DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

Seguro Indemnizatorio de 5 Enfermedades Graves Colectivo

Ramo: Gastos Médicos Colectivo

Contenido

INDICE

CONDICIONES GENERALES

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

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.

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 (Cáncer, Enfermedad Vascular Cerebral, Infarto, Insuficiencia Renal, Transplante de Órganos Mayores), cubiertas por el presente seguro especificadas en la caratula de la póliza.

CONTRATANTE: Es la persona física 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.
Documento a través del cual se formaliza la adquisición o arrendamiento de bienes, así como la contratación de servicios.

COLECTIVIDAD ASEGURADA: 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. Las personas que formen parte de la Colectividad Asegurada deberán estar inscritas en el registro de asegurados.. En número deberán ser mayor o igual a diez individuos.

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

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.

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.

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

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.

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.

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 inmediato 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.

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.

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

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

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 cubiertas.

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.

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

(CÁNCER, ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL, INFARTO, INSUFICIENCIA RENAL Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS MAYORES)

El objeto será resarcir la pérdida económica que puede sufrir el Asegurado, ante la eventualidad de sufrir alguna de las siguientes Enfermedades Graves, mediante el pago de una suma asegurada en vida del asegurado o ya fallecido siempre y cuando haya librado el período de supervivencia 28 días naturales:

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

Si durante la vigencia de la póliza al Asegurado se le realiza el Primer Diagnóstico Definitivo de alguna de las Enfermedades cubiertas, (Cáncer, Enfermedad Vascular Cerebral, Infarto o Insuficiencia Renal), o la realización de trasplante de órganos mayores**,** 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 contratada, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- **Que al Asegurado se le presenten por primera vez las manifestaciones, síntomas o signos del cuadro clínico indicativos de la(s) enfermedad(es) cubierta(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 cubrirán 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.

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 graves siempre y cuando sean desencadenadas por un diagnostico o evento distinto a la primera reclamación.

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, se establece un periodo de supervivencia de (28) días naturales.

ENFERMEDADES GRAVES CUBIERTAS

CÁNCER

Es un tumor maligno caracterizado por el crecimiento sin control y diseminación de células malignas a través de la invasión y destrucción de tejido normal. El término cáncer incluye leucemia, linfoma, sarcoma y enfermedad de Hodgkin. El cáncer debe requerir tratamiento por medio de cirugía, radioterapia o quimioterapia. El diagnóstico debe ser confirmado por medio de un reporte válido de patología y un reporte de un especialista certificado.

Exclusiones para Cáncer:

• Todos los tumores que se describen histológicamente como benignos, pre-malignos, malignos límite, de bajo potencial maligno o no invasivos;

• Cualquier lesión descrita como carcinoma in-situ (Tis) o Ta según la clasificación TNM Séptima Edición de la AJCC;

• Todos los cánceres de piel que no sean melanomas

• Todos los tumores de próstata a menos que se clasifiquen histológicamente con una calificación Gleason mayor a 6 o que han progresado a cuando menos una clase T2N0M0 según la clasificación TNM Séptima Edición de la AJCC

• Cualquier melanoma que sea menor o igual a 1.0 mm de espesor y descrito como T1aN0M0 según la clasificación TNM Séptima Edición de la AJCC;

• Cáncer de tiroides que son menores o iguales a 2 cm de diámetro e histológicamente descritos como T1N0M0 según la clasificación TNM Séptima Edición de la AJCC;

• Cualquier forma de cáncer en presencia de la infección por el VIH, incluyendo pero no limitado a linfoma o sarcoma de Kaposi.

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Es el incidente cerebrovascular que da como resultado la muerte irreversible de tejido cerebral debido a una hemorragia intra-craneana, por embolismo o trombosis en un vaso sanguíneo intra-craneano. Este evento debe dar como resultado un trastorno funcional neurológico permanente con signos neurológicos anormales objetivos en el examen físico realizado por un neurólogo por lo menos tres (3) meses después del evento.

El diagnóstico también debe ser evidente en hallazgos en estudios de imagen cerebral y debe ser consistente con el diagnóstico de un nuevo accidente cerebrovascular.

Exclusiones para accidente cerebrovascular:

• Ataques Isquémicos Transitorios (AIT);

• Daño cerebral resultante de un accidente o lesión;

• Trastornos de los vasos sanguíneos que afectan el ojo, incluyendo el infarto del nervio óptico o retina;

• Trastornos isquémicos del sistema vestibular;

• Accidente cerebrovascular silencioso asintomático como hallazgo en un estudio de imagen, que no tengan una secuela.

ATAQUE CARDIACO

Es la muerte de una porción del músculo cardiaco que resulta del flujo sanguíneo inadecuado al área relevante, como consecuencia de la enfermedad de una arteria coronaria. El diagnóstico debe fundamentarse en los siguientes tres (3) criterios y debe ser diagnóstico definitivo de un nuevo infarto agudo al miocardio:

• Síntomas clínicamente aceptados como consistentes con el diagnóstico de un infarto agudo al miocardio; y

• Cambios nuevos característicos en el electrocardiograma; y

• La elevación característica por arriba de los valores normales de marcadores bioquímicos cardíacos específicos como CK-MB o troponinas cardiacas.
El ataque cardiaco que ocurre durante una intervención coronaria debe tener niveles de troponina cardiaca por lo menos 3 veces mayor al valor superior normal reportado por el laboratorio.

Exclusiones para ataque cardíaco:

• La angina de pecho y todas las otras formas de síndromes coronarios agudos.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN FASE DE DIÁLISIS O TRANSPLANTE.

Es la falla total e irreversible de ambos riñones. Debe establecerse la diálisis renal continua y ser considerada médicamente necesaria por un nefrólogo certificado o en fase de trasplante renal.

Exclusiones para Insuficiencia Renal Crónica en fase de diálisis o trasplante:

• La insuficiencia renal aguda reversible que sólo requiere diálisis renal temporal.

• La enfermedad renal en etapa final de sólo uno de los dos riñones.

TRASPLANTE DE ÓRGANOS MAYORES

Es la cirugía de trasplante de órgano que se le realiza al asegurado en calidad de receptor del órgano trasplantado, amparando únicamente corazón, pulmón, hígado, riñón o páncreas, siempre que éste sea médicamente necesario y realizada por un cirujano de trasplantes autorizado para tratar la insuficiencia orgánica y funcional irreversible y en estado terminal del órgano que motivó el trasplante. Para solicitar la indemnización será necesario proporcionar estudios preoperatorios de laboratorio y gabinete así como los documentos de la cirugía realizada.

Exclusiones para Trasplante de Órganos Mayores:

Trasplantes de células madre, trasplantes de células de los islotes del páncreas, así como cualquier otro trasplante no mencionado explícitamente quedará excluido.

ENFERMEDADES GRAVES QUE DERIVEN DE UN ACCIDENTE

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

4. SUMA ASEGURADA

Sera la estipulada en la caratula de la póliza

Es el límite máximo de responsabilidad de ODONTORED en cada Enfermedad Grave cubierta por la póliza, siempre y cuando cada enfermedad grave sea desencadenada por un diagnóstico o evento distinto.

5. LIMITACIONES

Si la póliza se cancela, la obligación de La ISES cesará y por lo tanto no se cubrirán los siniestros ocurridos después de la fecha de cancelación.

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 para cada una de las enfermedades cubiertas.

7. 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 se otorgará sin cumplir nuevos requisitos de asegurabilidad cuando el asegurado haya sido asegurado dentro de las edades mínima y máxima de aceptación, hasta el momento en que alcance la edad de cancelación. No habrá cambio en las condiciones 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 ocupación, sexo y 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
70 años cumplidos.

EDAD DE CANCELACIÓN
71 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.

8. CLÁUSULAS OPERATIVAS

OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE
Durante la vigencia de este contrato, el contratante se obliga a comunicar a la aseguradora los nuevos ingresos a la colectividad asegurada dentro de los 30 días siguientes, a informar de las separaciones definitivas de dicha colectividad asegurada dentro de los 30 días siguientes a cada separación. También deberá informar de cualquier cambio que se produzca en la situación de los asegurados y que dé lugar a algún cambio de las sumas aseguradas. El aviso deberá hacerse dentro de los 30 días después del cambio y las modificaciones solicitadas entran en vigor desde la fecha del cambio de condiciones.

ALTA DE ASEGURADOS
Los nuevos miembros de la colectividad asegurada que el contratante reporte por escrito a Odontored, serán incluidos en la presente póliza, siempre y cuando ésta se encuentre en vigor. La cobertura para cada uno de los miembros que se den de alta iniciará desde el momento en que la persona sea elegible para el seguro en los términos pactados, siempre y cuando la notificación de alta se haya hecho dentro de los treinta días siguientes a la ocurrencia del hecho; en caso contrario, el inicio de la cobertura quedará condicionada a la aceptación por parte de la aseguradora. En cualquier caso, Odontored cobrará la prima correspondiente calculada en proporción, desde la fecha de ingreso hasta el vencimiento del seguro en curso.

Artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades:

"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."

BAJA DE ASEGURADOS

Aquellas personas que se separen definitivamente de la colectividad asegurada causarán baja de esta póliza y dejarán de estar aseguradas, cesando los beneficios del seguro desde el momento de la separación de la colectividad asegurada. Odontored restituirá a quien haya pagado la prima, la prima neta no devengada calculada en días exactos.

Cualquier pago que Odontored haya realizado indebidamente a causa de omisión o negligencia en el aviso por parte del contratante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a Odontored.

Artículo 18 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades:

"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."

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. Dicha devolución se realizará en un plazo no mayor a 30 días naturales posteriores a la fecha de cancelación del contrato.

De la ley sobre el Contrato de Seguro:
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. El aniversario de la póliza siguiente en el que el asegurado cumpla 71 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.

9. PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES

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

1. Copia de 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 o pasaporte).

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) solo si es persona física.

Adicionalmente, se deberá entregar el 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.

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 que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio"

10. 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 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.”

PRECEPTOS LEGALES, DISPONIBLES EN : www.odontoprev.com.mx

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 10 de marzo de 2020, con el número CNSF-H0715-0022-2020”.