

Seguro de Salud Dental Básico Estandarizado

Odontored®
SEGUROS DENTALES

odontoprev

Odontored®
SEGUROS DENTALES

Índice

3 Bienvenido
3 Definiciones
9 Procedimiento para la atención médica
10 Procedimiento general de reembolso
11 Consideraciones Importantes
11 Coberturas
12 Exclusiones y limitaciones
13 Unidad de dictamen
14 Cláusulas generales
22 Pago de reclamaciones

odontoprev

¡Bienvenido!

Esta cobertura tiene como objeto brindar servicios periódicos de Gastos Dentales u Odontológicos preventivos y correctivos, de acuerdo al número de servicios contratados en territorio nacional especificados en las presentes Condiciones Generales a los que tienen derecho los Asegurados con el fin de preservar su salud dental o detectar oportunamente enfermedades cuyo diagnóstico y tratamiento precoz previenen una evolución indeseable y evitan un padecimiento mayor. Ajustándolos previamente a las limitaciones consignadas en el Contrato de Seguro, siempre y cuando los gastos sean erogados dentro de la República Mexicana y la póliza se encuentre en vigor para ese Asegurado.

Definiciones

Amalgamas	Aleación de 2 o más materiales que se emplea para llenar cavidades dentales.
Amalgamas y resina compuesta	Restauraciones que abarcan dos superficies del diente.
Amalgamas y resina simple	Restauraciones que abarcan una sola cara del diente.
Asegurado	Persona expuesta a cualquier evento cubierto por esta Póliza con derecho a los beneficios de la misma.
Beneficiario	Persona o personas designadas en la Póliza por el Asegurado Titular o Contratante para recibir el beneficio del seguro.
Cobertura	Es el conjunto de servicios odontológicos amparados por la presente póliza, dirigidos a prevenir enfermedades dentales, así como a la promoción, fomento, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud bucal de los asegurados, los cuales son proporcionados por la Aseguradora mediante recursos propios o contratados con terceros prestadores, o una combinación de ambos.
La compañía	Nombre con el cual se designará a la aseguradora en este documento, la cual está constituida de acuerdo a las leyes mexicanas aplicables a la materia, y que asume el riesgo amparado por la póliza.

Consulta	Relación Dentista u Odontólogo-paciente con el propósito de valorar el estado de salud del paciente.
Contratante	Persona física o moral, que ha solicitado la celebración del contrato para sí o para terceras personas y que además se compromete a realizar el pago de las primas.
Contrato de seguro	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 la 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: · Las declaraciones del Solicitante Titular proporcionadas por escrito en la solicitud del seguro. · La Póliza. · Las cláusulas adicionales o endosos, los cuales son documentos que modifican o condicionan en cualquier sentido los alcances del contrato. · Las Condiciones Generales. · Cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo. · La relación de Proveedores con los que la Aseguradora tiene convenio, incluida en el Folleto Explicativo.
Copago	Cantidad a cargo del Asegurado, correspondiente a un porcentaje (para este producto será del 20% fijo) de los gastos cubiertos. Dicha cantidad queda indicada en la carátula de la Póliza para los Gastos Dentales u Odontológicos Correctivos y Preventivos.
Credencial	Tarjeta de Identificación que acredita a cada Asegurado de la presente póliza como tal, ante la Red de Dentistas u Odontólogos.
Dependientes económicos	Cónyuge o Concubina(rio) e hijos del Asegurado Titular, que no cuenten con remuneración alguna e ingresos propios.
Deducible	Cantidad fija a cargo del Asegurado correspondiente a los primeros gastos cubiertos. Dicha cantidad queda indicada en la carátula de la póliza y será aplicable sólo para la primera vez que utilice la póliza durante su vigencia.
Diagnóstico	Conclusión del estado de la salud basado en la naturaleza y evolución de la enfermedad o lesión de un paciente, así como la valoración de sus síntomas y signos, con el apoyo de radiografías.

Edad	La edad cronológica que tiene el Asegurado en una fecha determinada.
Enfermedad o padecimiento	Es la alteración en la salud dental del Asegurado, diagnosticada por un Dentista u Odontólogo calificado para emitir el diagnóstico correspondiente y legalmente autorizado.
Exclusiones	Se refiere a todo hecho, situación o condición no cubierta por la póliza y que se encuentre expresamente indicado en la misma.
Expediente médico	Es la descripción detallada y ordenada de los datos relativos a la salud del Asegurado, el cual está integrado por los formatos de aviso de accidente o enfermedad y el informe médico establecido por la Aseguradora. Asimismo conformarán dicho expediente médico los documentos escritos, gráficos, imagenológicos o de cualquier otra índole, suscritos por cualquier profesional de la salud.
Extracción	Es el procedimiento que consiste en quitar una pieza dentaria natural, ya sea temporal o permanente.
Fecha de gasto	Momento en que se recibe o genera un servicio cubierto, independientemente de la fecha en que se pague al proveedor dicho servicio.
Fecha de ingreso a la aseguradora	Es la fecha más antigua, demostrable mediante documentos emitidos por La Compañía, (pólizas, endosos o recibos) en la que el Asegurado fue integrado como Asegurado mediante un Contrato de Seguros que opera a nombre de la compañía, a partir de la cual ha mantenido su cobertura en forma ininterrumpida.
Fecha de inicio de cobertura	Es la fecha a partir de la cual cada uno de los Asegurados cuenta con la protección ofrecida en este Contrato de Seguro.
Fecha de inicio de vigencia	Fecha en la cual concluye la protección de este Contrato de Seguro, de conformidad con lo estipulado en la carátula.
Fecha de término de vigencia	Fecha en la cual concluye la protección de este Contrato de Seguro, de conformidad con lo estipulado en la carátula.
Fecha de primer gasto	Momento en que se realizó el primer gasto relacionado con el accidente o la enfermedad.
Gasto médico	El que realiza una persona para la atención médica y/u hospitalaria de su persona o alguno de sus dependientes económicos directos.

Gastos dentales u odontológicos médicos correctivos	Son los gastos que realiza el Asegurado, consecuencia de un accidente o una enfermedad, y que haya sido diagnosticada, que tiene como objetivo restaurar su estado de salud dental y evitar complicaciones posteriores.
	Gastos que se realizan por tratamientos dentales u odontológicos y radiografías a los que tiene derecho el Asegurado y que se especifican en las presentes Condiciones Generales.
Gastos dentales preventivos	Consultas, Exámenes Médicos y/o radiografías periódicos, especificados en las presentes Condiciones Generales a los que tiene derecho el Asegurado con el fin de corroborar y mantener el estado de salud dental.
Honorarios dentales u odontológicos	Retribución económica que obtiene el Dentista u Odontólogo legalmente autorizado para los servicios que presta a los Asegurados de acuerdo a las coberturas y límites 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.
Dentista u odontólogo / especialista	Es la persona con estudios profesionales en Odontología, titulado y con cédula profesional legalmente autorizado para ejercer su profesión en Territorio Nacional.
Pago directo	Es el pago que realiza directamente la Aseguradora al Dentista u Odontólogo, con el cual ha celebrado un convenio, por la atención dental u odontológica a los Asegurados.
Periodo de beneficio	Es el tiempo máximo para erogar los gastos médicos de los padecimientos amparados, de acuerdo con las condiciones del contrato.
Periodo de gracia	Plazo posterior al vencimiento de la prima, que la Compañía otorga al Contratante para cubrir el monto de la misma, dentro del cual se otorga protección por el presente Contrato de Seguro.
Plan	Conjunto de características específicas del Contrato de Seguro.
Póliza	Conjunto de documentos que establecen los derechos y obligaciones de las partes involucradas por la transferencia del riesgo de financiar un gasto médico, así como los términos y condiciones específicos que se seguirán en este proceso y que en general se componen de: Carátula de Póliza.- Documento escrito que identifica claramente al emisor del documento y en el que señala:

1. Nombres y firmas de los representantes de la Compañía
2. Nombre y domicilio del Contratante
3. La designación de las personas aseguradas
4. La naturaleza de los riesgos transferidos
5. Fecha de inicio y fin de la vigencia
6. Lista de Endosos incluidos
7. El monto de límites directos sobre la transferencia del riesgo tales como Deducibles, Copagos, y cualquier otra condición que sea necesaria para la claridad de los términos asumidos
8. Cobertura Contratada
9. Prima del seguro
10. Montos de suma asegurada o tipo de plan

Condiciones Generales.- Conjunto de cláusulas donde se establecen la descripción jurídica de las condiciones de cobertura, y que señalan detalladamente los términos y características que tiene la transferencia del riesgo, las obligaciones y derechos que cada parte tiene de acuerdo con las disposiciones legales y cuando es el caso por las convenidas lícitamente por los participantes para la correcta aplicación del contrato.

Endosos.- Documentos generados por La Compañía, previo acuerdo entre las partes, que al adicionarse a las condiciones generales, modifican alguno de los elementos contractuales, y que tienen 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.

Profilaxis	Retiro mecánico de cálculos dentarios y placa dentobacteriana de las superficies visibles de los dientes (Limpieza dental).
Prótesis	Sustitución de una parte del esqueleto o de un órgano por una pieza o implante especial, que reproduce total o parcialmente lo que ha de sustituir.
Radicectomía	Procedimiento quirúrgico para la eliminación de las raíces de un órgano dentario.
Radiografía	Examen diagnóstico realizado con Rayos X para obtener imágenes internas del diente y de los tejidos circundantes.
Radiografía de aleta de mordida	Radiografía para el examen interproximal donde aparecen dientes superiores e inferiores.

Radiografía oclusal	Radiografía para el examen de áreas amplias del maxilar superior o la mandíbula.
Radiografía periapical	Radiografía para el examen de la pieza dental completa y las estructuras circundantes.
Reclamación o solicitud de servicios	Es el trámite que realiza el Asegurado ante la Aseguradora, para obtener los beneficios del Contrato de Seguro a consecuencia de una enfermedad o accidente amparado de acuerdo a las coberturas y límites de la Póliza, establecidas en las condiciones.
Recibo de pago	Es el documento expedido 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.
Red médica dental	Conjunto de Dentistas u Odontólogos que se ajustan a los límites y condiciones establecidas en la cobertura, que asociados por las características de acceso que les brinda el plan de protección contratado, ofrecen al asegurado la opción de elegir libremente cuáles de ellos son los adecuados para darle atención, ya sea por su ubicación, especialidad, tipo de servicio, costos, etc.
Reembolso	Es la restitución de gastos procedentes, erogados previamente por el Asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente amparado de acuerdo a las coberturas y límites de la Póliza.
Salud	La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social".
Solicitud	Documento que comprende la voluntad del Contratante y Asegurado para adquirir un seguro y expresa la protección solicitada e información para la evaluación del riesgo. Este documento es indispensable para la emisión de la Póliza y deberá ser llenado y firmado por el Contratante y Asegurado.
Solicitante titular o asegurado titular	Persona Asegurada que firma como responsable de la veracidad de las respuestas contenidas en la solicitud de seguro.
Suma asegurada o límite anual	Límite máximo de responsabilidad de La Compañía por cada Evento cubierto, de acuerdo a lo estipulado en la Carátula de la Póliza que forma parte de este contrato, mientras éste se mantenga vigente en forma continua.
Tabulador de honorarios médicos	Relación de procedimientos médicos y quirúrgicos, en el cual se especifica el monto máximo a pagar por la Aseguradora por cada uno de éstos.

Territorio	Región donde el Asegurado está cubierto por la presente Póliza. Territorio Nacional denominado "Estados Unidos Mexicanos".
Tratamiento dental u odontológico	Intervenciones que realiza el Dentista u Odontólogo de acuerdo con el Asegurado con la finalidad de prevenir, limitar y/o rehabilitar las enfermedades o trastornos de la cavidad bucal del Asegurado.
Urgencia dental u odontológica	Implica una enfermedad o lesión imprevista, súbita, fortuita que pone en peligro la vida, un órgano o una función y exige atención médica inmediata.

Procedimiento para la atención médica

Es muy importante recomendarle que siempre lleve consigo su credencial que lo acredita como nuestro cliente, pues en ésta se encuentran los datos más importantes para darle atención en forma oportuna.

¿Qué debo hacer si requiero atención dental?
Si usted requiere una consulta dental por emergencia o cualquier otra razón, o bien para determinar la ubicación de algún odontólogo, ponemos a sus órdenes nuestro Centro de Atención Telefónica las 24 horas los 365 días del año, donde podrá consultar, además el · estatus de su Póliza, las coberturas que contiene su Plan, así como el co-pago asociado a cada tratamiento.

Sólo debe llamar al: **55 5480 0911**
o enviar un mensaje de WhatsApp a: **55 6429 6005**

Nuestro directorio de odontólogos también lo puede consultar en el siguiente sitio:
www.odontoprev.com.mx

¿Cómo funciona mi Seguro Dental?

1. Una vez que hubiese decidido con que odontólogo acudir.

2. Haga una cita vía telefónica donde deberá indicar:
   - Nombre del paciente.
   - Número de usuario-asegurado.
   - Teléfono de contacto.

3. El día de su cita debe presentar su credencial que lo acredita como Asegurado del producto ODONTORED y una identificación oficial vigente con fotografía, lo anterior es indispensable para iniciar el servicio.

4. Su odontólogo verificará a continuación el status de su Póliza; es importante mencionar que una vez que hubiese confirmado que su Póliza se encuentra vigente dará inició a su tratamiento.

5. En su primer cita el odontólogo hará un diagnóstico general sobre lo que usted requiere y propondrá el tratamiento que se requiera, mismo que le será informado el mismo día de su cita.

6. En cada consulta su odontólogo le pedirá que dé su visto bueno al tratamiento recibido en cada consulta mediante una firma.

7. Una vez finalizado cada tratamiento y en caso de aplicar, se le pedirá que cubra el copago correspondiente, mismo que deberá usted pagar directamente a su odontólogo.

8. Si usted lo requiere, puede pedir a su odontólogo el recibo correspondiente al co-pago que usted efectuó.

9. El odontólogo enviará la ficha de registro de los procedimientos que le realizaron al paciente, así como las radiografías correspondientes al caso, se digitalizan estos documentos y se envían al área de auditoria, si el dictamen es satisfactorio se procederá a cubrir el costo del tratamiento previamente convenido al odontólogo, en los casos en los que el dictamen no sea satisfactorio se le avisará al paciente y al odontólogo que el tratamiento tendrá que realizarse nuevamente; se realizará nuevamente la auditoría hasta que sea satisfactorio el dictamen.

10. Usted podrá accesar por medio de Internet, donde podrá ver su historial odontológico con las imágenes digitalizadas de sus tratamientos.

Procedimiento general de reembolso

Este procedimiento se podrá utilizar en caso de una urgencia y/o emergencia si no hubiere un odontólogo adscrito a la red de Odontored en la localidad, y por consiguiente no se pudiera utilizar el Sistema de Pago Directo.

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

Los gastos efectuados por el Asegurado y que sean procedentes se cubrirán, en su caso mediante reembolso, previa autorización por escrito por parte de Odontored, debiendo el Asegurado comprobar la realización del evento, presentando su reclamación acompañada de las formas y documentos que a continuación se enumeran, en los cuales deberá consignar todos los datos e informes que en los mismos se indiquen:

- Formato de Declaración del Reclamante y del Odontólogo, que se proporcione en el producto ODONTORED, debidamente llenado y firmado (bajarlo de la página de Internet).

- Facturas originales de cada uno de los gastos que se hayan hecho y que satisfagan los requisitos fiscales a nombre del Asegurado Titular.
- Los recibos de honorarios dentales deberán especificar claramente el concepto que se está cobrando a nombre del Asegurado Titular.
- Radiografías previas y posteriores al tratamiento.
- Estará limitado a la tabla de aranceles convenidos por Odontored con la red de proveedores y de acuerdo a las condiciones y límites estipulados en la Póliza, siempre y cuando ésta se encuentre vigente y al corriente de pago.

Consideraciones Importantes

¿Qué cubre mi Seguro?
Los Asegurados cubiertos por este producto, disfrutarán de todas las coberturas descritas en el endoso de coberturas amparadas en la Póliza, en la carátula de la Póliza es descrito el límite de la suma asegurada anual que aplica.

Suma Asegurada Anual Máxima: Odontored le cubrirá a los Asegurados los servicios amparados por su Póliza hasta por el importe establecido en la carátula.

Prescripción: Todas las acciones que deriven de este contrato prescribirán en dos años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen en los términos del artículo 81 de la Ley del Contrato de Seguro, salvo en los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Coberturas

De acuerdo a las coberturas, plan y límites de suma asegurada contratadas, La Compañía cubrirá al Asegurado, en cada año póliza, los Gastos Dentales u Odontológicos por los tratamientos que a continuación se describen:

Deducible: una vez al año póliza, más el copago por cada tratamiento realizado.

Módulo	Paciente Adulto	Número de servicios al año Póliza	Suma Asegurada máxima por servicio (Mayores de 13 años)	Suma Asegurada máxima por servicio (Menores de 14 años)
Preventivo	Consulta oral detallada o extensiva Diagnóstico Plan de tratamiento	1	No se cubre por reembolso	No se cubre por reembolso
	Profilaxis Instrucción Nutricional para el control de las enfermedades dentales	1	$176	$120
	Aplicación tópica de flúor (únicamente para menores de 14 años)	1	No aplica	$112
	Radiografías	4	$32 c/u	$32 c/u
Correctivo	Amalgama simple (una superficie de diente posterior)o compuesta (más de una superficie de diente posterior, aún cuando no exista comunicación entre si)	4 en la combinación de amalgamas y resinas	$240 c/u	$240 c/u
	Resina simple (una superficie de diente posterior)o compuesta (más de una superficie de diente posterior, aún cuando no exista comunicación entre si)		$252 c/u	$252 c/u
	Extracción simple	2	$320 c/u	$200 c/u
	Incisión y drenaje de abseso intraoral, involucra incisión a través de la mucosa (únicamente para mayores de 13 años)	1	$400	No aplica

Notas: Menores de 14 años (De 0 años a 1 día antes de cumplir 14 años).
Mayores de 13 años (De 14 años cumplidos o mayores).

Para cada uno de los servicios especificados se aplicará lo siguiente:

a) Deducible, éste se paga una vez al año póliza y el monto se especifica en la carátula de la póliza.

b) En el caso de los servicios que reciba, ya sea fuera o dentro de la Red Médica Dental, el Asegurado deberá asumir el Copago indicado en la carátula de la Póliza.

c) La Compañía pagará la cantidad en exceso del Copago (de 20% fijo) hasta la Suma Asegurada Máxima por servicio recibido dentro o fuera de la Red Médica Dental, especificada en la carátula de la Póliza.

Para recibir los servicios cubiertos en esta Póliza, el asegurado podrá acudir, preferentemente, a la Red Médica Dental de La Compañía, de lo contrario podrá asistir al Dentista u Odontólogo de su preferencia aplicando el esquema de Reembolso, el cual será cubierto hasta la suma asegurada y aplicando los copagos correspondientes especificados en la carátula de la póliza y de acuerdo a las reglas especificadas en estas Condiciones Generales.

Exclusiones y limitaciones

Esta póliza de seguro en ningún caso cubrirá los gastos originados por cualesquiera de los supuestos que a continuación se mencionan:

- Medicamentos.
- Anestesia general o sedaciones.
- Gastos Hospitalarios.
- Tratamientos y erogaciones fuera del Territorio Nacional.
- Cualquier complicación derivada o que se manifieste durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico por las lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en el contrato.
- Cualquier complicación derivada o que se manifieste durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico por negligencia del paciente con respecto a las indicaciones del odontólogo tratante.
- Tratamientos de naturaleza experimental o de investigación.
- Cualquier complicación que surja durante o después del tratamiento realizado por un odontólogo que no pertenezca a la red.

- Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético, como la restauración plástica, blanqueamiento, corrección o eliminación de defectos.

- Tratamiento que no esté especificado dentro de las coberturas del plan contratado (Endodoncia, Prótesis, Periodoncia, Ortopedia y Ortodoncia).

- Obturaciones de desgastes iniciales y/o cervicales.

- Procedimientos quirúrgicos (salvo extracciones simples).

- Resinas en dientes posteriores.

Unidad de dictamen

Odontored se obliga a través de su Unidad de Atención a Clientes en atender las consultas y reclamaciones de sus clientes, a recibir y dar el trámite correspondiente a todo reclamo, consulta o inconformidad que por los servicios amparados y contratados en la Póliza de que se trate, tengan los Usuarios-Asegurados o sus dependientes.

La Unidad de Atención a Clientes de Odontored dará atención a los Usuarios-Asegurados de los servicios amparados por la Póliza por medio de las siguientes vías:

- Atención personal en Av. Paseo de la Reforma 373 piso 11, Col. Cuauhtémoc, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06500 con un horario de 10 a 14 horas y de 16 a 18 horas.
- Centro de Atención Telefónica con horario de atención durante todo el año, las 24 horas.
- CDMX y Área Metropolitana 54 800 911 Interior de la República 01 800 833 6825
- En la página web se le informa al usuario-asegurado paso a paso como dar seguimiento a su reclamación: **www.odontoprev.com.mx**
- Vía correo electrónico se elabora protocolo de registro y seguimiento de los casos de reclamaciones.

Todas las reclamaciones presentadas ante la Unidad Especializada de Odontored serán atendidas por escrito en un plazo no mayor a 30 días hábiles contados a partir de la fecha de su recepción.

Política y mecanismo interno de recepción y seguimiento de consultas y reclamaciones de los usuarios-asegurado:

1. Atiende la llamada del usuario asegurado, siguiendo el script determinado
2. Registrar el número o nombre en el sistema
3. Identificar el motivo de la llamada y clasifica el protocolo solicitando siempre todos los datos.
   a. Información
   b. Solicitud

c. Reclamación (quejas)
d. Cancelación

4. Cerrar el protocolo de información en la misma llamada.
5. Generar una ocurrencia en el protocolo de solicitud,
   a. Solicitud de Kit de usuario-asegurado.(se atiende en 72 hrs)
   b. Solicitud de referencias de prestadores.(correo electrónico). .(se atiende en 72 hrs)
   c. Cancelación (se atiende en 120 hrs)
   d. No renovación (se atiende en 120 hrs)
   e. Cambio de Plan (se atiende en 72 hrs)
   f. Indicación de prestador de servicio (se atiende 720 hrs)
6. Generar una ocurrencia en el protocolo de reclamación:
   a. Insatisfacción con la red de prestadores (se atiende en 120 hrs)
   b. Insatisfacción en general con la ISES
   c. Reembolso (360 hrs)
   d. Análisis de auditoría del tratamiento (se atiende en 120 hrs)
7. Proporcionar folio de atención.
8. Cuando EL CAT recibe la conclusión de la solicitud o reclamación le realiza una llamada al usuario-asegurado para notificarle dicha conclusión.

Cláusulas generales

1. Periodo de pago de beneficio

Las obligaciones del presente contrato cesarán al reclamarse el número de consultas amparadas en cada año póliza, exámenes preventivos o agotarse la suma asegurada.

Las obligaciones a cargo de la compañía contraídas en el presente contrato derivadas de tratamientos iniciados durante la vigencia de la póliza, terminarán al presentarse alguna de las siguientes situaciones:

Al certificarse la curación del padecimiento de que se trate, a través del alta médica, o al agotarse el límite de suma asegurada establecido en la cláusula de la póliza así como el número de consultas, exámenes y servicios amparados por cada año póliza.

A los dos años de verificarse la terminación de la vigencia del contrato.

2. Modificaciones y notificaciones

El contrato sólo podrá modificarse previo acuerdo entre el contratante y la compañía.

Estas modificaciones deberán constar por escrito y estar debidamente registradas Ante la comisión nacional de seguros y fianzas (artículo 19 de la ley sobre el Contrato de seguro).

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

Si el contenido del contrato de seguro o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el contratante o solicitante titular podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la póliza.

Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones (artículo 25 de la ley sobre el contrato de seguro).

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente contrato de seguro deberá hacerse a la compañía por escrito, precisamente en su domicilio social. En caso de que la dirección de la oficina de la compañía llegase a ser diferente de la que conste en la póliza expedida procederá conforme a lo señalado por el artículo 72 de la ley sobre el contrato de seguro (la compañía "deberá comunicar al asegurado la nueva dirección en la república").

3. Vigencia

Salvo pacto en contrario, la vigencia de este contrato será de un año, entrando en vigor desde la fecha que se estipula en la carátula de la póliza.

4. Residencia

Sólo estarán protegidas bajo este seguro las personas que radiquen Permanentemente y que su domicilio habitual sea dentro de la república mexicana.

5. Primas

La prima total de la póliza es la suma de las primas de cada uno de los asegurados correspondientes a las coberturas contratadas, de acuerdo con su dependencia con el titular.

En cada renovación la prima será calculada aplicando las tarifas en vigor a esa fecha, registradas ante la comisión nacional de seguros y fianzas.

La prima vence al inicio de cada periodo de seguro contratado; sin embargo, el contratante dispondrá de 30 días naturales (periodo de gracia) a partir de la fecha de inicio de vigencia para efectuar el pago de la prima.

Los efectos de este contrato cesarán automáticamente, a las doce (12) horas del último día del término antes mencionado, si el contratante no ha cubierto el total de la prima anual.

En tanto la prima no sea liquidada no se tendrá derecho al pago directo, operando el pago únicamente vía reembolso.
Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier reembolso.
Los pagos deberán efectuarse:
· En el domicilio de la compañía contra la entrega del recibo expedido por la Misma, o\de acuerdo a los medios autorizados por la compañía para este producto.

6. Revelación de comisiones

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

7. Altas

Cualquier persona que cumpla los requisitos establecidos en la póliza podrá ser Incluida en la misma mediante solicitud del contratante y aceptación de la compañía, conforme a las pruebas de asegurabilidad que ésta establezca. Esta inclusión deberá ser reportada a la compañía en los 30 días naturales siguientes a la fecha en que la persona se hizo elegible al plan.

Del mismo modo, si el asegurado titular contrae matrimonio, el cónyuge podrá quedar cubierto por la póliza siempre que se dé aviso a la compañía del hecho por escrito dentro de los 30 días naturales siguientes al matrimonio civil, y se aprueben la solicitud del seguro y cuestionario médico debidamente requisitados.

Una vez aceptada la inclusión del nuevo asegurado, deberá efectuarse el pago de la prima correspondiente, de acuerdo a los lineamientos establecidos en el punto 5.5 de primas.

Los hijos de la pareja matrimonial o del concubinato nacidos durante la vigencia de la presente póliza, quedarán cubiertos desde su fecha de nacimiento hasta la fecha de vencimiento de la misma, siempre y cuando se haya notificado a la compañía a más tardar en los 30 días naturales siguientes al nacimiento y se realice el pago de la prima correspondiente, de acuerdo a los lineamientos establecidos en el punto 5.5 de primas.

8. Bajas

Causarán baja de esta póliza las personas que hayan dejado de ser dependientes económicos del solicitante titular. Los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento en que pierdan esa condición.

9. Ajustes

En caso de altas de dependientes, la compañía cobrará al contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento de la póliza y emitirá el recibo correspondiente.

En el caso de bajas de dependientes, se procederá en forma similar, devolviéndose al contratante el 60% de la prima no devengada.

10. Renovación

Este contrato se considerará renovado automáticamente, por periodos de un año, salvo que dentro de los últimos 30 días naturales de vigencia de cada periodo, el contratante manifieste expresamente su voluntad de no continuar con la cobertura. La prima considerada para cada renovación, será calculada con la tarifa que la compañía tenga aprobada en ese momento. El pago de prima acreditada mediante el recibo, extendido en lasformas usuales de la compañía, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

La compañía acuerda que a ningún asegurado se le podrá negar la renovación de su póliza debido a una mala experiencia de reclamación de siniestros. Dado lo anterior, los asegurados de este contrato cuentan con garantía de renovación vitalicia, siempre y cuando no exista dolo o mala fe de acuerdo a lo estipulado en la cláusula 5.15. Omisiones o inexactas declaraciones de la sección de cláusulas generales de estas condiciones generales.

La primera y las ulteriores renovaciones sucesivas que tenga este contrato se sujetarán a las condiciones de cobertura y primas que la compañía tenga registradas ante la comisión nacional de seguros y fianzas a la fecha de expedición de la póliza de renovación respectiva.

Por esta cláusula la compañía se obliga a otorgar al asegurado la renovación de su contrato de seguro en forma automática en las condiciones que prevalezcan para la nueva vigencia. En cada renovación la prima que deberá pagarse en términos de la cláusula respectiva, se aplicará de acuerdo a la dependencia de los asegurados. El incremento que se efectuará para cada renovación será el que corresponda, conforme a lo establecido en la nota técnica registrada ante la comisión nacional de seguros y fianzas.

11. Prescripción

Todas las acciones que se deriven del presente contrato de seguro prescribirán en dos años, contados en los términos del artículo 81 de la ley sobre el contrato de seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 que establece lo siguiente: "el plazo de que trata el

artículo anterior 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".

La prescripción se interrumpirá no sólo por causas ordinarias, sino también por el nombramiento de perito o por las causas a que se refiere la ley de protección y defensa al usuario de servicios financieros. La suspensión de la prescripción sólop rocede por la interposición de la reclamación ante la unidad especializada de atención de consultas y reclamaciones conforme a lo dispuesto por el artículo 50 bis de la ley de protección y defensa al usuario de servicios financieros.

12. Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato ya sean por parte del contratante o de la compañía, se efectuarán en moneda nacional conforme a la ley monetaria vigente en el momento de los mismos.

13. Forma de pago

Este producto se operará sólo con forma de pago anual.

14. Lugar de pago

Los pagos deberán efectuarse:
En el domicilio de la compañía contra la entrega del recibo expedido por la misma, o de acuerdo a los medios autorizados por la compañía para este producto.

15. Omisiones o inexactas declaraciones

El contratante y los asegurados están obligados a declarar por escrito a la compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la ocurrencia del siniestro.

16. Competencia

Para la resolución de cualquier controversia derivada del presente contrato, el reclamante podrá hacer valer sus derechos en los términos previstos por la ley de protección y defensa al usuario de servicios financieros y en lo conducente por el decreto por el que se crea la comisión nacional de arbitraje médico publicado en el diario oficial de la federación el 3 de junio de 1996.

En todo caso, queda a elección del reclamante hacer valer sus derechos de conformidad con lo previsto en las disposiciones mencionadas en el párrafo anterior, o acudir ante los tribunales jurisdiccionales competentes en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones regionales de la comisión nacional para la protección y defensa de los usuarios de servicios financieros (condusef).

De no someterse las partes al arbitraje de la condusef, o de quien ésta o la compañía proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de dichas delegaciones, asi mismo el reclamante podrá solicitar la emisión de un dictamen tecnico, en todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias administrativas o directamente ante los citados tribunales.

17. Interés moratorio

En el caso de que la compañía, 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 de fianzas.

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

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

Ley de instituciones de seguros y de fianzas. Artículo 276.- si una institución de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en unidades de inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las unidades de inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de

conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción viii de este artículo.

Además, la institución de seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en unidades de inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en unidades de inversión de las instituciones de banca múltiple delpaís, 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.

18. Terminación

La vigencia del presente seguro concluirá en la fecha de terminación indicada en la carátula de la póliza o antes si se presenta cualquiera de los siguientes supuestos: la cancelación de la presente póliza a solicitud del contratante.
La terminación del periodo de gracia para el pago de la prima vencida.

19. Cambios de la red odontológica

Las aseguradoras deberán informar a los asegurados por escrito dentro de los quince días hábiles siguientes en que suceda de los cambios en la red odontológica.

Pago de reclamaciones

Servicio de pago directo

En el caso de que el asegurado requiera de atención de la red médica dental, podrá hacer uso del servicio de pago directo en el que, previa verificación de la compañía respecto a la procedencia del caso, efectuará el pago directamente al dentista u odontólogo de la red medica dental por la consulta, radiografías y procedimientos realizados, al asegurado, quedando a cargo del asegurado los gastos no cubiertos, así como el copago y deducible que correspondan.