DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

Seguro Básico de Accidentes Personales Individual

Ramo: Accidentes Personales Individual

Contenido

INDICE

CONDICIONES GENERALES

1. DEFINICIONES
2. OBJETO DEL SEGURO
3. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS POR MUERTE ACCIDENTAL
4. EXCLUSIONES POR MUERTE ACCIDENTAL
5. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS POR PERDIDAS ORGANICAS POR ACCIDENTE
6. EXCLUSIONES PARA PERDIDAS ORGANICAS
7. SUMA ASEGURADA
8. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES
9. LIMITE MAXIMO DE RESPONSABILIDAD
10. OBJETO DE LA COBERTURA
11. PAGO DE SINIESTROS E INDEMINIZACIONES
12. CLAUSULAS GENERALES
13. CLAUSULAS OPERATIVAS
14. CLAUSULAS CONTRACTUALES

CONDICIONES GENERALES

1. DEFINICIONES

ACCIDENTE:
Se entenderá por accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa fortuita, externa, súbita y violenta que produce de manera involuntaria la muerte o lesiones en la persona del Asegurado

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.

BENEFICIARIO:
Es la persona designada en la póliza que tiene derecho a recibir la prestación derivada del contrato de seguro.

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), Beneficiarios (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:
Muerte accidental y/o Perdidas Organicas por accidente, 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:
Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y la Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes. Este documento está integrado por las condiciones generales, la carátula de Póliza, la Solicitud de Seguro y Endosos que se agreguen, los cuales constituyen prueba del Contrato de Seguro.
Este contrato de Seguro está constituido por:

- **a)** Las declaraciones del Solicitante Titular proporcionadas por escrito en la solicitud del seguro.
- **b)** La Póliza.
- **c)** Las cláusulas adicionales o endosos, los cuales son documentos que modifican o condicionan en cualquier sentido los alcances del contrato, sin que lo anterior se refiera a modificar el texto de las condiciones generales.
- **d)** Las Condiciones Generales

e) Cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo

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

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.

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.

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.

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, en caso de Telemercadeo será llenado por el operador telefonico durante la llamada de venta y se guardará en formato PDF sin firma junto con el archivo de voz que fungira como prueba de la aceptación del contratante y de la declaración de datos solicitada, los archivos de voz de todas las llamadas serán resguardados por Odontored.

SUMA ASEGURADA:

Es el límite máximo de responsabilidad de ODONTORED en cada evento cubierto por la póliza. En el caso de reclamación por un evento de pérdidas orgánicas, está limitado a un evento por año, ya sea otro de pérdida orgánica o muerte accidental a causa del mismo accidente o un accidente distinto.

.

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 Beneficiario o Asegurado ante la Compañía, para obtener el beneficio del Contrato a consecuencia del fallecimiento o pérdida orgánica del Asegurado por un Accidente.

RENOVACIÓN GARANTIZADA

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 garantizada aplicará siempre y cuando no se haya presentado un siniestro por muerte accidental, considerando siempre que la edad máxima de renovación garantizada es de 74 años.

2. OBJETO DEL SEGURO

Mediante el presente contrato, Odontored Seguros Dentales S.A. DE C.V. (En lo sucesivo se le denominará solamente “Odontored”) estará obligada a cumplir con la indemnización a consecuencia de que se produzca la eventualidad contratada prevista en el presente seguro dentro de la vigencia del mismo.

3. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA BÁSICA: POR MUERTE ACCIDENTAL

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:

COBERTURA BASICA: INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL

Si el Asegurado sufriera un accidente, mismo que le cause la muerte, siempre y cuando ésta ocurra dentro de los noventa días siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente; Odontored pagará la suma asegurada

contratada para esta cobertura, a los Beneficiarios designados por el Asegurado en la póliza. Dicha cobertura también procederá cuando la muerte accidental se derive de un accidente ocurrido mientras el Asegurado utilice como medio de transporte para el desempeño habitual de su actividad laboral, una motocicleta, motoneta o algún otro vehículo similar de motor (por desempeño habitual de la actividad laboral, para el uso de motocicleta, motoneta o algún otro vehículo similar de motor, se entenderá el uso indispensable como herramienta de trabajo, el caso de repartidores, mensajeros, ajustadores, motopatrulleros y similares, etc.), siempre y cuando la aseguradora haya aceptado expresamente su cobertura. Odontored pagará la suma asegurada contratada para esta cobertura, a los Beneficiarios designados por el Asegurado en la póliza.

4. EXCLUSIONES PARA MUERTE ACCIDENTAL

No se concederá la indemnización reclamada cuando la muerte se deba a:

a) Suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
b) Muerte a causa de infecciones que no provengan del accidente cubierto.
c) Muerta a causa de enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, salvo cuando sean motivadas por las lesiones a consecuencia de accidente cubierto.
d) Muerte sufrida en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, alboroto popular, insurrecciones o terrorismo.
e) Homicidio sufrido en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio asegurado.
f) Homicidio al participar el asegurado en alguna riña, cuando él haya sido el provocador.
g) Accidentes que ocurran durante la celebración de carreras, pruebas, o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en las que participe el asegurado de forma activa.
h) Accidentes que ocurran mientras el asegurado haga uso, como conductor o acompañante de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor; excepto el caso de que haya declarado el uso de esta para el desempeño habitual de su actividad laboral y la aseguradora haya aceptado expresamente su cobertura.
i) Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí de cualquier tipo, tauromaquia, caza, deportes aéreos o participando en cualquier forma de navegación submarina o caída libre con resorte, fútbol americano, boxeo, cualquier tipo de lucha, artes marciales, espeleología, equitación, rugby y rapel; excepto en el caso de que hayan sido declaradas y debidamente tarificadas y la aseguradora haya aceptado expresamente su cobertura.

j) Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue por un accidente cubierto.
k) Radiaciones ionizantes.
l) Muerte sufrida por culpa grave del asegurado, estando bajo los efectos de alguna droga, enervante o estimulante, excepto si fueron prescritos por un médico.
m) Muerte que se originen mientras el asegurado se encuentra bajo los efectos del alcohol, siempre y cuando influya en la realización del siniestro.
n) Envenenamiento, excepto si se demuestra que fue a consecuencia de accidente cubierto.
o) Muerte ocasionada por culpa grave o temeridad del asegurado cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.
p) **La participación en cualquier forma de navegación aérea, excepto cuando el asegurado viajara como pasajero en un avión de una compañía comercial debidamente autorizada para el transporte de pasajeros, en rutas establecidas.**

5. DESCRIPCION DE LOS BENEFICIOS ADICIONALES: PERDIDAS ORGANICAS POR ACCIDENTE

BENEFICIOS ADICIONALES: PERDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE

Si el Asegurado sufriera un accidente, mismo que le cause la pérdida de uno o varios miembros, siempre y cuando esto ocurra dentro de los noventa días siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente; Odontored pagará el porcentaje de la Suma Asegurada contratada, de acuerdo con la tabla de indemnización más adelante mencionada. Dichos beneficios también procederán cuando las pérdidas orgánicas se deriven de un accidente ocurrido mientras el Asegurado utilice como medio de transporte para el desempeño habitual de su actividad laboral, una motocicleta, motoneta o algún otro vehículo similar de motor (por desempeño habitual de la actividad laboral, para el uso de motocicleta, motoneta o algún otro vehículo similar de motor, se entiende el uso indispensable como herramienta de trabajo, el caso de repartidores, mensajeros, ajustadores, motopatrulleros y similares, etc.), siempre y cuando la aseguradora haya aceptado expresamente su cobertura. Asimismo, cuando el asegurado realice actividades como: paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí de cualquier tipo, tauromaquia, caza, deportes aéreos o participando en cualquier forma de navegación submarina o caída libre con resorte, fútbol americano, boxeo, cualquier tipo de lucha, artes marciales, espeleología, equitación, rugby y rapel; dichas actividades serán cubiertas siempre y cuando hayan sido declaradas y debidamente tarificadas y la aseguradora haya aceptado expresamente su cobertura. Odontored pagará el porcentaje de la Suma Asegurada contratada, de acuerdo con la tabla de indemnización abajo mencionada.

TABLA DE INDEMNIZACIÓN

Pérdida	Porcentaje de la SA
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%

Una mano y la vista de un ojo o un pie conjuntamente con la vista de un ojo	100%
De una mano y un pie	100%
De una mano o un pie	50%
De la vista de un ojo	30%
De un dedo pulgar	15%
De un dedo índice	10%
De cada uno de los dedos: medio, anular y meñique	5%

Se entenderá por pérdida de una mano, su separación o anquilosamiento a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella, por la pérdida de un pie, su separación o anquilosamiento de la articulación tibiotarsiana o arriba de ella, por pérdida de los dedos, la separación o anquilosamiento de dos falanges completas cuando menos, y por pérdida de la vista, la pérdida completa y definitiva de la visión.

6.- EXCLUSIONES PARA PÉRDIDAS ÓRGANICAS

No se concederá la indemnización reclamada cuando la pérdida de los miembros se deba a:

a) **Cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
b) **Infecciones que no provengan del accidente cubierto.**
c) **Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, salvo cuando sean motivadas por las lesiones a consecuencia de accidente cubierto.**
d) **Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, rebelión, alboroto popular, insurrecciones o terrorismo.**
e) **Lesiones sufridas en actos delictivos de carácter intencional, cometidos por el propio asegurado.**
f) **Lesiones recibidas al participar el asegurado en alguna riña, cuando él haya sido el provocador.**
g) **Accidentes que ocurran durante la celebración de carreras, pruebas, o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo en las que participe de manera activa el asegurado.**
h) **Accidentes que ocurran mientras el asegurado haga uso, como conductor o acompañante de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor; excepto el caso de que haya declarado el uso de esta para el desempeño habitual de su actividad laboral y la aseguradora haya aceptado expresamente su cobertura.**
i) **Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí de cualquier tipo, tauromaquia, caza, deportes aéreos o participando en cualquier forma**

de navegación submarina o caída libre con resorte, fútbol americano, boxeo, cualquier tipo de lucha, artes marciales, espeleología, equitación, rugby y rapel; excepto en el caso de que hayan sido declaradas y debidamente tarificadas y la aseguradora haya aceptado expresamente su cobertura.

j) Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue por un accidente cubierto.

k) Radiaciones ionizantes.

l) Lesiones sufridas por culpa grave del asegurado, estando bajo los efectos de alguna droga, enervante o estimulante, excepto si fueron prescritos por un médico.

m) Lesiones que se originen mientras el asegurado se encuentra bajo los efectos del alcohol, siempre y cuando influya en la realización del siniestro.

n) Envenenamiento, excepto si se demuestra que fue a consecuencia de accidente cubierto.

o) Lesiones que sufra el asegurado por culpa grave o temeridad cuando esta conducta haya influido directamente en la realización del siniestro.

p) **La participación en cualquier forma de navegación aérea, excepto cuando el asegurado viajara como pasajero en un avión de una compañía comercial debidamente autorizada para el transporte de pasajeros, en rutas establecidas.**

COBERTURA BÁSICA

La cobertura básica es la correspondiente a Muerte Accidental. El monto de la cobertura de cada beneficio adicional no podrá exceder el correspondiente de la cobertura básica.

7. SUMA ASEGURADA

Sera la estipulada en la caratula de la póliza

Es el límite máximo de responsabilidad de ODONTORED en cada evento cubierto por la póliza. En el caso de reclamación por un evento de pérdidas orgánicas, está limitado a un evento por año, ya sea otro de pérdida orgánica o muerte accidental a causa del mismo accidente o un accidente distinto.

8. LIMITACIONES

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.

9. 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.

10. 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.

11. PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES

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

1. Solicitud de reclamación de Beneficiario (s), requisitada en todos sus puntos.
2. Formulario Médico sobre las causas de fallecimiento del asegurado (requisitado en su totalidad por el Médico Certificante o Tratante) o Certificado de Defunción en copia certificada.
3. Declaración de Testigos.
4. Acta de Defunción (copia certificada).
5. Acta de Nacimiento del Asegurado (copia certificada).
6. Acta de Nacimiento de los Beneficiarios (copia certificada).
7. Acta de matrimonio, en caso de que el cónyuge sea el beneficiario (copia certificada).
8. Si algún beneficiario ha fallecido, presentar acta de defunción correspondiente (copia certificada).
9. Identificación Beneficiarios (Original y copia de Credencial de elector, Pasaporte o Cédula Profesional).
10. Comprobante de domicilio vigente (no mayor a 3 meses, puede ser recibo del servicio telefónico, luz, agua, predial, etc.), en el que conste el domicilio del beneficiario de la cobertura de muerte accidental.
11. En caso de muerte accidental presentar actuaciones de Ministerio Público completas (carpeta de investigación, identificación del cadáver, autopsia o dispensa, resultado de los estudios químico toxicológicos y de alcoholemia, fotografías, parte de tránsito en caso de accidente en carretera y conclusiones (copias certificadas).

La solicitud de reclamación de Beneficiario(s)no será válida con tachaduras, enmendaduras y de lo declarado no se aceptan cambios posteriores

En caso de Pérdidas Orgánicas

1. **Solicitud** de reclamación de pago por Pérdidas Orgánicas, la cual deberá ser requisitada en su totalidad por el asegurado.
2. **Acta de Nacimiento** (Original o copia certificada).
3. **Identificación Oficial** vigente a la fecha de presentación donde aparezca foto y firma del asegurado (Credencial de elector, pasaporte, cartilla del servicio militar, cédula profesional).
4. **Cuestionario Médico** (El cual debe ser contestada de puño y letra por el médico tratante).
5. **Estudios de Laboratorio y Gabinete** realizados (Radiografías, Resonancia Magnética, Tomografía, Ultrasonido, etc.)
6. **Actuaciones del Ministerio Publico Certificadas** en caso de que la pérdida orgánica haya sido consecutiva a un accidente.
7. Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses.

Artículo 71 de de la Ley sobre el Contrato del Seguro:

"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"

12. 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 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 será pagada de manera anual.

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

74 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.

13. 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.

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.

14. 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 capacitación 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 74 (setenta y cuatro) años por máximo.
La edad declarada por el Asegurador 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 06 de diciembre de 2018, con el número CNSF-H0715-0052-2018.

FOLLETO DE LOS DERECHOS DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS

¡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 06 de diciembre de 2018, con el número CNSF-H0715-0052-2018”.

ODONTORED SEGUROS DENTALES, SA DE CV

POLIZA DE SEGUROS

Póliza

Fecha de Emisión

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:

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:

06 de diciembre de 2018 - con el número CNSF-H0715-0052-2018

"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

Póliza

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

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

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

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:
06 de diciembre de 2018 - con el número CNSF-H0715-0052-2018

AcciPrev

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:	
4. Actividad laboral del asegurado:	**Horario laboral:**	
5. ¿El asegurado utiliza motocicleta, motoneta y/o algún otro vehículo similar de motor, para transportarse o desempeñar su trabajo? ☐ Sí ☐ No	En caso de respuesta afirmativa, especificar respuesta:	
6. ¿El asegurado práctica algún deporte de forma amateur (paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí de cualquier tipo, tauromaquia, caza, deportes aéreos o participando en cualquier forma de navegación submarina o caída libre con resorte, fútbol americano, boxeo, cualquier tipo de lucha, artes marciales, espeleología, equitación, rugby y rapel, etc.)? ☐ 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 06 de de diciembre de 2018. con el número CNSF-H0715-0052-2018 ".

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 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) 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

"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 06 de de diciembre de 2018. con el número CNSF-0715-0052-2018 ".

Información de carácter general para el trámite de un siniestro por fallecimiento

Estimado Cliente:

Con el afán de brindarle el mejor servicio, le agradeceremos leer esta página de información general y que al presentar su reclamación, verifique que se cumpla con todos los documentos que se mencionan para evitar demoras en el pago. Le informamos que todos los trámites relacionados con el pago de su reclamación son gratuitos.

Es importante considerar los siguientes puntos:

A) Si algún beneficiario fuera menor de edad, deberá firmar la solicitud de pago el padre, la madre o en su defecto, la persona que ejerza la patria potestad previo documento legal que así lo acredite.

B) En caso de que los Beneficiarios nombrados hayan fallecido antes que el Asegurado y éste no hizo nueva designación, la suma asegurada se pagará a los herederos legales del Asegurado, por lo que será necesario la exhibición en copia certificada del nombramiento de heredero o cargo de albacea .

C) Cuando la póliza se pague a los herederos legales del asegurado, el albacea deberá acreditar su nombramiento, así como la aceptación y protesta del cargo conferido.

D) En caso de que algún beneficiario se encuentre médicamente imposibilitado para el ejercicio de sus derechos, será necesario que la persona que lo tenga bajo su cuidado tramite un Juicio de Interdicción, lo presente a la Compañía incluyendo Historia Clínica y estudios practicados con carácter devolutivo, firme la solicitud de reclamación y anexe copia simple de su identificación (Credencial de elector o Pasaporte o Cédula Profesional por ambos lados.)

E) En caso de que el Beneficiario o a quien Ceda el derecho de la póliza y que reclame el pago del seguro no sepa o pueda firmar, deberá expresarse esta circunstancia e imprimir la huella digital de su dedo pulgar derecho y en su caso, que dos personas firmen a su ruego como testigos. Texto necesario.

"Hacemos constar que en nuestra presencia_____imprimió su huella digital en virtud de no saber o poder firmar y después de haber sido enterado del contenido de la solicitud de reclamación, manifestó expresamente su conformidad con ella y a su ruego firmo.

Nombre completo testigo 1)	(Nombre completo testigo 2)
Firma	Firma

"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 06 de de diciembre de 2018. con el número CNSF-0715-0052-2018 ".

AcciPrev

Documentos necesarios para el trámite de la reclamación por fallecimiento

Documentos necesarios para el trámite de la reclamación por fallecimiento

Documentación general

1. Solicitud de reclamación de Beneficiario (s), requisitada en todos sus puntos.
2. Formulario Médico sobre las causas de fallecimiento del asegurado (requisitado en su totalidad por el Médico Certificante o Tratante) o Certificado de Defunción en copia certificada.
3. Declaración de Testigos.
4. Acta de Defunción (copia certificada).
5. Acta de Nacimiento del Asegurado (copia certificada).
6. Acta de Nacimiento de los Beneficiarios (copia certificada).
7. Acta de matrimonio, en caso de que el cónyuge sea el beneficiario (copia certificada).
8. Si algún beneficiario ha fallecido, presentar acta de defunción correspondiente (copia certificada).
9. Identificación Beneficiarios (Original y copia de Credencial de elector, Pasaporte o Cédula Profesional).
10. Comprobante de domicilio vigente (no mayor a 3 meses, puede ser recibo del servicio telefónico, luz, agua, predial, etc.), en el que conste el domicilio del beneficiario de la cobertura de muerte accidental.
11. En caso de muerte accidental presentar actuaciones de Ministerio Público completas (carpeta de investigación, identificación del cadáver, autopsia o dispensa, resultado de los estudios químico toxicológicos y de alcoholemia, fotografías, parte de tránsito en caso de accidente en carretera y conclusiones (copias certificadas).

“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 06 de de diciembre de 2018. con el número CNSF-0715-0052-2018 ”.

AcciPrev

Solicitud de reclamación de beneficiario (s)

Lugar y Fecha:

Los datos a que se refiere esta forma deberán ser proporcionados por el o los beneficiarios nombrados en las pólizas del seguro o sus representantes legales bajo su firma.

Solicitud de reclamación de beneficiario (s)

Información general de póliza

Nombre del Contratante (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):

No de póliza:	Tipo de seguro: ☐ Individual	No. de certificado:

Datos del Asegurado

Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):

Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:	R.F.C.:	C.U.R.P.:

Domicilio (Calle, No. Colonia, Delegación):

Ciudad:	Estado:	C.P.:

Nacionalidad:	Ocupación a la fecha de fallecimiento:	Antigüedad en la empresa:

Nombre de la empresa o negocio donde trabaja y domicilio:

Indique en que otras compañías estaba asegurado:

Datos de los médicos que atendieron al asegurado

Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):	Teléfono de casa con lada:

Domicilio (Calle, No. Colonia, Delegación, Ciudad, Estado y C.P.):

Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):	Teléfono de casa con lada:

Domicilio (Calle, No. Colonia, Delegación, Ciudad, Estado y C.P.):

Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):	Teléfono de casa con lada:

Domicilio (Calle, No. Colonia, Delegación):

Datos sobre el fallecimiento

Lugar del fallecimiento:	Fecha del fallecimiento:

Causa de fallecimiento:

Agencia que proporcionó los servicios funerarios:	Fecha:

El fallecimiento fue en el domicilio particular, hospital u otros:

En caso de muerte violenta, indique que autoridad tomo conocimiento del hecho:

Nota: como beneficiario autorizo a médicos, hospitales, clínicas, sanatorios, a las autoridades judiciales o administrativas, laboratorios y/o Establecimientos de salud donde fue atendido el asegurado, a que otorguen a (nombre de la cía) todos los informes que se refieran a la salud de éste, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia fotostática de esta autorización, tiene el mismo valor que el original.

Datos de los Beneficiarios

Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):			Fecha del fallecimiento:
Domicilio (Calle, No. Colonia, Delegación, Ciudad, Estado y C.P.):			Teléfono:
R.F.C.:	C.U.R.P.:	Parentesco:	Ocupación:
Correo electrónico:	Nacionalidad:	Giro o actividad:	Firma:
Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):			Fecha del fallecimiento:
Domicilio (Calle, No. Colonia, Delegación, Ciudad, Estado y C.P.):			Teléfono:
R.F.C.:	C.U.R.P.:	Parentesco:	Ocupación:
Correo electrónico:	Nacionalidad:	Giro o actividad:	Firma:
Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):			Fecha del fallecimiento:
Domicilio (Calle, No. Colonia, Delegación, Ciudad, Estado y C.P.):			Teléfono:
R.F.C.:	C.U.R.P.:	Parentesco:	Ocupación:
Correo electrónico:	Nacionalidad:	Giro o actividad:	Firma:
Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):			Fecha del fallecimiento:
Domicilio (Calle, No. Colonia, Delegación, Ciudad, Estado y C.P.):			Teléfono:
R.F.C.:	C.U.R.P.:	Parentesco:	Ocupación:
Correo electrónico:	Nacionalidad:	Giro o actividad:	Firma:

Este trámite es gratuito.

"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 06 de de diciembre de 2018. con el número CNSF-0715-0052-2018 ".

AcciPrev

Solicitud de reclamación de beneficiario (s)

Lugar y Fecha:

Los datos a que se refiere esta forma deberán ser proporcionados por el o los beneficiarios nombrados en las pólizas del seguro o sus representantes legales bajo su firma.

Solicitud de reclamación de beneficiario (s)

Información general de póliza

Nombre del Contratante (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):

No de póliza:	Tipo de seguro: ☐ Individual	No. de certificado:

Datos del Asegurado

Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):

Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:	R.F.C.:	C.U.R.P.:

Domicilio (Calle, No. Colonia, Delegación):

Ciudad:	Estado:	C.P.:

Nacionalidad:	Ocupación a la fecha de fallecimiento:	Antigüedad en la empresa:

Nombre de la empresa o negocio donde trabaja y domicilio:

Indique en que otras compañías estaba asegurado:

Datos de los médicos que atendieron al asegurado

Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):	Teléfono de casa con lada:

Domicilio (Calle, No. Colonia, Delegación, Ciudad, Estado y C.P.):

Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):	Teléfono de casa con lada:

Domicilio (Calle, No. Colonia, Delegación, Ciudad, Estado y C.P.):

Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):	Teléfono de casa con lada:

Domicilio (Calle, No. Colonia, Delegación):

Datos sobre el fallecimiento

Lugar del fallecimiento:	Fecha del fallecimiento:

Causa de fallecimiento:

Agencia que proporcionó los servicios funerarios:	Fecha:

El fallecimiento fue en el domicilio particular, hospital u otros:

En caso de muerte violenta, indique que autoridad tomo conocimiento del hecho:

Nota: como beneficiario autorizo a médicos, hospitales, clínicas, sanatorios, a las autoridades judiciales o administrativas, laboratorios y/o Establecimientos de salud donde fue atendido el asegurado, a que otorguen a (nombre de la cía) todos los informes que se refieran a la salud de éste, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia fotostática de esta autorización, tiene el mismo valor que el original.

Datos de los Beneficiarios

Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):			Fecha del fallecimiento:
Domicilio (Calle, No. Colonia, Delegación, Ciudad, Estado y C.P.):			Teléfono:
R.F.C.:	C.U.R.P.:	Parentesco:	Ocupación:
Correo electrónico:	Nacionalidad:	Giro o actividad:	Firma:
Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):			Fecha del fallecimiento:
Domicilio (Calle, No. Colonia, Delegación, Ciudad, Estado y C.P.):			Teléfono:
R.F.C.:	C.U.R.P.:	Parentesco:	Ocupación:
Correo electrónico:	Nacionalidad:	Giro o actividad:	Firma:
Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):			Fecha del fallecimiento:
Domicilio (Calle, No. Colonia, Delegación, Ciudad, Estado y C.P.):			Teléfono:
R.F.C.:	C.U.R.P.:	Parentesco:	Ocupación:
Correo electrónico:	Nacionalidad:	Giro o actividad:	Firma:
Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):			Fecha del fallecimiento:
Domicilio (Calle, No. Colonia, Delegación, Ciudad, Estado y C.P.):			Teléfono:
R.F.C.:	C.U.R.P.:	Parentesco:	Ocupación:
Correo electrónico:	Nacionalidad:	Giro o actividad:	Firma:

Este trámite es gratuito.

"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 06 de de diciembre de 2018. con el número CNSF-0715-0052-2018 ".

AcciPrev

Formulario médico sobre las causas del fallecimiento del asegurado

Este deberá ser contestado de puño y letra por el médico que extendió el certificado de defunción o por el médico tratante del asegurado.

Formulario médico sobre las causas del fallecimiento del asegurado

Datos del Asegurado

Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):

No de póliza:		Tipo de seguro: ☐ Individual	No. de certificado:
Residencia en el momento del fallecimiento:	Ciudad:	Estado:	Edad al fallecimiento:
Lugar de fallecimiento:	Sexo: ☐ F ☐ M	Fecha del fallecimiento:	
El fallecimiento ocurrió en el hospital o sanatorio ¿Cuál?:			¿Tiempo de conocer al asegurado?
¿Tiempo de atender al asegurado?	¿Cuándo fue Ud. consultado por primera vez acerca de la causa directa o indirecta del fallecimiento?		

En caso de no haberlo tratado, ¿Cuál es la razón por la que extiende el certificado de defunción?

¿Hubo en la muerte del asegurado efectos directos o indirectos causados por el uso de bebidas alcohólicas, drogas u otros tipos de estimulantes o enervantes, etc?. ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo, favor de especificar:

¿En qué enfermedades o afecciones, operaciones, etc., lo asistió Ud., o fue consultado antes del padecimiento que motivó la muerte? (Detallar el siguiente cuadro)

Nombre de la enfermedad	No. de veces que lo asistió	Fecha de inicio	Duración	Gravedad	Secuelas

Nombre de otros médicos que atendieron al asegurado

Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):		Teléfono:	
Domicilio (Calle, No. Colonia, Delegación):	Ciudad:	Estado:	C.P.:
Nombre:		Teléfono:	
Domicilio (Calle, No. Colonia, Delegación):	Ciudad:	Estado:	C.P.:

Causas de la Defunción

Parte I	Causas de la defunción (una sola en cada renglón)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
Enfermedad, lesión o estado patológico que produce la muerte directamente	A)	
Causas, antecedentes.	B)	
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica.	C) D)	
Parte II	**Causas de la defunción (una sola en cada renglón)**	**Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte**
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo.		

Nota: las causas de la defunción deberán anotarse de acuerdo con el modelo del certificado internacional que comprende las partes: i "causa de defunción A), b) y c)" y la ii " otros estados patológicos no relacionados con la enfermedad principal o básica".

Hago constar que la información que estoy proporcionando en este documento, está apegada a la verdad, de acuerdo a los elementos que conozco sobre el caso en cuestión.

Nota: como médico certificante o tratante, autorizo a los hospitales y/o establecimientos de salud a los que haya acudido el finado para tratamiento o diagnóstico, que se otorguen a la compañía aseguradora que lo requiera, los informes que se refieran a la evolución de su salud, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores y resultados de estudios de laboratorio y gabinete. Para tal efecto, en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el mismo valor que el original.

Causas de la Defunción

Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):			Teléfono:
Domicilio (Calle, No. Colonia, Delegación):		Ciudad:	Estado: C.P.:
Certificado del consejo de especialidad:		Cédula dirección general de profesiones:	
Cédula de especialidad:	R.F.C.:	Lugar:	Fecha:

Firma del Médico tratante

"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 06 de de diciembre de 2018. con el número CNSF-0715-0052-2018 ".

Formato de reclamación por pérdidas orgánicas

Información del Titular

Número de certificado:			Número de cuenta de crédito:
Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):			
Nacionalidad:	Edad:	Sexo: ☐ F ☐ M	Profesión u Oficio:
C.U.R.P. o R.F.C:			

Información sobre la pérdida orgánica

Fecha del siniestro (Día, Mes y Año):	Causa de la pérdida orgánica:
Detalle brevemente como ocurrió la pérdida orgánica:	
Describa brevemente su ocupación:	
Describa de que manera la pérdida orgánica le impide desarrollar su actividad laboral:	
¿Alguna vez ha sufrido otra pérdida de órgano? ☐ Si ☐ No	De ser afirmativa la respuesta anterior, detallar brevemente la condición.
Fecha en que sufrió la pérdida anterior (Día, Mes y Año):	

Información del Beneficiario / Reclamante

Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):		
Domicilio:		
Ciudad:	Estado:	C.P.:
Teléfono de casa con lada:	Teléfono de recados con lada:	Correo electrónico:

Declaraciones importantes del Asegurado

1. He sufrido una Pérdida Orgánica, por lo que solicito el pago del seguro de Muerte Accidental o Pérdidas Orgánicas que tengo contratado con OdontoPrev. La Aseguradora tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante del Asegurado Titular o de sus Beneficiarios para que se lleve a cabo la comprobación, liberará a la Aseguradora de cualquier obligación.
2. La información aquí contenida es correcta y verdadera. Reconozco que la Falsedad de declaraciones puede constituir un delito, con penas que pueden llegar hasta la pérdida de la libertad.
3. Expresamente manifiesto mi consentimiento a la Aseguradora OdontoPrev y a sus reaseguradoras, agentes o representantes para que recaben información del suscrito ante cualquier Institución Médica respecto del estado de mi estado u otra organización, empresa o personal medico, en la que obre información relacionada con esta solicitud. Entiendo que al ejecutar esta autorización, renuncio al derecho de que dicha información sea de carácter confidencial, ya que la misma es pertinente y necesaria para el trámite o investigación de mi reclamación.

Nombre del Reclamante

Firma del Reclamante

Fecha

AcciPrev

Formato de reclamación por pérdidas orgánicas

Información Médica, declaración del Médico

Nombre del Paciente (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):

Profesión u Oficio:

Describa la lesión que ocasionó la pérdida orgánica:

Indique las fechas en que el asegurado sufrió la pérdida Orgánica (Día, Mes y Año).

Indique las fechas en que el paciente recibió tratamiento (Día, Mes y Año).

¿El paciente aún está bajo tratamiento? ☐ Si ☐ No

Si el paciente no está en tratamiento, dé la fecha probable de regreso al trabajo. En caso de que aplique.

Si el paciente no está en tratamiento, dé la fecha en que se dio de alta para regresar a su trabajo. En caso de que aplique.

Indicar el órgano del que sufrió la pérdida el Asegurado:

- ☐ Una mano o un pie
- ☐ La vista de un ojo
- ☐ El pulgar de cualquier mano
- ☐ El índice de cualquier mano
- ☐ Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos
- ☐ Una mano y un pie
- ☐ Una mano o un pie y la vista de un ojo

Indique médicamente la pérdida del órgano o extremidad que el Asegurado sufrió:

Observaciones:

Información Médica, declaración del Médico

Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):

Domicilio (Calle, No. Colonia, Delegación):

Ciudad:	Estado:	C.P.:

Teléfono de casa con lada:	Cédula profesional:	Correo electrónico:

Especialidad:

Declaraciones importantes del Asegurado

1. He sufrido una Pérdida Orgánica, por lo que solicito el pago del seguro de Muerte Accidental o Pérdidas Orgánicas que tengo contratado con OdontoPrev. La Aseguradora tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante del Asegurado Titular o de sus Beneficiarios para que se lleve a cabo la comprobación, liberará a la Aseguradora de cualquier obligación.
2. La información aquí contenida es correcta y verdadera. Reconozco que la Falsedad de declaraciones puede constituir un delito, con penas que pueden llegar hasta la pérdida de la libertad.
3. Expresamente manifiesto mi consentimiento a la Aseguradora OdontoPrev y a sus reaseguradoras, agentes o representantes para que recaben información del suscrito ante cualquier Institución Médica respecto del estado de mi estado u otra organización, empresa o personal medico, en la que obre información relacionada con esta solicitud. Entiendo que al ejecutar esta autorización, renuncio al derecho de que dicha información sea de carácter confidencial, ya que la misma es pertinente y necesaria para el trámite o investigación de mi reclamación.

Nombre del Reclamante

Firma del Reclamante

Fecha

"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 06 de de diciembre de 2018. con el número CNSF-H0715-0052-2018".

Información de carácter general para el trámite de una reclamación por pérdidas orgánicas

Estimado Cliente:

Con el afán de brindarle el mejor servicio, le agradeceremos leer esta página de información general y que al presentar su reclamación, verifique que se cumpla con todos los documentos que se mencionan para evitar demoras en el pago.

Todos los trámites relacionados con el pago de su reclamación son gratuitos.

A) En caso de que el asegurado se encuentre médicamente imposibilitado para el ejercicio de sus derechos, será necesario que la persona que lo tenga bajo su cuidado tramite un Juicio de Interdicción, lo presente a la Compañía incluyendo Historia Clínica y estudios practicados con carácter devolutivo, firme la solicitud de reclamación y anexe copia simple de su identificación (Credencial de Elector o Pasaporte o Cédula Profesional por ambos lados).

B) En caso de que el Asegurado no sepa o pueda firmar, deberá expresarse esta circunstancia e imprimir la huella digital de su dedo pulgar derecho y que dos personas firmen a su ruego como testigos. Texto necesario.

"Hacemos constar que en nuestra presencia_____ imprimió su huella digital en virtud de no saber o poder firmar y después de haber sido enterado del contenido de la solicitud de reclamación, manifestó expresamente su conformidad con ella y a su ruego firmo.

Nombre completo testigo 1)	(Nombre completo testigo 2)
Firma	Firma

Anexar de los testigos, copia simple de su Credencial de Elector o Pasaporte o Cédula Profesional por ambos lados.

"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 06 de diciembre de 2018. con el número CNSF-0715-0052-2018 ". ".

AcciPrev

Documentos necesarios para el trámite de la reclamación pérdidas orgánicas

Documentos necesarios para el trámite de la reclamación por pérdidas orgánicas

Para efectos de estar en condiciones de valorar y atender adecuadamente toda reclamación por concepto de pago de la cobertura por **Pérdidas Orgánicas** contratada en su póliza, será necesario presentar a esta institución en cualquiera de sus oficinas, la siguiente documentación:

Documentación mínima general a presentar para el trámite de pago de la cobertura

1. **Solicitud** de reclamación de pago por Pérdidas Orgánicas, la cual deberá ser requisitada en su totalidad por el asegurado.
2. **Acta de Nacimiento** (Original o copia certificada).
3. **Identificación Oficial** vigente a la fecha de presentación donde aparezca foto y firma del asegurado (Credencial de elector, pasaporte, cartilla del servicio militar, cédula profesional).
4. **Cuestionario Médico** (El cual debe ser contestada de puño y letra por el médico tratante).
5. **Estudios de Laboratorio y Gabinete** realizados (Radiografías, Resonancia Magnética, Tomografía, Ultrasonido, etc.)
6. **Actuaciones del Ministerio Publico Certificadas** en caso de que la pérdida orgánica haya sido consecutiva a un accidente.
7. Comprobante de domicilio no mayor a 3 meses.

La recepción de la documentación no prejuzga sobre la procedencia o improcedencia de la reclamación.

“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 06 de de diciembre de 2018. con el número CNSF-H0715-0052-2018”.

AcciPrev

Solicitud de reclamación por pérdidas orgánicas

Los datos a que se refiere esta forma deberán ser proporcionados por el asegurado o persona que esté a su cuidado.

Solicitud de reclamación por pérdidas orgánicas

Información general de póliza

Nombre del Contratante (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):

No de póliza:	Tipo de seguro: ☐ Individual	No. de certificado:

Datos del Asegurado

Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):

Sexo: ☐ F ☐ M	Edad:	Estado civil:	Nacionalidad:
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:	R.F.C.:	C.U.R.P.:

Domicilio (Calle, No. Colonia, Delegación):

Ciudad:	Estado:	C.P.:

Teléfono de casa con lada:	Teléfono de recados con lada:	Correo electrónico:
Nombre de la empresa o patrón donde labora:	Actividad o giro de la empresa:	Régimen de seguridad social (IMSS, ISSSTE, SSA, etc.:
Número de afiliación:	Ocupación habitual a la fecha de la contratación de la póliza:	

Indicar el nombre y dirección de los médicos que lo atendieron o han atendido (Al menos dos):

	Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):	Domicilio (Calle, No. Colonia, Delegación):
1)		
2)		

Mencione si sufre de otras enfermedades o lesiones aún y cuando estos no tengan relación con el padecimiento que origino la reclamación:

¿Cuáles? ¿Desde cuándo?

En caso de haber requerido de hospitalización para el manejo de su padecimiento, favor de mencionar nombre del hospital y / o sanatorio, dirección y teléfono:

Favor de indicar la fecha de inicio de los primeros síntomas de su enfermedad o lesión:

Nota: Autorizo a los médicos que me han atendido o que me atiendan en lo sucesivo, a los hospitales e instituciones donde fui internado a que proporcionen al personal designado por_____,todos los informes que se refieren a mi salud, inclusive los datos de padecimientos anteriores, para lo cual relevo a las instituciones o personas involucradas del secreto profesional, de toda responsabilidad derivada de la información otorgada y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que el original.

Hago constar que la información que estoy proporcionando en este documento está apegada a la verdad. En caso contrario, estoy consciente de la falta en que podría incurrir en caso de proporcionar datos falsos o incorrectos, así como de las sanciones a las que quedo expuesto.

Nombre

Firma

Fecha

"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 06 de de diciembre de 2018. con el número CNSF-H0715-0052-2018 ".

AcciPrev

Formulario médico sobre las causas de pérdidas orgánicas del asegurado

Para ser llenado de puño y letra por el médico que atiende al asegurado.

Formulario médico sobre las causas de pérdidas orgánicas del asegurado

Datos del Médico

Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):

Especialidad:	No. Cédula profesional:	Reg, S.S.A.:

Domicilio del consultorio (Calle, No. Colonia, Delegación):

Teléfono (s):	Lugar de atención:	Fecha de atención:

Tiempo que tiene de conocer al asegurado:	Tiempo que tiene de atender al asegurado:

Datos del Asegurado

Nombre (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):

Ocupación:	Fecha de primera consulta:	Motivo de esta consulta:

Diagnóstico del médico:

Describa cuadro clínico inicial y fecha de inicio de síntomas:

Indicar cuál ha sido su evolución y tratamiento:

Favor de indicar qué estudios fueron practicados (laboratorio y gabinete) y describa resultados:

Favor de mencionar otros estados patológicos y fechas relacionados con el padecimiento causante de la pérdida orgánica:

Favor de indicar cuál es el estado de salud actual del asegurado:

Nota: Como médico tratante autorizo a los hospitales e instituciones donde fue internado el paciente a que proporcionen al personal designado por todos los informes que se refieren a la salud del mismo, inclusive los datos de padecimientos anteriores, así como a expedir a costa del autorizado copias de los documentos en los que este contenida dicha información igualmente, relevo a las instituciones o personas involucradas del secreto profesional de toda responsabilidad derivada de la información. Otorgada y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que el original.

Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada directamente del expediente clínico.

Firma

Fecha

"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 06 de de diciembre de 2018, con el número CNSF-0715-0052-2018 ".

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 06 de de diciembre de 2018. con el número CNSF-0715-0052-2018 ”. .

Declaración de Testigos

Aviso

Antes de proceder a llenar esta declaración, rogamos lean con atención y cumplan estrictamente las siguientes instrucciones especiales, teniendo cuidado de revisar que todas las preguntas hayan sido correctamente contestadas.

Instrucciones Especiales

La declaración debe hacerla una persona legalmente capacitada, que haya conocido al asegurado, que no tenga interés alguno en la reclamación y que esté dispuesta a ampliar su testimonio, en caso de ser necesario, ante la aseguradora.

Este formato deberá ser llenado con letra de molde y las preguntas deberán ser contestadas de manera clara y precisa. Será necesario que dos personas llenen cada una la declaración de testigos.

Generales del Testigo

Nombre del Testigo (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):		
Domicilio (Calle, No. Colonia, Delegación):		
Teléfono:	Fecha:	Firma:

Datos generales del Finado

Nombre del Finado (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):	
Domicilio (Calle, No. Colonia, Delegación, C.P.):	Ocupación:

Antecedentes

¿Cuánto tiempo conoció al Finado?	Tipo de relación que tenía con el Finado:
Indique los médicos que atendieron al finado Nombre: _____ Nombre: _____	Causas de la muerte:
¿Vio Usted el cadáver? ☐ Si ☐ No	¿Le consta que el cadáver de la persona asegurada es la identificada por usted como fallecida con el nombre y apellido arriba indicados? ☐ Si ☐ No
Lugar y fecha de la inhumación / cremación:	Fecha de la defunción:

Si la muerte fue violenta indique qué autoridad tomó conocimiento del hecho:

"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 06 de de diciembre de 2018. con el número CNSF-0715-0052-2018 ".