceptiva y del lenguaje, comprobada después de tres meses de la fecha del diagnóstico, para esta cobertura no importará la causa que de origen al evento cerebral vascular siempre y cuando tanto el padecimiento que esté relacionado y el propio evento vascular ocurran dentro de la vigencia de la póliza.

- **Riesgos Excluidos: Ataques isquémicos transitorios; alteración neurológica no resultante de accidente cerebrovascular isquémico y / o hemorrágico y lesión cerebral resultante de trauma; no se cubren aún los derrames derivados de enfermedades preexistentes a la contratación del seguro, aunque el derrame ocurra dentro del período de vigencia de la Póliza y los derrames anteriores a la contratación del seguro.**

RETIRO DEL APENDICE

- **Cirugía de retiro del Apéndice (Apendicectomía):** Procedimiento quirúrgico convencional o laparoscópico realizado para la retirada del apéndice cecal del intestino. Para comprobar este padecimiento es necesario proporcionar estudio histopatológico.

- **Riesgos Excluidos: Cirugía sin estudio histopatológico**

DIABETES TIPO II

- **Diabetes Tipo II:** enfermedad metabólica caracterizada por un aumento anormal del azúcar o glucosa en la sangre. La caracterización de la enfermedad se dará por examen y diagnóstico de médico comprobando la necesidad del uso de la insulina en el tratamiento.

- **Riesgos Excluidos:**
  a) Diabetes Tipo II diagnosticada antes de la contratación del seguro, así como las ocurridas dentro de la vigencia de la Póliza derivadas de enfermedades preexistentes a la contratación;
  b) Diabetes Tipo II diagnosticada pero con tratamiento no dependiente del uso de insulina.

CANCER

- **Cáncer:** Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizada por el crecimiento y la multiplicación incontrolados de células malignas e invasión de tejidos. El diagnóstico debe ser confirmado por un médico especialista y evidenciado por un examen histológico concluyente. El término "cáncer" también incluye las leucemias y las enfermedades malignas del sistema linfático, como la enfermedad de Hodgkin.
- Los tipos de cáncer amparados son los siguientes**:**
  - Tumor maligno de la mama
  - Tumor maligno de la próstata
  - Tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón

- Tumor maligno del cuello del útero

- **Riesgos Excluidos:**
  a) Tumores histológicamente clasificados como pre-malignos, no invasivos o in situ (incluyendo carcinoma ductal o lobular in situ de mama, y neoplasia intraepitelial cervical - NIC-1, NIC-2 y NIC-3);
  b) Cáncer de próstata con clasificación histológica con puntuación de Gleason menor que 7 (siete) o estadificación menos avanzada que T2, N0, M0;

  c) Leucemia linfocítica (o linfoide crónica - LLC en el estadio A de Binet;
  d) Carcinoma basocelular y carcinoma de células escamosas de la piel, excepto si hay metástasis; y melanoma maligno estadio IA (T1 a, N0, M0);
  e) Carcinoma papilífero de la tiroides menor de 1 cm de diámetro e histológicamente clasificado como T1, N0, M0;
  f) Microcarcinoma papilífero de la vejiga histológicamente clasificado como Ta;
  g) Policitemia rubra vera y trombocitemia esencial;

  h) Gamopatía monoclonal de significado indeterminado;

  i) Linfoma MALT gástrico responsable de la terapéutica de erradicación del H. pylori;

  j) Tumor estromal gastrointestinal (GIST) estadios I y II, de acuerdo con el Manual del American Joint Committee on Cancer (AJCC), 7ª edición, 2010;
  k) Linfoma cutáneo, excepto si hubo tratamiento con quimioterapia o radioterapia;
  l) Carcinoma microinvasivo de la mama (clasificado histológicamente como T1mic), excepto si se ha realizado mastectomía, quimioterapia y radioterapia;
  m) Carcinoma microinvasivo del cuello uterino (clasificado histológicamente como estadio IA1), excepto si se realizó histerectomía, quimioterapia o radioterapia.

ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS

- **Enfermedades Hipertensivas:** La enfermedad cardíaca hipertensiva altera la función y estructura del corazón como consecuencia de la hipertensión arterial. Están cubiertas las enfermedades enumeradas en los siguientes códigos de la CID.

  a) I11 - Enfermedad Cardiaca Hipertensiva (I11.0)
  b) I12 - Enfermedad Renal Hipertensiva (I12.0)
  c) I13 - Enfermedad Cardiaca y Renal Hipertensiva (I13.0, I13.1, I13.2)
  d) I15 - Hipertensión Secundaria (I15.0, I15.1, I15.2, I15.8)

- **Riesgos Excluidos**
  a) Hipertensión Esencial o Primaria (CID I10)
  b) cualquier diagnóstico derivado de otra causa que no esté definida anteriormente.

c) cualquier hipertensión diagnosticada antes del inicio de vigencia de la póliza.

SINDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA o AIDS)

- **SIDA:** Enfermedad Infecta-contagiosa causada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (también llamada VIH). Debe cumplir con una cuenta linfocitaria de CD4 menor a 200/mm^3 o bien CD4 menor a 14%, con esta cifra estaría catalogado como categoría C, que apoya diagnóstico de SIDA.

- **Riesgos Excluidos:**
  a) Portadores del VIH que no desarrollaron el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
  b) Portadores del VIH positivo sin enfermedades oportunistas relacionadas.

ULCERA GASTRICA

- **Úlcera Gástrica:** Lesiones que surgen en la capa más superficial de la mucosa que recubre el estómago. Se cubren todos los casos de úlcera gástrica diagnosticados con hemorragia o perforación. Los códigos de la CID que se encuadran en esta definición son los siguientes:
  a) K25.0 - Úlcera gástrica - aguda con hemorragia
  b) K25.1 - Úlcera gástrica - aguda con perforación
  c) K25.2 - Úlcera gástrica - aguda con hemorragia y perforación
  d) K25.4 - Úlcera gástrica - crónica o no especificada con hemorragia

- **Riesgos Excluidos:**

  a) todos los casos diagnosticados que no presenten hemorragia o perforación
  b) cualquier tipo de úlcera secundaria al uso de medicamentos prescritos por un médico

  c) cualquier tipo de ulcera secundaria al consumo de alcohol
  d) shjds cualquier diagnóstico derivado de otra causa que no esté definida anteriormente.

BRONQUITIS AGUDA

- **Bronquitis aguda:** Enfermedad caracterizada por la inflamación de los bronquios. Generalmente causada por algún tipo de infección viral, pudiendo también ser causada por bacterias, aunque poco común. Se cubren todos los casos diagnosticados por los siguientes códigos de la CID:
  a) J20.0 - Bronquitis aguda debida a Mycoplasma pneumoniae
  b) J20.1 - Bronquitis aguda debida a Haemophilus influenzae
  c) J20.2 - Bronquitis aguda debida a estreptococos
  d) J20.3 - Bronquitis aguda debida al virus de Coxsackie
  e) J20.4 - Bronquitis aguda debida a virus parainfluenza
  f) J20.6 - Bronquitis aguda debida a rinovirus
  g) J20.7 - Bronquitis aguda debida a ecovirus

- **Riesgos Excluidos:**
  a) Cualquier diagnóstico derivado de otra causa que no esté definida anteriormente.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES

- Enfermedades Infecciosas Intestinales: Enfermedad intestinal transmitida por agente patógeno en contraste con causa física. Se cubren todos los casos diagnosticados por los siguientes códigos de la CID:

  a) A01 - Fiebres Tifoide y Paratifoide (A01.0, A01.1, A01.2 y A01.3)
  b) A02 - Otras infecciones por Salmonella (A02.0 y A02.1)
  c) A03 - Shiguelose (A03.0, A03.1 y A03.2)
  d) A06 - Amebiasis (A06.3, A06.4, A06.5 y A06.6)
  e) A08 - Infecciones intestinales virales, otras y las no especificadas (A08.0, 08.1 y A08.2)

- **Riesgos Excluidos:**
  a) Cualquier diagnóstico derivado de otra causa que no esté definida anteriormente.

HIPERPLASIA DE LA PROSTATA

- **Hiperplasia de la Próstata:** Enfermedad benigna caracterizada por el aumento de volumen de la próstata y consecuente estrechamiento de la uretra. Se cubren todos los casos donde el diagnóstico indique la necesidad de remoción quirúrgica de parte de la próstata.

- **Riesgos Excluidos:**
  a) Cualquier diagnóstico que no sea indicado en el procedimiento quirúrgico

INFLUENZA Y NEUMONIA

- **Influenza y Neumonía:** Infecciones respiratorias virales o bacterianas que causan fiebre, coriza, tos, cefalea y malestar. Se cubren todos los casos diagnosticados y que tienen al menos una de las siguientes complicaciones:

  a) Septicemia

  b) Absceso del pulmón

  c) Derrame pleural (líquido entre pulmón y pleitos)

  d) Meningitis

  e) Infección del corazón y de los tejidos que lo rodean

- **Riesgos Excluidos:**
  a) Cualquier diagnóstico derivado de otra causa que no sea Influenza o Neumonía
  b) Diagnósticos de Influenza o Neumonía que no hayan desencadenado al menos una de las complicaciones descritas anteriormente.

AMIGDALECTOMIA

- **Amigdalectomía:** Procedimiento quirúrgico utilizado para extraer las amígdalas a una persona, para poder indemnizar esta cobertura deberá documentarse la indicación quirúrgica.

- **Riesgos Excluidos:**

  Todos los procedimientos que no tengan una indicación quirúrgica

COLECISTECTOMIA

- **Colecistectomía:** Procedimiento quirúrgico utilizado para extraer la vesícula biliar a una persona, para poder indemnizar esta cobertura deberá documentarse la indicación quirúrgica

- **Riesgos Excluidos:**

  Todos los procedimientos que no tengan una indicación quirúrgica

LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA Y URETEROSCOPIA

- **Litotripsia extracorpórea y Ureteroscopía:** Procedimiento médico no invasivo cuyo objetivo es desintegrar y extraer cálculos renales o bien del tracto urinario superior, para poder indemnizar esta cobertura deberá documentarse la indicación quirúrgica.

- **Riesgos Excluidos:**
  Todos los procedimientos que no tengan una indicación quirúrgica

ENFERMEDADES QUE DERIVEN DE UN ACCIDENTE

Serán cubiertas también, las enfermedades cubiertas que deriven de un accidente, salvo en el caso de "Accidente Vascular Cerebral".

4. SUMA ASEGURADA

Sera la estipulada en la caratula de la póliza

Sera la estipulada en la caratula de la póliza y siempre será menor o igual a $300,000 anuales por asegurado.

Es el límite máximo de responsabilidad de ODONTORED. Y se distribuye de acuerdo a la siguiente tabla:

Padecimiento o Procedimiento	Primordial Mujer	Primordial Hombre
Amigdalectomía 2	20%	20%
Apendicectomia 2	25%	25%
Bronquitis Aguda 1	10%	10%
Colecistectomía 2	30%	30%
Diabetes mellitus 1	20%	20%
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) 1	100%	100%
Enfermedades cerebrovasculares 1	100%	100%
Enfermedades hipertensivas 1	15%	15%
Enfermedades infecciosas intestinales 1	5%	5%
Hiperplasia Prostética 1	-----	20%
Infarto Cardiaco Agudo 1	100%	100%
Influenza y neumonía 1	30%	30%
Insuficiencia Renal Crónica 1	100%	100%
Litotripcia extracorpórea y Ureteroscopia 2	30%	30%
Transplante de Organos 2	100%	100%
Tumor maligno de la mama 1	100%	-----
Tumor Maligno de la Próstata 1	-----	100%
Tumor maligno de la traquea, bronquios y pulmón 1	100%	100%
Tumor Maligno del Cuello del útero 1	100%	-----
Úlcera Gástrica 1	30%	30%
1 Padecimiento , 2 Procedimiento		

5. LIMITACIONES

Si la póliza se cancela, no se cubrirán los siniestros ocurridos después de la fecha de cancelación de la póliza.

6. LÍMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD

Es la cantidad máxima de responsabilidad de ODONTORED, por Asegurado, a consecuencia de un siniestro amparado en la cobertura de la Póliza equivalente a la Suma Asegurada Máxima contratada.

7. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA ADICIONAL Y SUS EXCLUSIONES

La cobertura adicional operará solamente si se encuentra mencionada en a carátula de la Póliza y en el Certificado individual.

El Asegurado recibirá como cobertura adicional la atención por una urgencia dental por vigencia de la póliza, para esto ODONTORED tiene celebrado un convenio de prestación de servicios dentales con Odontólogos ubicados y distribuidos en las principales ciudades del país.

Quedarán cubiertos los gastos de los tratamientos dentales derivados de una urgencia dental que sean necesarios efectuar a los aseguardos que tengan contratada la cobertura adicional, conforme a las Coberturas contratadas autorizadas por ODONTORED.

Se entenderá como Tratamiento Dental al conjunto de los procedimientos odontológicos necesarios para tratar una urgencia dental , de acuerdo al código de registro operado por ODONTORED a través de la Red de Odontólogos de Odontored.

Se tomará como un sólo tratamiento a aquel que continúe periódicamente conforme al plan de citas establecido por el odontólogo y quede registrado y aprobado. Un tratamiento, aun y cuando se encuentre en proceso, podrá ser terminado anticipadamente si la Póliza es cancelada por cualquier motivo. Asimismo los tratamientos autorizados no iniciados serán cancelados si la Póliza queda cancelada por falta de pago.

Se considera como tratamiento registrado y aprobado todo aquel tratamiento que haya diagnosticado el Odontólogo y que haya quedado registrado y aprobado por ODONTORED.

Se considera como tratamiento registrado, aprobado e iniciado todo aquel tratamiento que ha quedado registrado, cuyo primer procedimiento ha sido efectuado por el Odontólogo y ha sido firmado como realizado por el Asegurado.

Con el objeto de controlar los costos de esta Cobertura Adicional, sólo se podrá acudir a tratamiento con los odontólogos con los cuales existe convenio y con los cuales se tienen pactados aranceles especiales.

En los casos de reembolsos por tratamientos efectuados por urgencia que se presenten en una localidad dentro de la República Mexicana donde no se localice un odontólogo perteneciente a la Red de Odontored, el pago a cargo de Odontored estará limitado a la tabla de aranceles convenidos entre Odontored y los proveedores de la Red y de acuerdo a las condiciones y límites estipulados en la Póliza, siempre y cuando ésta se encuentre vigente.

La cobertura adicional dental solo cubre honorarios de los odontólogos, quedando excluidos: los medicamentos, los gastos de hospitalización, los procedimientos no incluidos en la tabla de tratamientos cubiertos, los procedimientos o tratamientos experimentales, etc.

Los tratamientos y/o procedimientos que podrán estar cubiertos por esta Cobertura Adicional son los que a continuación se describen:

Diagnóstico

- ✓ 00.001 Consulta

Urgencia

- ✓ 01.015 Urgencia inespecífica

Operatoria Dental

- ✓ 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
- ✓ 03.009 Restauración con Resina Fotopolimerizable y recubrimiento en Diente Posterior 2 Caras
- ✓ 03.010 Restauración con Resina Fotopolimerizable y recubrimiento en Diente Posterior 3 Caras

Odontopediatría

- ✓ 04.001 Aplicación de Sellador

- ✓ 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
- ✓ 04.026 Pulpotomía
- ✓ 04.027 Tratamiento endodóntico de diente deciduo.
- ✓ 04.029 Exodoncia Simple de Dientes Deciduos.

Radiografías

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

Cirugía

- ✓ 09.001 Exodoncia simple
- ✓ 09.002 Exodoncia de raíz residual
- ✓ 09.003 Exodoncia de diente semi-incluido
- ✓ 09.004 Exodoncia de diente incluido/impactado
- ✓ 09.020 Apicectomia unirradicular sin /con obturación de retroceso (incluye curetaje apical)
- ✓ 09.021 Apicectomia Multirradicular sin /con obturaciones de retroceso (incluye curetaje apical)
- ✓ 09.022 Amputación radicular sin obturación en retroceso (por raíz)

Endodoncia

- ✓ 10.001 Tratamiento endodóntico unirradicular.
- ✓ 10.002 Tratamiento endodóntico Birradicular.
- ✓ 10.003 Tratamiento endodóntico con 3 o más canales.
- ✓ 10.006 Tratamiento de ápice incompleto (permitido una sesión por mes, máximo 6 meses siempre acompañado de radiografías)
- ✓ 10.010 Pulpotomía
- ✓ 10.013 Retratamiento endodóntico unir radicular (incluye la des obturación, instrumentación y obturación)

- ✓ 10.014 Retratamiento endodóntico Birradicular (incluye la des obturación, instrumentación y obturación)
- ✓ 10.015 Retratamiento endodóntico con 3 o más canales (incluye des obturación, instrumentación y obturación)

7.1 Suma Asegurada de la Cobertura Adicional

La Cobertura Adicional ofrecida por Odontored contempla una suma asegurada anual por Asegurado de $5000, misma que será especificada en la carátula de la póliza y/o certificado individual, no acumulable ni reinstalable salvo en la renovación de la póliza. En consecuencia queda entendido que la suma asegurada se reinstalará en la renovación de la póliza.

La Cobertura Adicional 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 Asegurado.

La Cobertura Adicional ofrecida 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/o certificado individual y en caso de llegar a rebasar dicho límite, el 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 quedando la ISES deslindada de cualquier responsabilidad que se pudiera generar por los tratamientos no cubiertos por esta Póliza.

La obligación para la Cobertura Adicional terminará al presentarse alguna de las situaciones siguientes:

1. Al certificarse la curación de la urgencia dental 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 730 días naturales contados a partir de la fecha en que termine la vigencia del contrato.

7.2 Red Médica Odontologica de la Cobertura Adicional

Las cobertura adicional 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 obligada a notificar por escrito, a través de su página web o por medios electrónicos al Asegurado dentro de los quince días hábiles siguientes a que sucedan, de los cambios en la red médica odontológica.

7.3 Servicios proporcionados fuera de la Red de la Cobertura Adicional

Los gastos efectuados por el Asegurado con prestadores que no pertenezcan a la Red Médica Odontológica y que sean procedentes por estar cubiertos por la Cobertura Adicional, se pagarán vía reembolso sin que excedan el costo convenido con los Odontólogos de la Red Médica Odontológica.

A efecto de que Odontored evalúe la procedencia del reembolso, el 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:

- Formato de Declaración del Reclamante y del Odontólogo, que proporcione la Compañía debidamente llenado y firmado.
- Facturas Originales de cada uno de los gastos que se hayan hecho y que satisfagan los requisitos fiscales a nombre del Asegurado titular.
- Los recibos de honorarios Dentales deberán especificar claramente el concepto que se está cobrando a nombre del Asegurado.
- Radiografías previas y posteriores al tratamiento
- La demás documentación e información que solicite la Compañía que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada.

Una vez presentada la documentación completa y correcta, el monto procedente a pago, quedará pagado en un plazo máximo de 15 días hábiles, en los datos bancarios indicados por el asegurado titular en el Formato de Declaración del Reclamante.

7.4 Exclusiones de la Cobertura Adicional

La Cobertura Adicional no cubre los conceptos que a continuación se enumeran, ni los gastos por complicaciones que se originen de cualquier estudio, tratamiento, padecimiento, lesión, afección, intervención, enfermedad o accidente expresamente excluido en esta sección.

En ningún caso se cubrirán los gastos que se originen por cualquiera de los siguientes conceptos:

- ***Tratamientos que no estén especificados en las coberturas mencionadas como amparadas en la Carátula de la Póliza y/o Certificado individual.***
- ***Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico por las lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas.***
- ***Accidentes producidos con anterioridad a la entrada en vigor de la Póliza.***
- ***Lesiones que se produzcan como consecuencia del cumplimiento del servicio militar, actos de guerra declarada o no, revolución, asonada, motín, conmoción civil.***
- ***Intervenciones y/o tratamientos por razones estéticas, salvo que el tratamiento o la operación de cirugía plástica o reparadora sean necesarios como consecuencia de un accidente cubierto por la Póliza.***

- ***Lesiones que se cause el asegurado deliberadamente y/o por intento de suicidio.***
- ***Tratamientos ambulatorios y/o hospitalarios o complicación de tratamientos no amparados por la Póliza.***
- ***Tratamientos experimentales o de investigación.***
- ***Tratamiento o procedimientos prestados por Instituciones, clínicas, consultorios y/o odontólogos no adscritos a la red, excepto los casos de urgencia cuando la urgencia se presente en una localidad donde no exista un odontólogo de la red.***
- ***Cualquier complicación derivada o que surja 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.***
- ***Medicamentos***
- ***Anestesia general o sedaciones.***
- ***Gastos Hospitalarios.***
- ***Tratamientos y erogaciones fuera del Territorio Nacional a menos que se mencione lo contrario en endoso de Cobertura en el Extranjero.***
- ***Retratamiento de endodoncia, sólo se cubrirá una sola vez por pieza dental durante la vigencia del Póliza y en caso de fractura procederá a cargo de Odontored la extracción de la pieza dental afectada únicamente***
- ***Obturaciones de desgaste incisales y/o cervicales.***
- ***Resinas en dientes posteriores con obturaciones existentes con fines estéticos.***

7.5 Aplicación de Copago de la Cobertura Adicional

El copago señalado en la carátula de la póliza se descontará de los Gastos Procedentes de la reclamación por accidente o enfermedad que haya presentado el asegurado, y este será pagado por el 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 asegurado.

8. CLÁUSULAS GENERALES

CLÁUSULAS DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO

RENOVACIÓN

Este Contrato se considerará renovado, por periodos de un año, si dentro de los últimos 30 días naturales de vigencia de cada periodo, el Contratante no da aviso por escrito o por cualquier otro medio pactado con la Compañía de su voluntad de no renovarlo.

El pago de prima acreditada mediante el recibo, extendido en las formas usuales de la Compañía, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

La renovación garantizada se otorgará sin cumplir nuevos requisitos de asegurabilidad cuando el asegurado haya sido asegurado dentro del periodo de aceptación.
En caso de que la póliza sea renovada los períodos de espera no podrán ser modificados en perjuicio del asegurado.

PRIMAS (MONTO DE PRIMAS)

La prima total de la póliza es la especificada en la carátula de la póliza, de acuerdo con la edad alcanzada en la fecha de emisión del Asegurado.
A la renovación de la póliza, la prima se determinará con base en la suma asegurada, ocupación, edad alcanzada y sexo.
Cualquier prima no pagada será deducida de cualquier indemnización.

FORMA DE PAGO

La prima especificada en la carátula de la póliza.

LUGAR DE PAGO

Los pagos deberán efectuarse:
Salvo que se establezca expresamente un lugar de pago diverso, las Primas estipuladas se pagarán con la periodicidad convenida, en las oficinas de la Compañía o se cargarán de forma automática en el instrumento bancario o financiero que al efecto autorice el Contratante, a cambio del Recibo de pago correspondiente expedido por la Compañía, en este último caso el estado de cuenta en donde aparezca el cargo hará prueba plena del pago de las primas.

EDAD ALCANZADA

Años cumplidos que tiene el Asegurado a la fecha de inicio de vigencia.

EDAD MÍNIMA DE ACEPTACIÓN

15 años cumplidos.

EDAD MÁXIMA DE ACEPTACIÓN

60 años cumplidos.

EDAD DE CANCELACIÓN

70 años cumplidos

REHABILITACIÓN

En caso que el Contrato de Seguro hubiera cesado por falta de pago de Primas, el Contratante podrá proponer la rehabilitación del Contrato, siempre y cuando el periodo comprendido entre el último Recibo de

Pago de Prima que haya sido pagado y la solicitud de rehabilitación, no sea mayor a 90 (noventa) días naturales. Asimismo, se deberá cumplir con los siguientes requisitos.

a. El Contratante deberá presentar firmada una solicitud de rehabilitación, en el formato en que la Compañía tiene expresamente para este fin.
b. El Asegurado deberá comprobar que reúne las condiciones necesarias de salud y de asegurabilidad establecidos por la Compañía, a la fecha de la solicitud de rehabilitación.
c. El Contratante deberá cubrir el importe del costo de la rehabilitación establecido por la Compañía.

El contrato se considerará nuevamente en vigor a partir del día en que la Compañía comunique por escrito al Contratante haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente.

PERIODO DE GRACIA

Plazo de 30 días que la Compañía otorga al Contratante para cubrir el monto de Prima, dentro del cual se otorga protección por el presente Contrato de Seguro, aun cuando no se hubiere pagado la Prima correspondiente.

9. CLÁUSULAS OPERATIVAS

CAMBIO EN EL RIESGO

Es obligación del Asegurado avisar a la Compañía de los cambios de la información proporcionada en la solicitud del seguro. La Compañía evaluará si dichos cambios afecta el riesgo contratado, y si procede modificara las condiciones del contrato, lo cual se notificará por escrito al Contratante y/o Asegurado.

LUGAR DE RESIDENCIA

Para efectos de este Contrato, solamente estarán protegidos por este seguro los Asegurados que vivan permanentemente en la República Mexicana.

CANCELACIÓN

Este contrato será cancelado si el Contratante no paga la prima respectiva dentro del plazo señalado en el comprobante de pago.
En caso de que el Contratante decida dar por terminado el Contrato dentro de los primeros 30 días naturales de la vigencia de póliza, la Compañía devolverá el 60% de la prima de tarifa (prima cobrada sin incluir derechos de póliza ni impuestos) correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza.
En caso de que el Contratante decida dar por terminado el Contrato después de los primeros 30 días naturales de vigencia de la póliza, la Compañía devolverá el 60% de la prima neta (sin incluir derechos de póliza, impuestos ni comisiones) correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza.
En caso de que el Asegurado incurra en falsas e inexactas declaraciones u omisiones, la Compañía podrá rescindir el Contrato en términos de lo previsto por el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, devolviendo la prima no devengada correspondiente.
Que señalan:
Artículo 47.- Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refiere los artículos 8,9 y 10 de la ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro.
Artículo 8.- El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.
Artículo 9.- Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero asegurado o de su intermediario.”

Artículo 10.- Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero Asegurado o de su Intermediario."

VIGENCIA

Periodo de validez del contrato que es de un año a partir de la fecha de inicio de vigencia que se estipula en la carátula de la póliza.

TERMINACIÓN DE CONTRATO

Este contrato dejará de estar en vigor al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

1. Mediante petición por escrito del Asegurado o Contratante a la Compañía.
2. Falta de pago, después de los 30 días naturales del periodo de gracia.
3. Fallecimiento del Asegurado.
4. Este contrato se cancelará en el aniversario de la póliza siguiente en que el asegurado alcance los 70 años de edad.
5. Al agotarse el límite máximo de responsabilidad convenido por las partes.

MODIFICACIONES

El Contrato sólo podrá modificarse previo acuerdo entre el Asegurado o el Contratante y la Compañía. Estas modificaciones deberán constar por escrito y estar debidamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Finanzas.

En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la Compañía carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Si el contenido de la póliza o modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que recibe la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

NOTIFICACIONES

Cualquier comunicación o notificación relacionada con el presente Contrato de Seguro deberá hacerse a la Compañía por escrito, precisamente en su domicilio indicado en la carátula de la póliza, o en su caso, en el lugar que para estos efectos hubiera comunicado posteriormente la Compañía al Contratante o Asegurado, estando obligada la Compañía a expedir constancia de la recepción.

10. PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES

Para el pago de la indemnización, es necesario que se presenten a la Compañía los siguientes documentos:

1. Formato de aviso de Enfermedad, requisitada en todos sus puntos y firmada. Dicho documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores
2. Interpretación de estudios radiológicos o de gabinete.
3. Copia de la identificación oficial del asegurado afectado. (Credencial de Elector, pasaporte).
4. Por cada médico tratante, se deberán llenar los Informes Médicos correspondientes y su participación en el evento.
5. Copia de Identificación oficial para el contratante. (IFE, pasaporte) solo si es persona física.

Ley sobre el Contrato de Seguro, Artículo 69.- "La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo."
Asimismo, el artículo 71 de la misma ley señala:
"El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.
Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio"

11. CLÁUSULAS CONTRACTUALES

COMPETENCIA

En caso de controversia, el Contratante y/o Asegurado, podrán hacer valer sus derechos ante cualquiera de las siguientes instancias:

a) Ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones (Centro de Atención y Servicio a Asegurados) UNE de Odontored o
b) Ante 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 sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y Finanzas.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias administrativas o directamente ante los citados tribunales.

PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro, prescribirán en dos años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. Dicho plazo no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa 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 necesitara además que estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor, en términos de lo dispuesto por los artículos 81 y 82 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.
La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio señalado en el artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.
Asimismo la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de atención de consultas y reclamaciones de esta Institución.

MONEDA

Todas las obligaciones de pago de este Contrato serán pagaderas en Moneda Nacional.

REVELACIÓN DE COMISIONES

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a Odontored que 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. Odontored 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.

INTERÉS MORATORIO

En el caso de que Odontored, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la cantidad procedente en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, estará obligada a pagar una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Finanzas.

Ley sobre el Contrato de Seguro Artículo 71.- "El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Será nula la cláusula en que se pacte el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio."

Ley de Instituciones de Seguros y Finanzas Artículo 276.- "Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos

derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:
a) Los intereses moratorios;
b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo."

Glosario Preceptos Legales:
Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas
Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros
Ley Sobre el Contrato de Seguro
Disposiciones RECAS
Disposiciones Sanas Prácticas
Ley del Impuesto al Valor Agregado

Ley Protección de Datos en Posesión de Particulares

BENEFICIARIOS

El Asegurado debe designar a sus Beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. Cuando existan varios Beneficiarios, la parte del que fallezca antes que el Asegurado, acrecentará por partes iguales la de los demás, salvo estipulación en contrario.
En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no considerar al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.
La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente pueden implicar que se nombre Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendrá una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un Contrato de Seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.
Cuando no existan Beneficiarios designado o si sólo se hubiera nombrado uno y éste fallece antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no exista designación de otro Beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado.

CAMBIO DE BENEFICIARIOS

Siempre que no exista restricción legal en contrario el Asegurado podrá hacer designación de Beneficiarios mediante notificación por escrito a Odontored. En el supuesto de que la notificación de que se trata, no se reciba oportunamente y Odontored pague el importe del seguro conforme a la última designación de Beneficiarios de que haya tenido conocimiento, será sin responsabilidad alguna para ésta.
El Asegurado puede renunciar al derecho que tiene de cambiar de Beneficiario(s), si así lo desea, haciendo una designación irrevocable, y deberá comunicarlo al (los) Beneficiario(s) y a Odontored por escrito, dicha renuncia deberá hacerse constar en la Póliza y esta circunstancia será el único medio de prueba admisible**.**

EDAD

Para efectos de este Contrato de Seguro se entenderá como edad del Asegurado, el número de años cumplidos a la Fecha de Inicio de Vigencia del seguro.
Los límites de admisión fijados por Odontored son de 15 (quince) años como mínimo y de 70 (setenta) años por máximo.
La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse legalmente y por una sola ocasión cuando Odontored lo solicite, antes o después de su fallecimiento, y lo hará constar ya sea en la Póliza o en cualquier otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas de edad.
Si al hacer la comprobación de la edad del Asegurado, se encuentra que hubo inexactitud en la indicación de la misma y ésta se encuentra fuera de los límites de admisión fijados por Odontored, esto será motivo de rescisión automática del contrato de seguro, reduciéndose la obligación de Odontored a pagar el monto de la Reserva Matemática existente a la fecha de rescisión.
Si la edad real del Asegurado estuviera comprendida dentro de los límites de admisión fijados por Odontored, se aplicarán las siguientes reglas:

a. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se hubiera pagado una Prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de Odontored se reducirá en la proporción que exista entre la Prima pagada y la Prima correspondiente a la edad real en la fecha de celebración del Contrato de Seguro.
b. Si la compañía hubiera satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.
c. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviera pagando una Prima más elevada que le correspondiera a la edad real, Odontored estará obligada a rembolsar la diferencia

entre el monto de la Reserva Matemática existente y el monto de la Reserva Matemática correspondiente a la edad real. Las Primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad, y

d. Si con posterioridad al fallecimiento del Asegurado, se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y esta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, Odontored estará obligada a pagar la Suma asegurada que las Primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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. Paseo de la Reforma No. 373 piso 11 Col. Cuauhtémoc, Cuauhtémoc, 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. Paseo de la Reforma No. 373 piso 11 Col. Cuauhtémoc, Cuauhtémoc, México, D.F.

"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 28 de noviembre de 2018, con el número CNSF-H0715-0062-2018."

¡BIENVENIDO!

I. DERECHOS BÁSICOS DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS

1. Los derechos antes y durante la contratación del seguro, a:

   a) Solicitar a los Agentes, o a los empleados y apoderados de las personas morales a que se refiere el artículo 102 de la LISF, la identificación que los acredite como tales.

   b) Solicitar se le informe el importe de la Comisión o Compensación Directa que le corresponda a los Agentes o a las personas morales a que se refieren la fracción II del artículo 103 de la LISF.

   c) Recibir toda información que le permita conocer las condiciones generales del contrato de seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura contratada, la forma de conservarla, así como de las formas de terminación del contrato.

   d) Evitar, en los seguros de accidentes y enfermedades si el solicitante se somete a examen médico, que se aplique la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le ha aplicado.

2. Los derechos cuando ocurra el siniestro, a:

   a) Recibir el pago de las prestaciones procedentes en función a la suma asegurada aunque la prima del contrato de seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el período de gracia para el pago de la prima de seguro.

   b) Cobrar una indemnización por mora a la Institución de Seguros, en caso de falta de pago oportuno de las sumas aseguradas.

   c) Solicitar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a su arbitraje.

“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 28 de noviembre de 2018, con el número CNSF-H0715-0062-2018”.

Póliza
Fecha de Emisión

ODONTORED SEGUROS DENTALES, SA DE CV

POLIZA DE SEGUROS

Contratante

Contratante: **RFC:**

Dirección: **Colonia:**

Municipio: **Estado:**

C.P.: **Teléfono:**

Datos de la Póliza

Prima Neta	Derechos de Póliza	Recargo Fracc.	Descuento	Prima Total	I.V.A.	Total a Pagar

Vigencia Desde	Vigencia Hasta	Moneda	Suma Asegurada	Sub Ramo	Plan Contratado

Agente	Deducible	Coaseguro	Copago	Honor Qx.	Forma de Pago
	N/A	N/A	N/A	N/A	

Designación de los Asegurados

Coberturas

La cobertura básica incluye:

La cobertura adicional incluye:

ART.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 las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

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: 28 nov 2018, con el número CNSF-H0715-0062-2018

Odontored Seguros Dentales, SA de CV, en lo sucesivo Odontored, otorgará el servicio de salud a las personas relacionadas en la Póliza de conformidad con las condiciones generales, particulares, especiales y endoso que correspondan. En testimonio de esta póliza Odontored firma en México, D.F. Tels (55) 5480 0911, 01 800 8 DENTAL, www.odontored.com.mx, Av. Paseo de la Reforma 373 Piso 11, Col. Cuauhtémoc, Del. Cuauhtémoc,CP06500, RFC ODO 090813SJ5"

ODONTORED SEGUROS DENTALES, SA DE CV

POLIZA DE SEGUROS

Contratante: **RFC:**
Dirección: **Colonia:**
Municipio: **Estado:**
C.P.: **Teléfono:**

Padecimiento o Procedimiento	Primordial Mujer	Primordial Hombre
Amigdalectomía 2	20%	20%
Apendicectomia 2	25%	25%
Bronquitis Aguda 1	10%	10%
Colecistectomía 2	30%	30%
Diabetes mellitus 1	20%	20%
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) 1	100%	100%
Enfermedades cerebrovasculares 1	100%	100%
Enfermedades hipertensivas 1	15%	15%
Enfermedades infecciosas intestinales 1	5%	5%
Hiperplasia Prostética 1	-----	20%
Infarto Cardiaco Agudo 1	100%	100%
Influenza y neumonía 1	30%	30%
Insuficiencia Renal Crónica 1	100%	100%
Litotripcia extracorpórea y Ureteroscopia 2	30%	30%
Transplante de Organos 2	100%	100%
Tumor maligno de la mama 1	100%	-----
Tumor Maligno de la Próstata 1	-----	100%
Tumor maligno de la traquea, bronquios y pulmón 1	100%	100%
Tumor Maligno del Cuello del útero 1	100%	-----
Ulcera Gástrica 1	30%	30%

1 Padecimiento , 2 Procedimiento

"Odontored Seguros Dentales, SA de CV, en lo sucesivo Odontored, otorgará el servicio de salud a las personas relacionadas en la Póliza de conformidad con las condiciones generales, particulares, especiales y endoso que correspondan. En testimonio de esta póliza Odontored firma en México, D.F. Tels (55) 5480 0911, 01 800 8 DENTAL, www.odontored.com.mx
Av. Paseo de la Reforma 373 Piso 11, Col. Cuauhtémoc, Del. Cuauhtémoc,CP06500, RFC ODO 090813SJ5"
Nota Técnica No : CNSF-H0715-0053-2018 Fecha de registro : 12/10/2018

ART.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 las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

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: 28 de nov de 2018, con el número CNSF-H0715-0062-2018

Póliza
Fecha de Emisión

ODONTORED SEGUROS DENTALES, SA DE CV

CERTIFICADO DE ASEGURAMIENTO

Contratante

Contratante: **RFC:**

Dirección: **Colonia:**

Municipio: **Estado:**

C.P.: **Teléfono:**

Datos de la Póliza

Vigencia desde: Agente: Operación de Seguro:

Vigencia hasta: Deducible:

Moneda: Coaseguro:

Suma Asegurada: Copago:

Tipo de Plan: Honor Qx:

Plan Contratado: Forma de Pago:

Designación de los Asegurados

NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	CERTIFICADO

Coberturas

La cobertura básica incluye:

	Deducible	%Copago	Carencia(días)	Suma Asegurada

La cobertura adicional incluye:

Nombre Beneficiarios:

ART.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 las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

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: 28 de noviembre de 2018 - con el número CNSF-H0715-0062-2018

"Odontored Seguros Dentales, SA de CV, en lo sucesivo Odontored, otorgará el servicio contratado a las personas relacionadas en la Póliza de conformidad con las condiciones generales, particulares, especiales y endosos que correspondan. En testimonio de esta póliza Odontored firma en México, D.F. Tels (55) 5480 0911, 01 800 8 DENTAL, www.odontored.com.mx Av. Paseo de la Reforma 373 Piso 11, Col. Cuauhtémoc, Del. Cuauhtémoc,CP06500, RFC ODO 090813SJ5"

Funcionario Autorizado

ODONTORED SEGUROS DENTALES, SA DE CV

CERTIFICADO DE ASEGURAMIENTO

Póliza
Fecha de Emisión

Contratante

Contratante: **RFC:**
Dirección: **Colonia:**
Municipio: **Estado:**
C.P.: **Teléfono:**

Datos de la Póliza

Vigencia desde: Agente: Operación de seguro:
Vigencia hasta: Deducible:
Moneda: Coaseguro:
Suma Asegurada: Copago:
Tipo de Plan: Honor Qx:
Plan Contratado: Forma de Pago:

NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	CERTIFICADO

Coberturas

ART. 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 las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones. 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:

28 de noviembre de 2018, - con el número CNSF-H0715-0062-2018

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.

"Odontored Seguros Dentales, SA de CV, en lo sucesivo Odontored, otorgará el servicio de salud a las personas relacionadas en la Póliza de conformidad con las condiciones generales, particulares, especiales y endoso que correspondan. En testimonio de esta póliza Odontored firma en México, D.F. Tels (55) 5480 0911, 01 800 8 DENTAL, www.odontored.com.mx

Av. Paseo de la Reforma 373 Piso 11, Col. Cuauhtémoc, Del. Cuauhtémoc,CP06500, RFC ODO 090813SJ5"

ODONTORED SEGUROS DENTALES, SA DE CV

CERTIFICADO DE ASEGURAMIENTO

Póliza
Fecha de Emisión

Contratante

Contratante: **RFC:**
Dirección: **Colonia:**
Municipio: **Estado:**
C.P.: **Teléfono:**

Coberturas

Padecimiento o Procedimiento	Primordial Mujer	Primordial Hombre
Amigdalectomía 2	20%	20%
Apendicectomia 2	25%	25%
Bronquitis Aguda 1	10%	10%
Colecistectomía 2	30%	30%
Diabetes mellitus 1	20%	20%
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) 1	100%	100%
Enfermedades cerebrovasculares 1	100%	100%
Enfermedades hipertensivas 1	15%	15%
Enfermedades infecciosas intestinales 1	5%	5%
Hiperplasia Prostética 1	-----	20%
Infarto Cardiaco Agudo 1	100%	100%
Influenza y neumonía 1	30%	30%
Insuficiencia Renal Crónica 1	100%	100%
Litotripcia extracorpórea y Ureteroscopia 2	30%	30%
Transplante de Organos 2	100%	100%
Tumor maligno de la mama 1	100%	-----
Tumor Maligno de la Próstata 1	-----	100%
Tumor maligno de la traquea, bronquios y pulmón 1	100%	100%
Tumor Maligno del Cuello del útero 1	100%	-----
Ulcera Gástrica 1	30%	30%

1 Padecimiento , 2 Procedimiento

"Odontored Seguros Dentales, SA de CV, en lo sucesivo Odontored, otorgará el servicio de salud a las personas relacionadas en la Póliza de conformidad con las condiciones generales, particulares, especiales y endoso que correspondan. En testimonio de esta póliza Odontored firma en México, D.F. Tels (55) 5480 0911, 01 800 8 DENTAL, www.odontored.com.mx
Av. Paseo de la Reforma 373 Piso 11, Col. Cuauhtémoc, Del. Cuauhtémoc,CP06500, RFC ODO 090813SJ5"

ODONTORED SEGUROS DENTALES, SA DE CV

ANEXO AL CERTIFICADO DE ASEGURAMIENTO

Póliza
Fecha de Emisión

Contratante

Contratante:
Dirección:
Municipio:
C.P.:

RFC:
Colonia:
Estado:
Teléfono:

Datos de la Póliza

Vigencia desde:
Vigencia hasta:
Moneda:
Suma Asegurada:
Tipo de Plan:
Plan Contratado:
Operación de Seguro:

Agente:
Deducible:
Coaseguro:
Copago:
Honor Qx:
Forma de Pago:

Anexo al Certificado

Principales clausulas:

La cobertura básica incluye:

La cobertura adicional incluye:

Exclusiones de la cobertura básica,

Exclusiones de la cobertura adicional,

Limitaciones: Si la póliza se cancela, no se cubrirán los siniestros ocurridos después de la fecha de cancelación de la póliza.

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 28 de noviembre de 2018, con el número CNSF-H0715-0062-2018. .

1. DOCUMENTOS ADICIONALES

ENDOSOS

ENDOSO de Alta
Asegurados

Contratante | Subramo: | Póliza

Fecha de Alta: | Fecha Fin de Vigencia:

Póliza / Certificado	Nombre Asociado	Parentesco	Sexo	Edad	Prima Neta	Recargos	Derechos	Impuestos	Prima Total	Ramo	Subramo	Forma Pago
	Número de Altas	0	Totales		$0.00	$0.00	$0.00	$0.00	$0.00			

“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 28 de noviembre de 2018, con el número CNSF-H0715-0062-2018".

ENDOSO de Baja
Asegurados

Contratante | Subramo: | Póliza

Fecha de Baja: | Inicio de Vigencia: | Fin de Vigencia:

Póliza / Certificado	Nombre Asociado	Parentesco	Sexo	Edad	Prima Neta	Recargos	Derechos	Impuestos	Prima Total	Ramo	Subramo	Forma Pago
	Número de Asociados Baja	0	Totales		$0.00	$0.00	$0.00	$0.00	$0.00			

“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 día28 de noviembre de 2018, con el número CNSF-H0715-0062-2018”.

Póliza

ODONTORED SEGUROS DENTALES, SA DE CV

RECIBO DE PRIMA No.

Agente:

Contratante

Contratante:
Dirección: **Colonia:**
Municipio: **Estado:**
C.P.: **Teléfono:**

Datos del Pago

Prima Neta	
Derechos de Póliza	
Recargo por Pago Fraccionado	
Prima Total	
I.V.A.	
Total a Pagar	

Favor de pagarse antes del día:

Forma de Pago

Total a Pagar con letra:

Datos de la Póliza

Vigencia desde		Fecha de Emisión Póliza	
Vigencia hasta		Suma Asegurada	
Moneda		Copago	N/A
Sub Ramo		Honorarios Quirurgicos	N/A
Deducible	N/A		
Coaseguro	N/A		

Plan Contratado

REFERENCIAS BANCARIAS

Odontored Seguros Dentales, S.A. de C.V., R.F.C.: ODO090813SJ5
Av. Paseo de la Reforma 373 Piso 11, Col. Cuauhtémoc
Deleg. Cuauhtémoc, C.P. 06500, México, D.F.
Teléfonos: Desde México, D.F.: 5480 0911 y del Interior de la República al: 01800 8DENTAL

CEDULA DE IDENTIFICACION FISCAL

SHCP

SAT
Servicio de Administración Tributaria

ODO090813SJ5
Registro Federal de Contribuyentes

ODONTORED SEGUROS DENTALES
Nombre, denominacion o razón social

idCIF: 14110126941
VALIDA TU INFORMACIÓN FISCAL

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 28 de noviembre de 2018, con el número CNSF-H0715-0062-2018. .

Solicitud de Contratación

Datos del Solicitante

Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):			Ocupación:	
Fecha de nacimiento:	Sexo: ☐ F ☐ M	Nacionalidad:	RFC:	
Domicilio (Calle, No. Colonia, Delegación):		Ciudad:	Estado:	C.P.:
Teléfono particular:	Teléfono de oficina:	Correo electrónico:		

Datos del Contratante (En caso de ser diferente al Solicitante)

Nombre y/o Razón Social (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):			Ocupación:	
Relación con el solicitante:		Fecha de nacimiento:		
Fecha de nacimiento:	Sexo: ☐ F ☐ M	Nacionalidad:	RFC:	
Domicilio (Calle, No. Colonia, Delegación):		Ciudad:	Estado:	C.P.:
Teléfono particular:	Teléfono de oficina:	Correo electrónico:		

Favor de contestar las siguientes preguntas

1. ¿Padece o le ha sido diagnosticada alguna enfermedad o condición que requiere tratamiento y/o vigilancia rutinaria y permanente como presión arterial elevada, diabetes, cáncer, VIH/SIDA o alguna otra?	☐ Sí ☐ No	En caso de respuesta afirmativa, especificar respuesta:
2. ¿Tiene algún padecimiento por el cual necesite ayuda para realizar sus actividades diarias?	☐ Sí ☐ No	En caso de respuesta afirmativa, especificar respuesta:
3. ¿Existe antecedente en algún familiar directo de trasplante de órganos, cáncer, enfermedad del corazón y/o diabetes diagnosticado antes de los 60 años?	☐ Sí ☐ No	En caso de respuesta afirmativa, especificar respuesta:

Autorización (De interés para el solicitante)

"De acuerdo a la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el solicitante debe declarar todos los hechos para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal como los conozca o deba conocer en el momento de confirmar la misma, en la inteligencia de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de los hechos importantes que se le pregunten darán a la cancelación de la póliza y en consecuencia a la pérdida de los derechos a los beneficiarios."

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.

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): Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México. Teléfonos: 5340-0999 o lada sin costo 01800-999-8080. Página de internet: **www.condusef.gob.mx**, correo electrónico: **asesoria@condusef.gob.mx**, a elección del reclamante, o en la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de ODONTORED, ubicada en Av. Paseo de la Reforma 373 piso 11, Col. Cuauhtémoc Deleg. Cuautémoc, C.P. 06500, Ciudad de México, de lunes a viernes de 9 a 6 p.m., o en nuestra página electrónica http://odontprev.com.mx. O al teléfono lada sin costo 01 800 833 68 25.

"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 28 de noviembre de 2018. con el número CNSF-H0715-0062-2018".

AcciPrev

Formato para designación y/o cambio de beneficiarios

Datos generales

Lugar y fecha:	Tipo de seguro:	No. de póliza:	No. de certificado:
Nombre del Contratante (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s))::		R.F.C.:	
Nombre del Asegurado (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s))::			

Beneficiarios asignados

Nombre del Beneficiario	Apellido Paterno	Apellido Materno	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Parentesco	%
1)					
2)					
3)					
4)					
5)					
6)					
7)					
8)					
9)					
10)					
				Total:	**100%**

En caso de minoría de edad o a falta de:

Nombre del Beneficiario	Apellido Paterno	Apellido Materno	Parentesco

En el caso de que se desee nombrar a beneficiarios menores de edad, no se debe señalar a un mayor como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior por que las legislaciones civiles previenen las formas en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales fines.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quienen todo caso, solo tendrá una obligación moral, pues la designación que se hace en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

La presente designación queda autorizada apartir de la fecha señalada en este mismo documento y sustituye a cualquier otra que ubiere realizado con anterioridad.

El mismo carecerá de validez si no presenta la firma del Asegurado. Guarde junto con los documentos de su póliza para cualquier aclaración.

Firma del Asegurado

“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 28 de de noviembre de 2018. con el número CNSF-0715-0062-2018 ”. .

AcciPrev

Formato de aviso de accidente

Instrucciones:
1.- Este cuestionario deberá ser llenado y firmado por el asegurado con letra de molde.
2.- Es necesario llenar la forma en su totalidad y dar información completa y detallada.
3.- Por el hecho de proporcionar este formulario, la institución no queda obligada a admitir la validez de la reclamación ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme a la póliza.
4.- Este documento no será válido con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores.

Formato de aviso de accidente

Información general de póliza

Nombre o razón social del Contratante:	No. de póliza:
Apellido paterno, materno y nombre del asegurado titular:	R.F.C. o C.U.R.P.:

Información del Asegurado - Afectado

Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):				R.F.C. o C.U.R.P.:
No. certificado del afectado:		Fecha de alta		Nacionalidad:
Fecha de nacimiento:	Sexo: ☐ F ☐ M	Parentesco con el titular:	Correo electrónico:	Teléfono de contacto:
Domicilio (Calle, No. Colonia, Delegación):				

Ciudad:	Estado:	C.P.:	Ocupación o profesión:	Lugar donde trabaja / empresa:	Giro de la empresa:

Información del accidente

¿Ha presentado gastos anteriores por este padecimiento o accidente en esta u otra compañía? ☐ Si ☐ No	Si su respuesta fue afirmativa indique no. de siniestro:
Compañía	Fecha de alta:
¿Actualmente tiene otro seguro?: ☐ Si ☐ No — Compañía:	Tipo de reclamación: ☐ Inicial ☐ Complementaria
Fecha en que ocurrió el accidente o aparición de los primeros síntomas desde el accidente:	Indique tipo de alteraciones y/ o síntomas que presentó:
Fecha en que visitó por primera vez al médico por el accidente:	
Indique el diagnóstico motivo de su reclamación:	
Si es accidente detállese, ¿Cómo y dónde fue?:	
Autoridad que tomó conocimiento del accidente (Anexar copias del ministerio público):	

En caso de accidente automovilístico ¿Cuenta con seguro de automóvil?		Nombre de la compañía:	
Cobertura:	Suma asegurada:	No. de póliza:	Compañía del tercero:
Hospital en que fue atendido:	Estuvo hospitalizado: ☐ Si ☐ No	Días de estancia:	
¿Qué estudios se le realizaron para el diagnóstico y / o tratamiento?:			

Información del Médico tratante

Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):		Especialidad:
Domicilio (Calle, No. Colonia, Delegación):	Teléfono:	Correo electrónico:
¿Médicos que ha consultado en los últimos dos años?:	Causa:	Fecha:
	Teléfono:	Correo electrónico:

Documentos a presentar:
1.- Copia de la actuación del ministerio público o atención recibida de la institución(en caso de accidente).
2.- Interpretación de estudios radiológicos o de gabinete.
3.- Copia de identificación oficial del asegurado afectado (IFE, pasaporte y en caso de menores de 5 años acta de nacimiento).
4.- Recibos de gastos que cuenten con los requisitos fiscales (quedarán sin validez copias, recibos provisionales, estados de cuenta, etc).
5.- Por cada médico tratante se deberán llenar los informes médicos correspondientes y su participación en el evento.
6.- Copia de identificación oficial para el contratante (IFE, pasaporte) sólo si es persona física.

Nota: autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios y/o establecimientos de salud, a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad, accidente, o lesión y/o a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen a (nombre compañía de seguros), aún cuando no exista una orden judicial o administrativa toda la información referente a mis antecedentes personales patológicos, historial clínico, indicaciones médicas, resultados de estudios de laboratorio y gabinete y cualquier información contenida en mi expediente clínico, misma que podrá ser requerida en cualquier momento que (nombre compañía de seguros), lo considere oportuno, inclusive después de mi fallecimiento. Con la presente autorización relevo de cualquier responsabilidad derivada del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información requerida, asimismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguros para que proporcionen a (nombre compañía de seguros) la información de su conocimiento y que a su vez (nombre compañía de seguros) proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador la información que requiera y que se derive de este documento y de otros que sean de su conocimiento.

Nombre y firma del titular

Nombre y firma del afectado

Solicitud de pago

Meetodo de pago: ☐ Cheque ☐ Transferencia	En caso de transferencia, nombre de la Institución Bancaria:	Cuenta CLABE:

Nombre del Reclamante

Firma del Reclamante

“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 28 de de noviembre de 2018. con el número CNSF-H0715-0062-2018 ”.