DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

Microseguro de Salud Dental Odontored Colectivo Nuevo

ÍNDICE

1. DEFINICIONES
2. COBERTURAS BÁSICAS
3. EXCLUSIONES GENERALES
4. CLAUSULAS GENERALES
5. DOCUMENTOS ADICIONALES
6. FOLLETO EXPLICATIVO

1. DEFINICIONES

La presente póliza, contiene las condiciones aplicables al Contrato de Adhesión de Microseguro de Salud Dental Odontored Colectivo Nuevo, de conformidad con lo previsto por los artículos 200 y 201 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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

1. **ACCIDENTE:**

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

2. **AMALGAMAS:**

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

3. **AMALGAMAS Y RESINA COMPUESTA:**

Restauraciones que abarcan dos superficies del diente.

4. **AMALGAMAS Y RESINA SIMPLE:**

Restauraciones que abarcan una sola cara del diente.

5. **APICETOMÍA:**

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

6. **APICOFORMACIÓN:**

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

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

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

8. **CARÁTULA DE LA PÓLIZA:**

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

9. LA ISES:

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

10. COBERTURA:

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

11. COLECTIVIDAD ASEGURADA:

Cualquier conjunto de personas que pertenezca a una misma empresa o mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro.

12. CONSULTA:

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

13. CONTRATANTE:

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

14. CONTRATO:

Las declaraciones del contratante en la solicitud, la Póliza, las presentes Condiciones Generales, las Cláusulas o Endosos que lleva anexos, el Folleto Explicativo, el registro de Usuario-Asegurados constituyen testimonio y/o prueba del contrato celebrado entre el contratante y ODONTORED.
Documento a través del cual se formaliza la adquisición o arrendamiento de bienes, así como la contratación de servicios.

15. DIAGNÓSTICO:

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

16. EMERGENCIA:

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

17. ENDODONCIA:

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

18. ENDOSO:

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

19. ENFERMEDAD:

Toda alteración de la salud bucal del Usuario-Asegurado, debida a causas anormales, internas o externas en relación al organismo, por las cuales amerite tratamiento dental, siempre y cuando se origine dentro del periodo de vigencia de la póliza. No se considerarán como enfermedad las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el Usuario-Asegurado.

20. EVENTO:

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

21. EXCLUSIONES:

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

22. EXTRACCIÓN:

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

23. FRENILECTOMÍA LABIAL:

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

24. FRENILECTOMÍA LINGUAL:

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

25. GASTOS CUBIERTOS:

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

26. GASTOS HOSPITALARIOS:

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

27. GASTOS USUAL Y ACOSTUMBRADO (GUA):

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

28. HISTORIA CLÍNICA:

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

29. HONORARIOS ODONTOLÓGICOS:

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

30. ODONTOLOGÍA:

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

31. ODONTÓLOGO DE LA RED:

Persona que ha recibido el título de Cirujano Dentista y que está legalmente autorizado para practicar la odontología. Y que ha celebrado un contrato de prestación de servicios profesionales con Odontored Seguros Dentales, S.A. de C.V. y que está autorizado para llevar a cabo los procedimientos al usuario-asegurado.

32. ODONTOPEDIATRA:

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

33. ORTOPEDIA:

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

34. PADECIMIENTO CUBIERTO:

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

35. PADECIMIENTOS PREEXISTENTES:

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

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

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

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

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

36. PAGO DIRECTO:

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

37. PLAN CONTRATADO:

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

38. PLAN DE TRATAMIENTO:

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

39. 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.

40. PROFILAXIS:

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

41. RADIOGRAFIA:

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

42. RADIOGRAFÍA INTERPROXIMAL INTRAORAL:

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

43. RADIOGRAFIA OCLUSAL:

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

44. RADIOGRAFIA PERIAPICAL:

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

45. RED MEDICA ODONTOLOGICA:

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

46. RED CERRADA:

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

47. RESINA:

Es una mezcla plástica del color del diente relleno.

48. RESTOS RADICULARES:

Restos de raíces.

49. SOLICITUD DE SEGURO:

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

50. SUMA ASEGURADA (LÍMITE ANUAL):

Es la cantidad máxima que ODONTORED pagará por concepto de beneficios cubiertos en cada año de vigencia de la póliza de seguro a cada uno de los usuarios-asegurados de conformidad con el plan contratado. La Suma Asegurada se reinstala automáticamente en cada renovación.

51. TRATAMIENTO:

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

52. TRATAMIENTOS DE CONDUCTOS:

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

53. URGENCIA:

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

OBJETO DEL SEGURO

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

2. COBERTURAS BÁSICAS

El Usuario-Asegurado recibirá la atención dental de acuerdo al Plan que el Contratante haya establecido, mismo que se indica en la Carátula de la Póliza, para esto ODONTORED tiene celebrado un convenio de prestación de servicios de salud dental con Odontólogos ubicados y distribuidos en las principales ciudades del país.

Los tratamientos que el Contratante adquiere al momento de la contratación del Plan son los que se describen en la sección como coberturas amparadas para resolver distintos problemas dentales.

Quedarán cubiertos los gastos de los tratamientos dentales que sean necesarios efectuar a los usuarios-aseguardos que tengan contratada la póliza, conforme a las Coberturas contratadas autorizadas por ODONTORED.

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

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

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

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

Los gastos dentales quedarán cubiertos en la Póliza correspondiente, y de conformidad a las características particulares del plan de Seguros contratado.

La cobertura dental cubre preexistencia de cualesquiera de los tratamientos incluidos en el Paquete contratado.

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

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

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

Los planes que se ofrecen consisten en una cobertura odontológica personal que se financia mediante pagos anticipados, de carácter temporal renovable automáticamente cada año. La Póliza se suscribe

inicialmente por un año, pero el Contratante podrá renovarla anualmente mediante el pago de la prima correspondiente.

Los tratamientos incluidos en el Plan serán utilizados por el Usuario-Asegurado o sus Dependientes inscritos si son requeridos mientras se encuentre vigente la Póliza.

Los tratamientos y/o procedimientos que podrán estar cubiertos por el Plan son los que a continuación se describen:

DIAGNOSTICO

- ✓ 00.001 Consulta
- ✓ 00.005 Examen Histopatológico

URGENCIA

- ✓ 01.001 Exodoncia de urgencia
- ✓ 01.002 Pericoronitis
- ✓ 01.003 Lesión de tejido blando
- ✓ 01.004 Unión de fragmentos (consiste en la recolocación de las partes del diente que sufrió fractura, a través de la utilización de adhesivos dentales)
- ✓ 01.005 Curación y/o sutura en caso de hemorragia bucal / labial (consiste en la Aplicación de un hemostático y/o sutura en cavidad bucal)
- ✓ 01.006 Curación en caso de odontalgia aguda/pulpectomía/necrosis (consiste en acceso a cámara pulpar y remoción de pulpa, obturación endodóntica o poste)
- ✓ 01.007 Ferulización dental temporal (inmovilización de dientes que presentan movilidad a causa de un traumatismo)
- ✓ 01.008 Re cementación de prótesis fija (consiste en recolocación de una prótesis fija)
- ✓ 01.009 Tratamiento de alveolitis (consiste en curetaje y limpieza del alveolo dentario)
- ✓ 01.010 Incisión y drenaje de absceso extra oral (consiste en realizar una incisión en la cara y posteriormente drenar el absceso)
- ✓ 01.011 Incisión y drenaje de absceso intra oral (consiste en realizar una incisión dentro de la cavidad oral y posteriormente drenar el absceso)
- ✓ 01.012 Reimplante de diente avulcionado (consiste en la recolocación del diente en un alveolo y ferulizarlo)
- ✓ 01.013 Curación provisional
- ✓ 01.014 Corona provisional directa en acrílico autopolimerizable - diente anterior
- ✓ 01.015 Urgencia inespecífica
- ✓ 01.020 Reducción de luxación de la ATM
- ✓ 02.001 Peritaje Inicial/Final

OPERATORIA DENTAL

- ✓ 03.001 Restauración con Amalgama en una 1 cara y con Recubrimiento.
- ✓ 03.002 Restauración con Amalgama en 2 caras y con Recubrimiento.
- ✓ 03.003 Restauración con Amalgama en 3 caras y con Recubrimiento.
- ✓ 03.004 Restauración con Amalgama en 4 caras y con Recubrimiento.
- ✓ 03.005 Restauración con Resina Fotopolimerizable y recubrimiento en Diente Anterior 1 Cara
- ✓ 03.006 Restauración con Resina Fotopolimerizable y recubrimiento en Diente Anterior 2 Caras
- ✓ 03.007 Restauración con Resina Fotopolimerizable y recubrimiento en Diente Anterior 3 Caras
- ✓ 03.008 Restauración con Resina Fotopolimerizable y recubrimiento en Diente Posterior 1 Cara
- ✓ 03.009 Restauración con Resina Fotopolimerizable y recubrimiento en Diente Posterior 2 Caras
- ✓ 03.010 Restauración con Resina Fotopolimerizable y recubrimiento en Diente Posterior 3 Caras
- ✓ 03.011 Restauración de resina compuesta de 1 cara con recubrimiento
- ✓ 03.012 Restauración de resina compuesta de 2 caras con recubrimiento
- ✓ 03.013 Restauración de resina compuesta de 3 caras con recubrimiento
- ✓ 03.015 Restauración con ionómero de vidrio con recubrimiento en 1 cara
- ✓ 03.016 Restauración con ionómero de vidrio con recubrimiento en 2 caras
- ✓ 03.017 Restauración con ionómero de vidrio con recubrimiento en 3 caras
- ✓ 03.018 Recubrimiento pulpar directo
- ✓ 03.019 Carilla directa con resina foto- diente anterior
- ✓ 03.020 Restauración pin
- ✓ 03.022 Consulta para técnica de blanqueamiento casero(equivale a 04 consultas)
- ✓ 03.023 Ajuste oclusal por arcada
- ✓ 03.024 Remoción de restauraciones metálicas y coronas
- ✓ 03.025 Poste reconstructivo para restauraciones protésicas
- ✓ 03.026 Cierre de diastema

ODONTOPEDIATRÍA

- ✓ 04.001 Aplicación de Sellador
- ✓ 04.002 Tratamiento restaurador a traumático
- ✓ 04.003 Aplicación de caristático (por diente)
- ✓ 04.004 Remineralización del esmalte por sesión (toda la boca)
- ✓ 04.005 Adecuación del medio bucal (toda la boca)
- ✓ 04.006 Sesión de acondicionamiento en Odontopediatría.
- ✓ 04.007 Restauración de Amalgama en una 1 cara con Recubrimiento
- ✓ 04.008 Restauración de Amalgama en 2 caras con Recubrimiento
- ✓ 04.009 Restauración de Amalgama en 3 caras con Recubrimiento
- ✓ 04.010 Restauración de Amalgama en 4 caras con Recubrimiento
- ✓ 04.011 Restauración de Resina Fotopolimerizable con recubrimiento en Diente Anterior 1 Cara
- ✓ 04.012 Restauración de Resina Fotopolimerizable con recubrimiento en Diente Anterior 2 Caras

- ✓ 04.013 Restauración de Resina Fotopolimerizable con recubrimiento en Diente Anterior 3 Caras
- ✓ 04.014 Restauración de Resina Fotopolimerizable con recubrimiento en Diente Posterior 1 Cara
- ✓ 04.015 Restauración de Resina Fotopolimerizable con recubrimiento en Diente Posterior 2 Caras
- ✓ 04.016 Restauración de Resina Fotopolimerizable con recubrimiento en Diente Posterior 3 Caras
- ✓ 04.017 Restauración de Resina Compuesta con recubrimiento 1 Cara
- ✓ 04.018 Restauración de Resina Compuesta con recubrimiento 2 Caras
- ✓ 04.019 Restauración de Resina Compuesta con recubrimiento 3 Caras
- ✓ 04.021 Restauración con ionómero de vidrio con recubrimiento en 1 cara
- ✓ 04.022 Restauración con ionómero de vidrio con recubrimiento en 2 caras
- ✓ 04.023 Restauración con ionómero de vidrio con recubrimiento en 3 caras
- ✓ 04.024 Restauración preventiva (ionómero/ sellador)
- ✓ 04.025 Corona de acero o policarbonato (Odontopediatría)
- ✓ 04.026 Pulpotomía
- ✓ 04.027 Tratamiento endodóntico de diente deciduo.
- ✓ 04.028 Ulotomia o (hiperculectomía)
- ✓ 04.029 Exodoncia Simple de Dientes Deciduos.
- ✓ 04.031 Mantenedor de espacio (fijo o removible) sin cobro de manutención mensual

RADIOGRAFÍAS

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

PREVENCIÓN

- ✓ 07.001 Profilaxis por arcada
- ✓ 07.002 Instrucción de Higiene Bucal (técnica de cepillado)
- ✓ 07.003 Controle de Placa Bacteriana (por sesión)
- ✓ 07.004 Aplicación Tópica de Flúor
- ✓ 07.007 Aplicación de Sellador

CIRUGÍA

- ✓ 09.001 Exodoncia simple
- ✓ 09.002 Exodoncia de raíz residual
- ✓ 09.003 Exodoncia de diente semi-incluido
- ✓ 09.004 Exodoncia de diente incluido/impactado
- ✓ 09.005 Exodoncia con finalidad ortodóntica
- ✓ 09.006 Punción aspirativa con aguja fina/colección de raspado en lesiones u otros sitios específicos de la región buco maxilofacial
- ✓ 09.009 Exodoncia con colgajo

- ✓ 09.010 Remoción de hiperplasias
- ✓ 09.011 Biopsia de cavidad oral
- ✓ 09.012 Frenilectomia labial/lingual
- ✓ 09.013 Enucleación de quistes periapicales o residuales (de origen endodóntico)
- ✓ 09.014 Cirugía para remoción de torus palatino
- ✓ 09.015 Cirugía para remoción de torus mandibular
- ✓ 09.016 Ulectomia (hiperculectomía)
- ✓ 09.017 Cuña distal
- ✓ 09.018 Alveoloplastia /osteoplastia
- ✓ 09.019 Cirugía para corrección de bridas vestibulares
- ✓ 09.020 Apicectomia unirradicular sin /con obturación de retroceso (incluye curetaje apical)
- ✓ 09.021 Apicectomia Multirradicular sin /con obturaciones de retroceso (incluye curetaje apical)
- ✓ 09.022 Amputación radicular sin obturación en retroceso (por raíz)
- ✓ 09.023 Amputación radicular con obturación en retroceso (por raíz)
- ✓ 09.024 Fracturas alveolo-dentarias -reducción abierta
- ✓ 09.025 Fracturas alveolo-dentarias -reducción cerrada
- ✓ 09.026 Extirpación de mucocele
- ✓ 09.027 Extirpación de ránula
- ✓ 09.028 Cirugía de tumor odontogénicos mixto intra-óseo (odontoma y osteoma) y Tejidos blandos de boca
- ✓ 09.029 Tratamiento/cirugía de quiste de desenvolvimiento-enucleación
- ✓ 09.030 Tratamiento/cirugía de quiste- marsupialización y enucleación final (incluso con valor de 2° acto quirúrgico)
- ✓ 09.031 Remoción de cuerpo extraño de seno maxilar
- ✓ 09.032 Cirugía con colgajo c/injerto alógeno (especificar substancia)
- ✓ 09.033 Odontosección (por elemento)
- ✓ 09.034 Vestibuloplastia
- ✓ 09.036 Traccionamiento quirúrgico con finalidad ortodóntico (incluye pegado de bracket)
- ✓ 09.037 Reducción de tuberosidad
- ✓ 09.038 Remoción de cálculo salival
- ✓ 09.041 Ulectomia (hiperculectomía)
- ✓ 09.042 Exodoncia Simple de 3° Molar
- ✓ 09.043 Exodoncia Simple de Diente Supernumerario Superior derecho
- ✓ 09.044 Exodoncia Simple de Diente Supernumerario Superior Izquierdo
- ✓ 09.045 Exodoncia Simple de Diente Supernumerario Inferior derecho
- ✓ 09.046 Exodoncia Simple de Diente Supernumerario Inferior Izquierdo
- ✓ 09.047 Exodoncia de Diente Semi-Incluído Supernumerario Superior derecho
- ✓ 09.048 Exodoncia de Diente Semi-Incluído Supernumerario Superior Izquierdo
- ✓ 09.049 Exodoncia de Diente Semi-Incluído Supernumerario Inferior derecho

- ✓ 09.050 Exodoncia de Diente Semi-Incluído Supernumerario Inferior Izquierdo
- ✓ 09.051 Exodoncia de Diente Supernumerario Incluido Superior derecho
- ✓ 09.052 Exodoncia de Diente Supernumerario Incluido Superior Izquierdo
- ✓ 09.053 Exodoncia de Diente Supernumerario Incluido Inferior derecho
- ✓ 09.054 Exodoncia de Diente Supernumerario Incluido Inferior Izquierdo
- ✓ 09.055 Consulta para Semiología
- ✓ 09.056 Tratamiento Quirúrgico de Fistulas Nasales o Bucosinusales

ENDODONCIA

- ✓ 10,001 Tratamiento endodóntico unirradicular.
- ✓ 10,002 Tratamiento endodóntico Birradicular.
- ✓ 10,003 Tratamiento endodóntico con 3 o más canales.
- ✓ 10,004 Retratamiento por conducto
- ✓ 10,005 Blanqueamiento dental (para diente desvitalizado)
- ✓ 10,006 Tratamiento de ápice incompleto (permitido una sesión por mes, máximo 6 meses siempre acompañado de radiografías)
- ✓ 10,007 Tratamiento para perforación endodóntica
- ✓ 10,008 Cambio de medicamento intra-canal
- ✓ 10,009 Remoción cuerpo extraño intra-canal
- ✓ 10.010 Pulpotomía
- ✓ 10,011 Tratamiento endodóntico de diente deciduo.
- ✓ 10,012 Preparación para poste intrarradicular (por elemento)
- ✓ 10,013 Retratamiento endodóntico unir radicular (incluye la des obturación, instrumentación y obturación)
- ✓ 10,014 Retratamiento endodóntico Birradicular (incluye la des obturación, instrumentación y obturación)
- ✓ 10,015 Retratamiento endodóntico con 3 o más canales (incluye des obturación, instrumentación y obturación)
- ✓ 10,016 Remoción de poste intrarradicular

PARODONCIA

- ✓ 08.001 Consulta Periodontal (sondeo periodontal y control de placa)
- ✓ 08.002 Remoción de factores de retención
- ✓ 08.003 Raspado por arcada (manual y/o con ultrasonido) profilaxis incluida(por arcada) (tratamiento no quirúrgico)
- ✓ 08.004 Curetaje y Alisado Subgingival por arcada (tratamiento no quirúrgico)
- ✓ 08.005 Ferulización - 3 dientes
- ✓ 08.006 Desensibilización Dental (por Hemiarco) máximo una sesión por Hemiarco
- ✓ 08.007 Preservación pre –quirúrgica

- ✓ 08.008 Tratamiento de absceso Periodontal
- ✓ 08.009 Cirugía Periodontal con colgajo, con Osteotomía/ Osteoplastia por Hemiarco
- ✓ 08.010 Injerto Gingival por diente
- ✓ 08.011 Colgajo deslizante por diente
- ✓ 08.012 Mantenimiento de tratamiento Periodontal
- ✓ 08.013 Alargamiento de corona clínica
- ✓ 08.014 Gingivectomía/Gingivoplastía por Hemiarco(4 dientes o más)
- ✓ 08.015 Gingivectomía/Gingivoplastía por Hemiarco(liberación individual hasta 3 dientes)
- ✓ 08.016 Sepultamiento de raíz

PRÓTESIS

- ✓ 20,001 Corona provisional
- ✓ 20,002 Poste de metal fundido
- ✓ 20,003 Poste reconstruido
- ✓ 20,004 Restauración de metal fundido
- ✓ 20,005 Corona total de metal
- ✓ 20,006 Corona provisional unitaria
- ✓ 20,007 Corona en cerómero libre de metal unitaria (solamente para dientes anteriores)
- ✓ 20,009 Corona Jacket de acrílico
- ✓ 20.010 Corona Veneer (cara en resina)
- ✓ 20,011 Corona metal-resina
- ✓ 20,013 Unidad de prótesis fija metal-resina
- ✓ 20,014 Corona de porcelana
- ✓ 20,016 Corona metal-cerámico
- ✓ 20,017 Unidad de prótesis fija metal-cerámica
- ✓ 20,018 Inlay/onlay de porcelana
- ✓ 20,019 Inlay/onlay de resina
- ✓ 20.020 Carilla de porcelana
- ✓ 20,021 Carilla de resina
- ✓ 20,022 Prótesis adhesiva de 3 unidades, infraestructura metálica y recubrimiento en cerámica
- ✓ 20,023 Prótesis adhesiva de 3 unidades, infraestructura metálica y recubrimiento en resina
- ✓ 20,027 Prótesis parcial removible provisional
- ✓ 20,028 Prótesis parcial removible con ganchos de metal
- ✓ 20,029 Prótesis parcial removible con aditamento (por elemento, asociado al código de PPR)
- ✓ 20.030 Prótesis total rosa
- ✓ 20,031 Prótesis total con paladar transparente
- ✓ 20,032 Prótesis total inmediata
- ✓ 20,034 Rebase
- ✓ 20,035 Reparaciones simples

- ✓ 20,036 Guarda de acetato para blanqueamiento casero(por arcada)
- ✓ 20,037 Guarda oclusal rígida /semirrígida (bruxismo/ nocturna)
- ✓ 20,038 citas de control para pacientes con guarda para disfunción de ATM (por sesión máximo 4 citas con intervalos semanales)
- ✓ 20,041 Pin de retención intrarradicular atornillable o no (tipo flexi post) prefabricados
- ✓ 20,042 Corona en cerómero libre de metal. pre-aprobación
- ✓ 20,043 Elemento de prótesis fija en cerómero libre de metal
- ✓ 20,044 Prótesis adhesiva de 3 unidades en cerómero libre de metal, con o sin refuerzo de fibra de vidrio
- ✓ 20,045 Carilla en cerómero
- ✓ 20,046 Inlay/onlay en cerómero
- ✓ 20,047 Unidad de prótesis fija metal-cerómero
- ✓ 20,048 Corona in Ceram (libre de metal)
- ✓ 20,049 Elemento de prótesis fija in Ceram (libre de metal)
- ✓ 20.050 Corona en metal con cerómero

PADECIMIENTOS CON TIEMPO DE ESPERA

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

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

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

Este periodo no aplica para urgencias, que ocurran dentro de la vigencia de la póliza ni en caso de renovación de la póliza.

SUMA ASEGURADA

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

La Cobertura dental ofrecida por ODONTORED solo incluye los honorarios de los Odontólogos, quedando excluidos los medicamentos.

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

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

RED MÉDICA ODONTOLÓGICA (Contratada)

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

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

SERVICIOS PROPORCIONADOS FUERA DE LA RED (Reembolsos)

Los gastos efectuados por el Usuario-Asegurado con prestadores que no pertenezcan a la Red Médica Odontológica y que sean procedentes por estar cubiertos por la póliza, se pagarán vía reembolso sin que excedan el costo convenido con los Odontólogos de la Red de precios convenidos con la Red Médica Odontológica, previa autorización por escrito por parte de ODONTORED. Este procedimiento se utilizará únicamente en casos de urgencias y/o emergencias en donde no haya prestadores de servicios de la Red Médica Odontológica de Odontored disponibles.

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

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

Una vez presentada la documentación completa y correcta, el monto procedente a pago, quedará pagado en un plazo máximo de 5 días hábiles siguientes a la presentación de la reclamación debidamente integrada, en los datos bancarios indicados por el usuario-asegurado titular en el Formato de Declaración del Reclamante.

3. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

El contrato contenido en esta póliza no cubre los conceptos que a continuación se enumeran, ni los gastos por complicaciones que se originen de cualquier estudio, tratamiento, padecimiento, lesión, afección, intervención, enfermedad o accidente expresamente excluido en esta póliza.

Los Programas de Seguros Dental que fundamenta la presente Nota Técnica, en ningún caso cubrirán los gastos que se originen por cualquiera de los siguientes conceptos:

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

b) Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico por las lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en la Póliza.

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

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

e) Intervenciones y/o tratamientos por razones estéticas, salvo que el tratamiento o la operación de cirugía plástica o reparadora sean necesarios como consecuencia de un accidente cubierto por la Póliza.

f) Lesiones que se cause el asegurado deliberadamente y/o por intento de suicidio.
g) Tratamientos ambulatorios y/o hospitalarios o complicación de tratamientos no amparados por el Póliza.
h) Tratamientos experimentales o de investigación.
i) Tratamiento o procedimientos prestados por Instituciones, clínicas, consultorios y/o odontólogos no adscritos a la red, excepto los casos de urgencia y/o emergencia, cuando la urgencia y/o emergencia se presente en una localidad donde no exista un odontólogo de la red.
j) Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico por negligencia del paciente a las indicaciones del odontólogo tratante o por abandono del tratamiento por más de 30 días.
k) Medicamentos
l) Anestesia general o sedaciones.
m) Gastos Hospitalarios.
n) Tratamientos y erogaciones fuera del Territorio Nacional a menos que se mencione lo contrario en endoso de Cobertura en el Extranjero.
o) Retratamiento de endodoncia, sólo se cubrirá una sola vez por pieza dental durante la vigencia del Póliza y en caso de fractura procederá a cargo de Odontored Seguros Dentales S.A. DE C.V., la extracción únicamente
p) Obturaciones de desgaste incisales y/o cervicales.
q) Resinas en dientes posteriores con obturaciones existentes con fines estéticos.

Odontored Seguros Dentales S.A. DE C.V. cubrirá los tratamientos y/o procedimientos que se encuentran especificados en la sección de coberturas amparadas de acuerdo al Plan de que se contrate. Los tratamientos de ortodoncia y ortopedia cuando se encuentren especificados dentro de la sección de coberturas amparadas quedarán cubiertos hasta por un período máximo de 6 meses, siempre y cuando la fecha en que haya iniciado el tratamiento se encuentre dentro de la vigencia de la póliza. Si la póliza se cancela, no se cubrirán los gastos efectuados después de la fecha de cancelación de la póliza.

LIMITACIONES.- LA ISES cubrirá los tratamientos y/o procedimientos que se encuentren especificados en el endoso de coberturas amparadas de acuerdo al Plan contratado. Los tratamientos de ortopedia quedarán cubiertos hasta por un período máximo de 6 meses, siempre y cuando la fecha en que haya iniciado el tratamiento se encuentre dentro de la vigencia de la póliza. Si la póliza se cancela,

la obligación de La ISES cesará y por lo tanto no se cubrirán los gastos efectuados después de la fecha de cancelación.

LIMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDAD

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

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

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

APLICACIÓN COPAGO Y DEDUCIBLE

Este producto no contempla copago, ni deducible en ninguno de los procedimientos cubiertos por el plan.

4. CLÁUSULAS GENERALES

CONTRATO

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

OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

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

En caso de omisión o inexacta declaración por parte del Contratante y/o Usuario-Asegurado al momento de llenar la solicitud y cuestionarios sobre los hechos importantes para la apreciación del riesgo, La Compañía podrá rescindir de pleno derecho el Contrato, o el certificado individual, según

se trate de quien haya sido el causante de la omisión o inexacta declaración, el contratante o el Usuario-Asegurado, respectivamente, aún cuando el hecho ocultado o mal informado no haya influido en la realización del evento.

MODIFICACIONES AL CONTRATO

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

RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

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

RESIDENCIA

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

ALTAS Y BAJAS DE USUARIO-ASEGURADOS

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

EDAD

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

PRIMAS

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

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

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

PERIODO DE GRACIA

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

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

REHABILITACIÒN

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

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

PARTICIPACIÓN DEL USUARIO-ASEGURADO EN UNA RECLAMACIÓN

En toda reclamación a consecuencia de un evento, el Usuario-Asegurado cubrirá el deducible y el copago contratados, los cuales se especifican en la carátula de la póliza y el endoso de coberturas amparadas. En este producto el copago y deducible serán de 0%

SISTEMAS DE PAGO DE RECLAMACIONES

Los sistemas de pago de Reclamaciones previstos para la presente póliza son:
Pago Directo: ODONTORED cubrirá directamente a los prestadores de la Red Médica Odontológica los costos de los Servicios Dentales siempre y cuando el Usuario-Asegurado al solicitar por primera vez de los servicios de un odontólogo realice alguna de las siguientes opciones:

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

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

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

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

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

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

números y dirección que aparecen en el membrete de este contrato, explicando los motivos por los cuales tomó esa decisión. Así como para que ODONTORED pueda cumplir con el programa de control de eficiencia y calidad de la RED MÉDICA ODONTOLÓGICA.

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

  La Compañía se obliga al reembolso del costo de los servicios médicos que haya necesitado el Usuario-Asegurado en los casos de urgencia y/o emergencia médica odontológica, en los términos del artículo 72 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en caso de una urgencia si no hubiere un odontólogo adscrito a la red de Odontored en la localidad, y por consiguiente no se pudiera utilizar el Sistema de Pago Directo.
  El usuario asegurado podrá elegir médicos distintos a la red de prestadores de servicios de Odontored quedando a cargo del propio usuario-asegurado el pago de la cantidad diferencial que resulte entre el tabulador respectivo de la institución y el costo del servicio que le preste el médico, conforme a lo pactado.

RESPONSABILIDAD DE ODONTORED

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

CUANTÌA DE LA INDEMNIZACIÒN

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

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

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

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

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

MONEDA

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

OTROS SEGUROS

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

INDEMNIZACIÓN POR MORA

En caso de que ODONTORED, no obstante de haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentado, no cumpla con la obligación de pagar la cantidad procedente, dentro del plazo de 30 días establecido en el artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, pagará al Usuario-Asegurado y/o a sus dependientes una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto por el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

PRESCRIPCIÓN

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

COMPETENCIA

En caso de controversia, el Usuario-Asegurado podrá presentar su reclamación por escrito o por cualquier otro medio, en las oficinas centrales o en cualquiera de las Delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), a elección del reclamante, o en la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de ODONTORED, o bien, ante el Juez Competente, en los términos de los artículos 50 Bis, 65 y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, dentro del término de 2 (dos) años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de ODONTORED a satisfacer la pretensión del reclamante.

Será competente el Juez del domicilio de la Delegación de la CONDUSEF que haya sido elegida por el reclamante en los términos del párrafo que antecede, en los términos del artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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

VIGENCIA

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

RENOVACIÒN

Al finalizar la vigencia de la Póliza, será optativo para el Contratante renovar la misma, lo cual se efectuará automáticamente si no manifiestan al menos con 30 días anteriores a la fecha de su terminación de cada vigencia, su voluntad de cancelar.

En tal caso, la prima que se aplicará será la que se encuentre vigente al momento de la renovación, de acuerdo a las tarifas registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

COMUNICACIONES

Cualquier notificación relacionada con el presente contrato, deberá hacerse a ODONTORED, por escrito, en el domicilio señalado en la carátula de la Póliza, obligándose ésta a comunicar al Contratante o Usuario-Asegurado en caso de que dicho domicilio llegara a ser diferente.
Las notificaciones y comunicaciones que ODONTORED deba hacer al Contratante o Usuario-Asegurado, las dirigirá al último domicilio de que tenga conocimiento.

INFORMACIÓN SOBRE COMISIONES A INTERMEDIARIOS

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

DERECHOS DE LOS USUARIO-ASEGURADOS

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

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

- ✓ Consultas: El enfermo tendrá derecho a solicitar otras opiniones sobre su padecimiento, conforme a lo estipulado en el contrato de seguro respectivo.

AVISO DE PRIVACIDAD

Los datos personales en adelante "los Datos" solicitados, son tratados por Odontored Seguros Dentales, S.A., de C.V. en adelante ODONTORED, con domicilio en Av. 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.

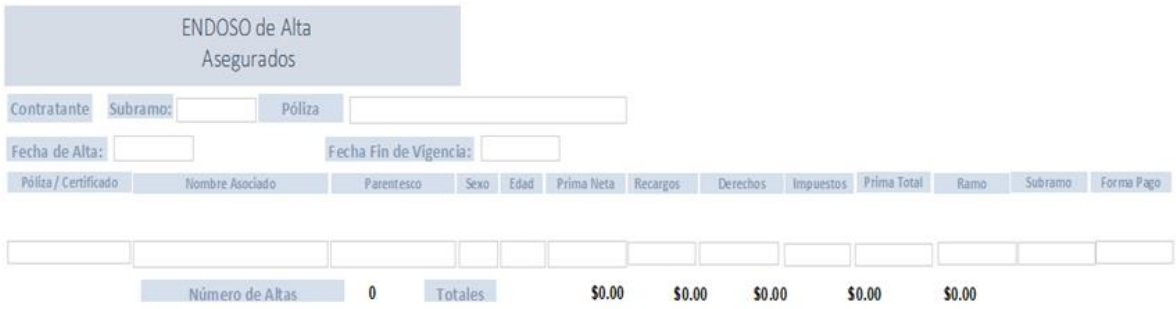
Los Datos serán tratados de conformidad con la Ley Federal de Protección de Datos en Posesión de los Particulares y su Reglamento. La confidencialidad de los Datos está garantizada y los mismos están protegidos por medidas de seguridad administrativas, técnicas y físicas, para evitar su daño, pérdida, 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.

5. DOCUMENTOS ADICIONALES

ENDOSOS


ENDOSO de Alta
Asegurados

Contratante | Subramo: | Póliza

Fecha de Alta: | Fecha Fin de Vigencia:

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

"En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día_____ de _____ de _____-, con el número_____".


ENDOSO de Baja
Asegurados

Contratante | Subramo: | Póliza

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

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

"En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día_____ de _____ de _____-, con el número_____".

SOLICITUDES

OdontoPrev

México D.F. _____ de _____ de ____

*Empresa: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

AFILIACIÓN VOLUNTARIA

*Plan: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

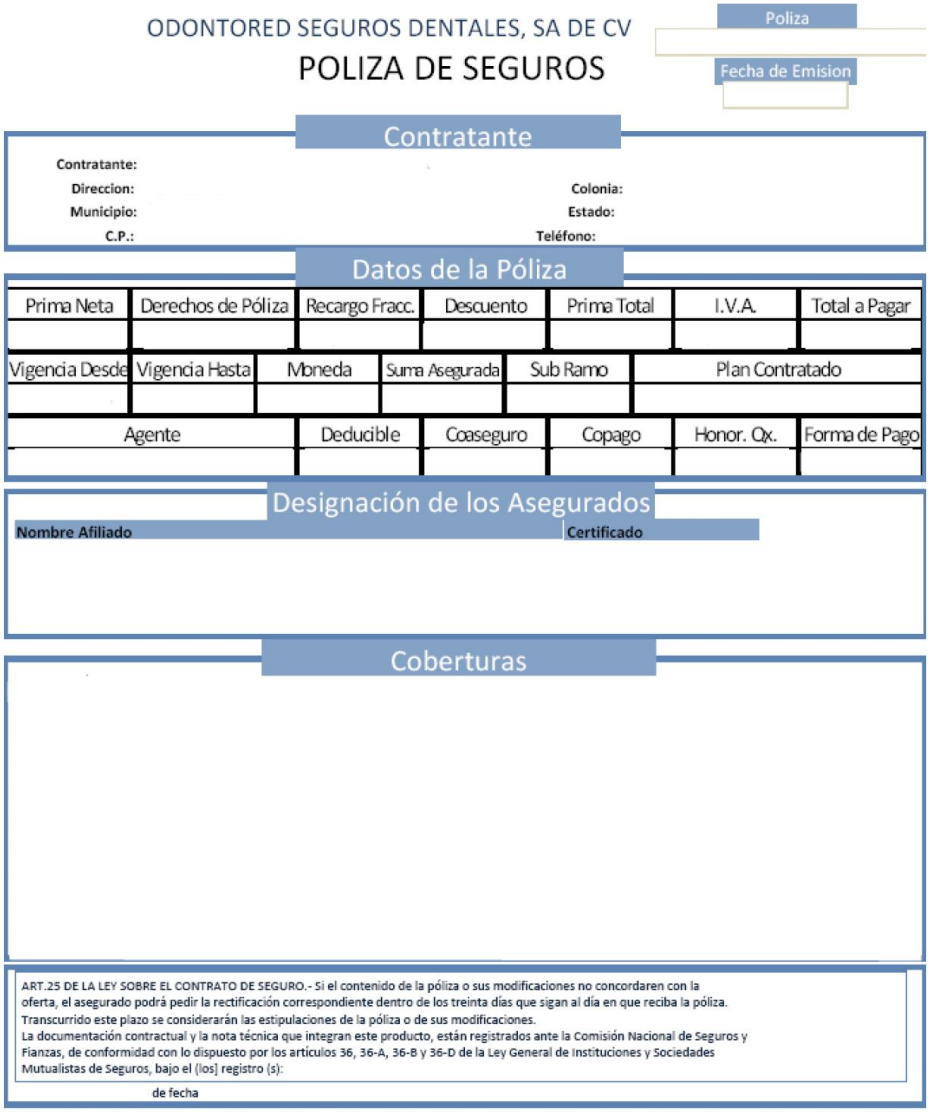
*No. de Empleado o No. De ID del Asociado Titular: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

*Nombre Contratante: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CUESTIONARIOS QUE DEBA FIRMAR EL ASEGURADO

Para este producto no existen cuestionarios que deban firmar los asegurados.

CARÁTULA DE PÓLIZA



ODONTORED SEGUROS DENTALES, SA DE CV

POLIZA DE SEGUROS

Poliza

Fecha de Emision

Contratante

Contratante:
Direccion: 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

Designación de los Asegurados

Nombre Afiliado	Certificado

Coberturas

ART.25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.- Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.
La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el (los) registro (s):

de fecha

"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_____ de _____ de _____-, con el número ".

2. CERTIFICADOS

ODONTORED SEGUROS DENTALES, SA DE CV

CERTIFICADO DE ASEGURAMIENTO

Poliza

Fecha de Emision

Contratante

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

Datos de la Póliza

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

Designación de los Asegurados

NOMBRE CERTIFICADO

Coberturas

ART.25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.- Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

"En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día_____ de _____ de _____-, con el número_____".

Funcionario Autorizado

3. CONSENTIMIENTOS

Para este producto no existen consentimientos.

4. RECIBOS DE PAGO DE PRIMAS

Poliza	
Fecha de Emision	

ODONTORED SEGUROS DENTALES, SA DE CV

RECIBO DE PRIMA No.

Agente:

Contratante

Contratante:	
Direccion:	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:

Forma de Pago

Total a Pagar con letra:

Datos de la Póliza

Vigencia desde		Fecha de Emisión Póliza	
Vigencia hasta		Suma Asegurada	
Moneda		Copago	
Sub Ramo		Honorarios Quirurgicos	
Deducible			
Coaseguro		Plan Contratado	

REFERENCIAS BANCARIAS

BANAMEX	SUCURSAL: 7006
#¡Tipo!	
#¡Tipo!	



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

6. FOLLETO BÁSICOS DE LOS CONTRANTES, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS

I. Introducción

¡BIENVENIDO!

Instructivo de procedimientos para el manejo de su plan dental.

II. Objetivo del Plan

Estamos totalmente comprometidos con su salud bucal, es por ello que le sugerimos leer cuidadosamente este documento a fin de que reciba usted la mejor atención y orientación sobre su Póliza.
En el presente folleto encontrará importantes recomendaciones para aprovechar al máximo todos los beneficios y las coberturas que su seguro le brindará.

III. Definiciones

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

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.

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

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

USUARIO-ASEGURADO(s):
Es aquella persona física así como sus Dependientes Económicos que se encuentran cubiertos por la presente póliza y cuyos nombres aparecen en la carátula de la misma.

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

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

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

COLECTIVIDAD ASEGURADA:
Cualquier conjunto de personas que pertenezca a una misma empresa o mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro.

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

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

CONTRATO:
Las declaraciones del contratante en la solicitud, la Póliza, las presentes Condiciones Generales, las Cláusulas o Endosos que lleva anexos, el Folleto Explicativo, el registro de Usuario-Asegurados constituyen testimonio y/o prueba del contrato celebrado entre el contratante y ODONTORED.
Documento a través del cual se formaliza la adquisición o arrendamiento de bienes, así como la contratación de servicios.

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

EMERGENCIA:

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

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

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

ENFERMEDAD:
Toda alteración de la salud bucal del Usuario-Asegurado, debida a causas anormales, internas o externas en relación al organismo, por las cuales amerite tratamiento dental, siempre y cuando se origine dentro del periodo de vigencia de la póliza. No se considerarán como enfermedad las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el Usuario-Asegurado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ODONTÓLOGO DE LA RED:
Persona que ha recibido el título de Cirujano Dentista y que está legalmente autorizado para practicar la odontología. Y que ha celebrado un contrato de prestación de servicios profesionales con Odontored Seguros Dentales, S.A. de C.V. y que está autorizado para llevar a cabo los procedimientos al usuario-asegurado.

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

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

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

PADECIMIENTOS PREEXISTENTES:
a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico con cédula profesional emitida por la Secretaría de Educación Pública, o bien, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
b) Que previamente a la celebración del contrato, el Usuario-Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.
Para efectos de preexistencia no se considerará que la vigencia se haya interrumpido si opera la rehabilitación de la póliza.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RADIOGRAFIA PERIAPICAL:

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

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

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

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

RESTOS RADICULARES:
Restos de raíces.

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

SUMA ASEGURADA (LÍMITE ANUAL):
Es la cantidad máxima que ODONTORED pagará por concepto de beneficios cubiertos en cada año de vigencia de la póliza de seguro a cada uno de los usuarios-asegurados de conformidad con el plan contratado. La Suma Asegurada se reinstala automáticamente en cada renovación.

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

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

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

IV. Procedimiento para la atención médica

¿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.

Sólo debe llamar a los siguientes teléfonos:

En México D.F.: 5480 0911
Del interior de la República: 01 800 8 DENTAL

Nuestro directorio de odontólogos también lo puede consultar en el siguiente sitio:

www.odontored.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 y una identificación oficial vigente con fotografía, lo anterior es indispensable para iniciar el servicio. El odontólogo deberá llenar el tratamiento y el monto del servicio dental, nombre y firma.

4. En su primer cita el odontólogo hará un diagnóstico general sobre lo que usted requiere, mismo que le será informado el mismo día de su cita.

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

6. 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.

V. 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.

Una vez presentada la documentación completa y correcta, el monto procedente a pago, quedará pagado en un plazo máximo de 5 días hábiles siguientes a la presentación de la reclamación debidamente integrada, en los datos bancarios indicados por el usuario-asegurado titular en el Formato de Declaración del Reclamante.

VI. Aplicación de COPAGO Y DEDUCIBLE

Este producto no contempla copago, ni deducible en ninguno de los procedimientos cubiertos por el plan. Por lo que el usuario-asegurado no pagará nada al momento de recibir la atención odontológica por los tratamientos cubiertos en el plan.

VII. 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.

VIII. Coberturas

Cuadro de coberturas de acuerdo al plan contratado

IX. Exclusiones y limitaciones

El contrato contenido en esta póliza no cubre los conceptos que a continuación se enumeran, ni los gastos por complicaciones que se originen de cualquier

estudio, tratamiento, padecimiento, lesión, afección, intervención, enfermedad o accidente expresamente excluido en esta póliza.

Los Programas de Seguros Dental que fundamenta la presente Nota Técnica, en ningún caso cubrirán los gastos que se originen por cualquiera de los siguientes conceptos:

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

b) Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico por las lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en la Póliza.

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

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

e) Intervenciones y/o tratamientos por razones estéticas, salvo que el tratamiento o la operación de cirugía plástica o reparadora sean necesarios como consecuencia de un accidente cubierto por la Póliza.

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

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

h) Tratamientos experimentales o de investigación.

i) Tratamiento o procedimientos prestados por Instituciones, clínicas, consultorios y/o odontólogos no adscritos a la red, excepto los casos de urgencia y/o emergencia cuando la urgencia y/o emergencia se presente en una localidad donde no exista un odontólogo de la red.

j) Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico por negligencia del paciente a las indicaciones del odontólogo tratante o por abandono del tratamiento por más de 30 días.

k) Medicamentos

l) Anestesia general o sedaciones.

m) Gastos Hospitalarios.

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

o) Retratamiento de endodoncia, sólo se cubrirá una sola vez por pieza dental durante la vigencia del Póliza y en caso de fractura procederá a cargo de Odontored Seguros Dentales S.A. DE C.V., la extracción únicamente

p) Obturaciones de desgaste incisales y/o cervicales.
q) Resinas en dientes posteriores con obturaciones existentes con fines estéticos.

Odontored Seguros Dentales S.A. DE C.V. cubrirá los tratamientos y/o procedimientos que se encuentran especificados en la sección de coberturas amparadas de acuerdo al Plan de que se contrate. Los tratamientos de ortodoncia y ortopedia cuando se encuentren especificados dentro de la sección de coberturas amparadas quedarán cubiertos hasta por un período máximo de 6 meses, siempre y cuando la fecha en que haya iniciado el tratamiento se encuentre dentro de la vigencia de la póliza. Si la póliza se cancela, no se cubrirán los gastos efectuados después de la fecha de cancelación de la póliza.

LIMITACIONES.- LA ISES cubrirá los tratamientos y/o procedimientos que se encuentren especificados en el endoso de coberturas amparadas de acuerdo al Plan contratado. Los tratamientos de ortopedia quedarán cubiertos hasta por un período máximo de 6 meses, siempre y cuando la fecha en que haya iniciado el tratamiento se encuentre dentro de la vigencia de la póliza. Si la póliza se cancela, la obligación de La ISES cesará y por lo tanto no se cubrirán los gastos efectuados después de la fecha de cancelación.

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

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

La obligación de ODONTORED terminará al presentarse alguna de las situaciones siguientes:
1. Al certificarse la curación del padecimiento de que se trate, a través del alta médica, o
2. Al agotarse el límite máximo de responsabilidad convenido por las partes, o

3. Al concluir el término que para estos efectos se haya pactado para la prestación del servicio, el cual no podrá ser inferior a dos años contados a partir de la fecha en que termine la vigencia del contrato.

X. 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 Asegurados o sus dependientes.
La Unidad de Atención a Clientes de Odontored dará atención a los 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
Deleg. Cuautémoc, C.P. 06500, México, D.F.. 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.

01 800 8 DENTAL
5809 0911

En la página web se le informa al asegurado paso a paso como dar seguimiento a su reclamación:

www.odontored.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 hr)

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.

XI. Padecimientos con tiempo de espera

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

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

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

Este periodo no aplica para urgencias, que ocurran dentro de la vigencia de la póliza ni en caso de renovación de la póliza.

XII. RED DE PROVEEDORES ODONTOLOGICOS:

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

La Red de Proveedores Odontológicos contratada por Odontored cuenta con cedula profesional y se indica quienes cuentan con la certificación del consejo de salubridad correspondiente a su entidad federativa.

XIII. DERECHOS DEL PACIENTE:

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

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

XIV. 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 373 piso 11, Col. Cuauhtémoc, Deleg. Cuautémoc, C.P. 06500, 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 373 piso 11, Col. Cuauhtémoc Deleg. Cuautémoc, C.P. 06500, México, D.F.

XV. 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, y
   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, y
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 16 de diciembre de 2015, con el número CNSF-H0715-0052-2015”.

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

"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 16 de diciembre de 2015, con el número CNSF-H0715-0052-2015".