Odontored®
SEGUROS DENTALES

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

Seguro Dental

Ramo: Gastos Médicos Individual

Odontored®
SEGUROS DENTALES

Contenido

1. Definiciones 4
2. Objeto del Seguro 10
3. Coberturas Básicas 10
4. Coberturas Adicionales 14
5. Padecimientos con Periodo de Espera 14
6. Suma Asegurada y Precios Preferenciales 15
7. Red Médica Odontológica 15
8. Exclusiones y Limitaciones 16
9. Límite Máximo de Responsabilidad 17
10. Aplicación de Coaseguro 17
11. Cláusulas Generales 17
    - Modificaciones al Contrato 17
    - Comunicaciones 17
    - Rectificación de la Póliza de Seguro 18
    - Residencia y Territorialidad 18
    - Edad 18
    - Primas y Periodo de Gracia 18
    - Rehabilitación 19
    - Participación del Asegurado en una Reclamación 19
    - Sistemas de Pago de Reclamaciones 19
    - Cuantía de la Indemnización 20
    - Moneda 20
    - Otros Seguros 20
    - Indemnización por Mora 20
    - Prescripción 20
    - Competencia 21
    - Vigencia 21

Renovación 21
Información sobre Comisiones a Intermediarios 22
Cancelación 22
Contratación del Uso de Medios Electrónicos 23
Reglas sobre Notificación y Comunicación de Siniestros 24
Títulos y Definiciones 24
Agravación del Riesgo 24
Legislación Señalada en el Contrato de Seguro 25

Seguro Dental

El presente seguro opera bajo la modalidad de “coaseguro” en el cual Chubb Seguros México, S.A. (la “Compañía”) y Odontored Seguros Dentales S.A. de C.V. (“La ISES”), asumen los riesgos contratados mediante esta Póliza de Seguro, según la participación estipulada en la Carátula de la Póliza.

Tanto la Compañía como La ISES tendrán a su cargo el cumplimiento de las obligaciones contraídas a través de la presente Póliza de Seguro, independientemente de la forma de operación y administración pactada por éstas.

1. Definiciones

Para efectos del presente Contrato de Seguro, los siguientes términos tienen el significado que a continuación se les atribuye, mismos que podrán ser utilizados en plural o singular indistintamente:

1. Accidente
Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado como consecuencia directa de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, siempre y cuando ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta Póliza y que requieran atención dental dentro de los noventa días naturales siguientes al evento que le dio origen. **No se considera Accidente, a las lesiones corporales provocadas intencionalmente por el 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. Aplicación de Sellador
Consiste en la aplicación de material que se pone en la superficie masticatoria (oclusal) de los molares y premolares recién erupcionados. Es un método preventivo de caries.

8. Aplicación Tópica de Fluor
Consiste en la aplicación de espumas, geles o esmaltes directamente a la superficie dental y es absorbida por ésta. Es un método preventivo de caries y es utilizado en menores de 15 años únicamente.

9. Asegurado
Es la persona física que se encuentra protegida bajo los beneficios de este Contrato de Seguro. Quedará amparado el Asegurado titular, designado con tal carácter en la Carátula de la Póliza de Seguro y, de estar expresamente asentado en dicho documento, sus Dependientes Económicos cuyos nombres queden expresamente asentados en el mismo.

10. Carátula de la Póliza
Documento mediante el cual se individualiza el riesgo cubierto y que contendrá de manera enunciativa más no limitativa los datos de identificación de los Asegurados, los planes contratados, las sumas aseguradas aplicables, coaseguros, primas, vigencia, entre otros datos.

11. Caries
Enfermedad provocada por los ácidos de la placa bacteriana que destruye los dientes. Estos ácidos desmineralizan el tejido más duro del diente así como el esmalte dental. Si no se detecta y se trata de forma temprana puede afectar la pulpa dental y contagiar otros dientes.

12. Cirugía
La cirugía dental es cualquiera de una serie de procedimientos médicos que involucran la modificación artificial de la dentición; es decir, cirugía de los dientes, encías y mandíbulas.

La cirugía dental como tal es un término muy amplio que comprende desde actos simples como extracciones a complejos procedimientos quirúrgicos como son todos los relativos a implantes dentales. La amplitud del término hace que dependiendo de que se trate pueda ser llevada a cabo con simple sedación, anestesia local o, en los casos más complicados, anestesia general.

13. Coaseguro
Porcentaje o cantidad fija con la cual el Asegurado participa del riesgo. El Coaseguro se especificará en la Carátula de la Póliza y se aplicará al monto total de los Tratamientos cubiertos en cada reclamación.

14. Cobertura
Riesgos cubiertos por el presente seguro, especificados en la Carátula de Póliza.

15. Compañía
Se entenderá por Chubb Seguros México, S.A.

16. Consulta
Atención del Odontólogo al Asegurado en su calidad de paciente en un espacio y tiempo determinado, mediante la aplicación de una entrevista y otros métodos, 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.

17. Contratante
Es la persona física que ha solicitado a la Compañía una Póliza de Seguro para sí y/o para sus Dependientes Económicos. Siendo responsable, ante la Compañía, de pagar la prima correspondiente y de informar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, materia del seguro.

18. Contrato o Póliza de Seguro
Es el documento donde se establecen los términos y condiciones celebrados entre el Contratante y la Compañía, así como los derechos y obligaciones de las partes. Estas condiciones generales, la Póliza, las cláusulas adicionales y los endosos que se agreguen constituyen prueba plena del Contrato de Seguro.

19. Control de Placa Bacteriana
Es el procedimiento mediante el cual el odontólogo identifica la presencia de placa dentobacteriana en las superficies de los dientes del paciente.

20. Dependientes Económicos
Se consideran el cónyuge o concubino(a) del Asegurado, así como cualquiera de sus hijos, padres, hermanos y suegros siempre que estén dentro de los límites establecidos en la cláusula de Edad de estas condiciones generales y que aparezcan expresamente mencionados en la Carátula de la Póliza.

21. Diagnóstico
Determinación/calificación que da el Odontólogo al Asegurado, como resultado de la Consulta, entrevistas, exámenes físicos, pruebas médicas y otros auxiliares orientados a reconocer e identificar el problema o enfermedad.

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

23. Endoso

Documento que modifica y/o adiciona, previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía, las Condiciones Generales de la presente Póliza y forma parte de ésta. Dicho endoso deberá estar registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

24. Enfermedad
Toda alteración de la salud del Asegurado que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo en relación con el organismo, que amerite tratamiento dental y/o quirúrgico diagnosticado por un Odontólogo con cédula profesional, que no provenga de una causa expresamente excluida por esta Póliza de Seguro, siempre y cuando ésta se encuentre en vigor. **No se considerarán como enfermedad las afecciones provocadas intencionalmente por el Asegurado.**

25. Enfermedades Bucodentales
Las más frecuentes son las caries, las afecciones periodontales y enfermedades infecciosas bucodentales.

26. Enfermedades Periodontales
Son de dos tipos: la gingivitis y la periodontitis, estas afectan el tejido que sirve de soporte de los dientes, es decir, las encías y son causadas principalmente por bacterias.

27. Evento
Cada uno de los Tratamientos y/o procedimientos amparados por esta Póliza de Seguro.

28. Exclusiones
Se refiere a todo hecho, situación o condición no cubierta por la Póliza de Seguro y que se encuentran expresamente indicadas en el Contrato de Seguro.

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

30. La ISES
Se entenderá por Odontored Seguros Dentales S.A. DE C.V.

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

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

33. Gastos Cubiertos
Erogaciones en las que incurra el 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 Asegurado se encuentre dentro del periodo de cobertura al momento del ocurrir el Tratamiento, y no se encuentre excluido por las presentes condiciones generales o endosos que formen parte del Contrato.

34. Gastos Hospitalarios
Erogaciones efectuadas por la prestación de servicios para la atención del Asegurado en un hospital para corregir un padecimiento cubierto.

35. Gasto Usual y Acostumbrado (GUA)
Monto o valor que ha sido convencionalmente pactado con los prestadores de servicio de la Red Médica Odontológica; dichos montos o valores serán del conocimiento del Asegurado, pudiendo consultarse la tabla de aranceles en cualquier momento en la Página Web de la Compañía.

36. Gingivitis
Es la infección en la encía que causa inflamación, enrojecimiento y sangrado.

37. Historia Clínica
Recopilación de los datos generales del Asegurado, para su expediente personal.

38. Honorarios Odontológicos
Remuneración que obtiene el Odontólogo, legalmente autorizado para ejercer su profesión, por los servicios que presta al Asegurado.

39. Instrucción de Higiene Bucal
Capacitación al paciente para el correcto cepillado de dientes, el uso de auxiliares de higiene como hilo dental y enjuague, así como la recomendación de visitas periódicas al odontólogo.

40. Odontología
Rama de la medicina que estudia las estructuras bucales y sus alteraciones para su prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

41. Odontólogo de la Red
Persona que ha recibido el título de Cirujano Dentista y que está legalmente autorizado para practicar la Odontología; quien ha celebrado un contrato de prestación de servicios profesionales para pertenecer a la Red Médica Odontológica para llevar a cabo los procedimientos al Asegurado.

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

43. Odontopediatría
También conocida como odontología pediátrica, se encarga del cuidado de la salud bucal de los niños, desde que nacen hasta antes de llegar a la adolescencia. Esta especialidad se encarga de tratar las anomalías, enfermedades y de prevenir posibles afecciones en la boca y dentadura de los niños.

44. Operatoria Dental
Es la disciplina odontológica que se encarga de restaurar las lesiones, alteraciones o defectos que puede sufrir un diente para devolverle su forma, estética y función dentro del aparato masticatorio y en armonía con los tejidos adyacentes.

45. Padecimiento Cubierto
Toda alteración en la salud bucal que sufra el Asegurado mientras se encuentre vigente el presente Contrato de Seguro y que no esté expresamente excluido en la Póliza de Seguro o no se encuentre dentro del periodo de espera correspondiente.

46. Padecimientos Preexistentes
Se entenderá por padecimientos y/o enfermedades preexistentes aquellos que presenten una o varias de las características siguientes:

a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia del padecimiento o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
b) Existan pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate; la Compañía podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso, el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.
c) Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico del padecimiento o enfermedad de que se trate.

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

Al Asegurado que se le 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.

En el caso de que el Asegurado manifieste la existencia de una enfermedad y/o padecimiento ocurrido antes de la celebración del contrato, la Compañía podrá aceptar el riesgo declarado.

En caso de que la Compañía notifique la improcedencia de una reclamación a causa de preexistencia, el reclamante puede acudir a un perito médico que sea designado por el propio reclamante y la Compañía, para someterse a un arbitraje privado. La Compañía acepta que si el reclamante acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual también vincula al reclamante y por este hecho se considera que renuncia a cualquier otro derecho para dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje se establecerá por la persona asignada y por quienes al momento de acudir a él deben firmar el convenio arbitral. El laudo que se emita, vinculará a las partes y tiene fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tiene costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la Compañía.

47. Pago Directo
Beneficio mediante el cual la Compañía pagará directamente a los prestadores de la Red Médica Odontológica, los gastos que procedan por motivo de la atención o servicios proporcionados al Asegurado. Para disfrutar de este sistema, se requiere que el Asegurado sea atendido por proveedores participantes de la Red Médica Odontológica y que la Póliza de Seguro se encuentre vigente.

48. Página Web
www.chubb.com/mx

49. Periodo de Espera
Es el lapso de tiempo especificado en la Carátula de la Póliza, contado a partir del inicio de vigencia del seguro o a partir que se dé de alta a un Dependiente Económico, durante el cual el Asegurado no estará amparado por la Póliza y el cual deberá trascurrir para que el Asegurado tenga derecho a la Cobertura. Transcurrido el Periodo de Espera, se activarán los beneficios de la cobertura y el Asegurado sólo deberá cumplirlo por única ocasión al inicio de vigencia de la Póliza seguro y para los Dependientes Económicos, a partir de su alta en la Póliza; o en su caso, a partir de la rehabilitación del seguro.

Este periodo no aplica para Accidentes o Urgencias, que ocurran dentro de la vigencia de la Póliza de Seguro. El Periodo de Espera no aplicará en las renovaciones.

50. Periodoncia
Es la rama de la odontología encargada de las estructuras en la encía y los tejidos de soporte del diente.

51. Periodontitis
Infección bacteriana que penetra por debajo de la encía formando bolsas periodontales, atacando la raíz y el hueso que sujeta al diente.

52. Plan Contratado
Conjunto de Coberturas y sumas aseguradas amparados por la Póliza de Seguro y que se enlistan en la Carátula de la Póliza.

53. Plan de Tratamiento
Propuesta de actividades que presenta el Odontólogo al Asegurado para restablecer su salud bucal.

54. Procedimientos o Tratamientos Experimentales
Todo procedimiento o tratamiento que no esté definido de acuerdo a las guías y/o protocolos de práctica clínica en el sistema nacional de salud.

55. Profilaxis
Retiro mecánico de cálculos dentarios y placa dentobacteriana de las superficies visibles de los dientes.

56. Profilaxis de arcada
Retiro mecánico de cálculos dentarios y placa dentobacteriana de las superficies visibles de los dientes. La boca se divide en arcada superior y arcada inferior.

57. Prótesis

Sustitución de una parte del esqueleto o de un órgano dental por una pieza o implante especial que reproduce total o parcialmente lo que ha de sustituir.

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

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

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

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

62. Red Médica Odontológica
El conjunto de prestadores de servicios odontológicos y de apoyo en el territorio nacional, los cuales proporcionan a los Asegurados los servicios que ampara la presente Póliza de Seguro. Los prestadores de servicios integrantes de la Red Médica Odontológica son los que aparecen expresamente nombrados en el documento denominado “Directorio Médico Odontológico”, mismo que el Asegurado podrá consultar en cualquier momento en la Página Web de la Compañía.

63. Resina
Es una mezcla plástica del color del diente relleno.

64. Restos Radiculares
Restos de raíces.

65. Suma Asegurada Anual
Es la cantidad máxima que la Compañía pagará por concepto de beneficios cubiertos, en cada año de vigencia de la Póliza de Seguro, de conformidad con el plan contratado. La Suma Asegurada Anual se reinstala automáticamente en cada renovación. La Suma Asegurada Anual aplicará por Asegurado, cuando la modalidad de contratación sea individual o por la totalidad de los Dependientes Económicos, cuando la modalidad de contratación sea familiar. La modalidad de contratación se especificará en la Carátula de la Póliza.

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

67. Tratamiento Dental
Conjunto de procedimientos odontológicos necesarios para tratar un problema dental cubierto por el Plan Contratado, a través de la Red de Odontólogos.

Se tomará como un solo Tratamiento Dental a aquél que continúe periódicamente conforme al plan de citas establecido por el Odontólogo y quede registrado y aprobado. Un Tratamiento Dental, cuando haya sido diagnosticado, aprobado y se encuentre en proceso durante la vigencia de la Póliza, será concluido si la Póliza de Seguro es cancelada, o no renovada por cualquier motivo, atendiendo a los límites de responsabilidad establecidos en el numeral 9 de estas Condiciones Generales. Los Tratamientos Dentales autorizados no iniciados, serán cancelados si los efectos de la Póliza de Seguro cesan automáticamente por falta de pago de la prima.

68. Tratamiento Dental Registrado y Aprobado
Todo aquel Tratamiento que haya diagnosticado el Odontólogo y que haya quedado registrado y aprobado por la Compañía.

69. Tratamiento Iniciado
Todo aquel Tratamiento Dental Registrado y Aprobado, cuyo primer procedimiento ha sido efectuado por el Odontólogo y cuyo inicio ha sido firmado por el Asegurado.

70. Tratamientos de Conductos

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

71. 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.

2. Objeto del Seguro

Mediante el presente contrato, la Compañía estará obligada a resarcir al Asegurado los gastos en que incurra con motivo de la atención médica derivada del tratamiento de las enfermedades bucodentales cubiertas por este Contrato de Seguro, las cuales son CARIES, ENFERMEDADES PERIODONTALES Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS BUCODENTALES, así como las lesiones causadas a los dientes y/o encías a consecuencia de un Accidente cubierto.

3. Coberturas Básicas

El Asegurado recibirá la atención médica dental, a través de la Red Médica Odontológica, de acuerdo al Plan Contratado, mismo que se indica en la Carátula de la Póliza.

Los Tratamientos que el Contratante adquiere según el Plan Contratado, son los que se describen en la sección de coberturas amparadas, en la Carátula de la Póliza.

Quedarán amparados los Gastos Cubiertos de los Tratamientos Dentales Registrados y Aprobados, que sean necesarios efectuar a los Asegurados, conforme al Plan Contratado, hasta el límite máximo de la suma asegurada estipulada en la Carátula de la Póliza.

La Compañía únicamente atenderá los Tratamientos Dentales Registrados y Aprobados y comenzará su responsabilidad a partir de un Tratamiento Iniciado.

Los gastos médicos dentales quedarán cubiertos por la Póliza correspondiente, y de conformidad a las características particulares del Plan Contratado.

Las Coberturas de gastos médicos dentales **cubren los Padecimientos Preexistentes de cualesquiera de los tratamientos incluidos en el Plan Contratado.**

El Asegurado entiende y acepta que únicamente podrá acudir para la atención de un Evento a la Red Médica Odontológica, por lo que **este seguro no cubre Eventos respecto de los cuales el Asegurado haya recibido Tratamiento fuera de la Red Médica Odontológica.**

El presente seguro sólo ampara los Honorarios Odontológicos y los Gastos Cubiertos, **quedando excluidos: los medicamentos recetados, los Gastos de Hospitalización, cualquier gasto distinto a los Gastos Cubiertos, los procedimientos que no se encuentren expresamente nombrados en este Contrato, los Procedimientos o Tratamientos Experimentales.**

Las Coberturas a continuación descritas están sujetas al Coaseguro especificado en la Carátula de la Póliza, mismo que deberá ser pagado por el Asegurado directamente al Odontólogo de la Red Médica Odontológica.

Al hacer uso de la Red Médica Odontológica, la Compañía se encargará de realizar el Pago Directo a los prestadores de servicios correspondientes, sin embargo, el Coaseguro correrá siempre a cargo del Asegurado.

El Odontólogo de la Red, será quien determine cuál es el padecimiento del Asegurado de conformidad con las Coberturas que se describen a continuación y será quien indique las acciones a realizar. Los Tratamientos y/o procedimientos cubiertos por este seguro son los que se describen a continuación, según el Plan Contratado especificado en la Carátula de la Póliza:

Tratamientos y padecimientos cubiertos, según especificación del Plan Contratado

Diagnóstico
- 00.001 Consulta.

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.
- 03.015 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.
- 03.023 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 atraumático.
- 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.
- 04.021 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 con 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).

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.
- 09.009 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).
- 09.018 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.
- 09.056 Tratamiento Quirúrgico de Fistulas Nasales o Bucosinusales.

Endodoncia*

- 10.001 Tratamiento endodónticounirradicular.
- 10.002 Tratamiento endodónticoBirradicular.
- 10.003 Tratamiento endodóntico con 3 o más canales.
- 10.004 Retratamiento porconducto.
- 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 perforaciónendodóntica.
- 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 posteintrarradicular.

***Sólo se realizará UN Retratamiento de Endodoncia por pieza dental durante la vigencia de la Póliza de Seguro. En caso de fractura, únicamente se realizará la extracción de la pieza dental afectada.**

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 - 3dientes.
- 08.006 Desensibilización Dental (por Hemiarco) máximo una sesión por Hemiarco.
- 08.007 Preservación pre -quirúrgica.
- 08.008 Tratamiento de absesoPeriodontal.
- 08.009 Cirugía Periodontal con colgajo, con Osteotomía/ Osteoplastia por Hemiarco.
- 08.010 Injerto Gingival pordiente.
- 08.011 Colgajo deslizante pordiente.
- 08.012 Mantenimiento de tratamientoPeriodontal.
- 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 deraíz.

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.
- 20.014 Corona de porcelana.
- 20.016 Corona metal - cerámico.
- 20.017 Unidad de prótesis fija metal - cerámica.
- 20.018 Inlay/onlay de porcelana.
- 20.020 Carilla de porcelana.
- 20.021 Carilla de resina.
- 20.022 Prótesis adhesiva de 3 unidades, infraestructura metálica y recubrimiento en cerámica.
- 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.
- 20.048 Corona in Ceram (libre de metal).
- 20.049 Elemento de prótesis fija in Ceram (libre de metal).
-

4. Coberturas Adicionales

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

Estas coberturas adicionales aplicarán únicamente cuando se encuentren contratadas y especificadas en la Carátula de la Póliza.

El resarcimiento respecto de las coberturas adicionales será de carácter indemnizatorio, teniendo como límite máximo la suma asegurada especificada en la Carátula de la Póliza. Dicho límite será aplicable al conjunto o a la suma de las coberturas adicionales enunciadas en este apartado.

Al hacer uso de la Red Médica Odontológica, la Compañía se encargará de realizar un Pago Directo a los prestadores de servicios correspondientes, sin embargo, el Coaseguro correrá siempre a cargo del Asegurado.

En caso de que el Contratante o Asegurado decida hacer un cambio de Plan Contratado, los beneficios ganados por antigüedad del Asegurado no se verán afectados, siempre y cuando el nuevo Plan Contratado los contemple.

5. Padecimientos con Periodo de Espera

Las coberturas descritas en los apartados 2. y 3. anteriores, podrán estar sujetas a un Periodo de Espera según lo

especificado en la Carátula de la Póliza.

6. Suma Asegurada y Precios Preferenciales

Este seguro contempla una Suma Asegurada Anual, misma que se especificará en la Carátula de la Póliza, no pudiendo ser acumulable ni reinstalable, salvo en la renovación de la Póliza de Seguro. En consecuencia, queda entendido que la Suma Asegurada Anual se reinstalará en cada renovación de la Póliza de Seguro.

La Compañía sólo cubrirá hasta la Suma Asegurada Anual dependiendo la modalidad de contratación. En caso de que el límite de dicha Suma Asegurada Anual se rebase, el Asegurado podrá acceder a servicios dentales con los proveedores de la Red Médica Odontológica a precios preferenciales, bajo su exclusiva responsabilidad y según las políticas y lineamientos de dichos proveedores.

En caso de que el Asegurado decida hacer uso de los precios preferenciales antes mencionados, el Asegurado entiende y acepta que:

1. La posibilidad aquí descrita es optativa;
2. Hará uso de dichos servicios por su cuenta y bajo su exclusiva responsabilidad;
3. Los servicios deberán ser pagados directamente por el Asegurado al proveedor al momento de recibir la atención correspondiente, quedando la Compañía deslindada de cualquier responsabilidad que se pudiera generar por los Tratamientos efectuados por los proveedores.

El Asegurado también podrá hacer uso de los precios preferenciales para los Tratamientos no cubiertos por esta Póliza de Seguro, en cuyo caso, aplicarán las reglas antes descritas.

7. Red Médica Odontológica

El Asegurado únicamente podrá acudir para la atención de un Evento a la Red Médica Odontológica, por lo que **este seguro no cubre Eventos respecto de los cuales el Asegurado haya recibido Tratamiento fuera de la Red Médica Odontológica.** Para tal efecto, la Compañía pondrá a disposición del Asegurado el "Directorio Médico Odontológico", mismo que podrá consultar en cualquier momento en la Página Web de la Compañía.

No obstante lo anterior y sólo en caso de (i) Urgencias; (ii) que el servicio o Tratamiento requerido por el Asegurado no pueda ser proporcionado por ningún Odontólogo de la Red dentro de la Entidad Federativa en la que el Asegurado resida, por su grado de complejidad o especialización; y (iii) que no exista algún Odontólogo de la Red dentro de la Entidad Federativa en la que el Asegurado resida, el Asegurado podrá acudir a recibir atención médica y Tratamiento con cualquier Odontólogo fuera de la Red Médica Odontológica.

En caso de que el Asegurado deba ser atendido fuera de la Red Médica Odontológica por los supuestos antes enumerados, el Asegurado se sujeta a lo siguiente:

1. El uso de un Odontólogo fuera de la Red Médica Odontológica está sujeto a la aprobación y autorización previa por parte de la Compañía;
2. El Asegurado deberá cubrir directamente los gastos y honorarios incurridos por los Odontólogos fuera de la Red Médica Odontológica.

Una vez que el Asegurado haya hecho uso de servicios odontológicos fuera de la Red Médica Odontológica, el Asegurado, de acuerdo a lo estipulado en el párrafo anterior podrá solicitar a la Compañía el reembolso de los gastos y honorarios, en el entendido que dicho reembolso estará limitado al Gasto Usual y Acostumbrado, según el padecimiento o enfermedad atendido y deberá ser previamente aprobado por la Compañía.

A efecto de que la Compañía evalúe la procedencia del reembolso, el Asegurado deberá comprobar a la Compañía 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 la Compañía debidamente llenado y firmado.

b) Facturas originales expedidas a nombre del Asegurado, de cada uno de los gastos incurridos y que satisfagan los requisitos de la legislación fiscal vigente;
c) Recibos de honorarios dentales a nombre del Asegurado, mismos que deberán especificar claramente el concepto que se está cobrando y que satisfagan los requisitos de la legislación fiscal vigente;
d) Radiografías previas y posteriores al Tratamiento;
e) La demás documentación e información que solicite la Compañía que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada.

Una vez presentada la documentación completa y correcta, el monto correspondiente se pagará en un plazo máximo de 15 (quince) días hábiles, mediante transferencia electrónica de fondos a la cuenta bancaria indicada por el Asegurado para tal efecto en los formatos proporcionados por la Compañía. El Coaseguro aplicable será descontado de la cantidad a reembolsar.

Únicamente cuando sea aplicable un reembolso, de conformidad con lo establecido en este numeral, si el siniestro ocurre dentro del periodo de gracia establecido en el apartado Primas y Periodo de Gracia del numeral 11. Cláusulas Generales, la Compañía deducirá del reembolso, además del Coaseguro, el total de la prima vencida pendiente de pago, o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo del seguro cubierto.

8. Exclusiones y Limitaciones

Esta Póliza de Seguro 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 por esta Póliza de Seguro.

En ningún caso se 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 la Carátula de la Póliza, o en algún Endoso emitido por la Compañía, de acuerdo con el 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 de Seguro.
c) Accidentes ocurridos con anterioridad a la entrada en vigor de la Póliza de Seguro.
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 de Seguro.
f) Lesiones que se cause el propio Asegurado deliberadamente y/o por intento de suicidio.
g) Tratamientos hospitalarios o complicación de Tratamientos no amparados en la Póliza.
h) Tratamientos de ortodoncia y ortopedia maxilar o bucal.
i) Tratamientos Experimentales o de investigación.
j) Tratamientos o procedimientos prestados por Instituciones, clínicas, consultorios y/o Odontólogos no adscritos a la Red Médica Odontológica, excepto los casos especificados en el apartado "7. RED MÉDICA ODONTOLÓGICA", de estas condiciones generales.
k) Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del Tratamiento Odontológico o quirúrgico por negligencia del Asegurado, ya sea por no seguir o cumplir con las indicaciones del Odontólogo tratante o por abandono del tratamiento por más de 30 (treinta) días.
l) Medicamentos recetados, es decir, no suministrados directamente por el Odontólogo.
m) Anestesia general o sedaciones.
n) Gastos Hospitalarios.

o) Tratamientos y erogaciones fuera del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.
p) Obturaciones de desgaste incisales y/o cervicales.
q) Resinas en dientes posteriores con obturaciones existentes con fines estéticos.

Cuando sea aplicable un reembolso de conformidad con lo establecido en el numeral 7. de estas condiciones generales, si la Póliza se cancela, no se cubrirán o reembolsarán los gastos por tratamientos no diagnosticados ni aprobados dentro de la vigencia de la Póliza.

9. Límite Máximo de Responsabilidad

Es la cantidad máxima de responsabilidad anual de la Compañía, a consecuencia de gastos incurridos por Tratamientos o procedimientos cubiertos. El límite máximo de responsabilidad de la Compañía corresponde a la Suma Asegurada Anual.

El límite máximo de responsabilidad de la Compañía 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 autorizado por parte de la Compañía, sin que dicho monto rebase la Suma Asegurada estipulada en la Carátula de la Póliza.

La Compañía tendrá la obligación de cubrir los siniestros ocurridos dentro de la vigencia del Contrato de Seguro, teniendo como límite lo que ocurra primero:

a) El agotamiento de la suma asegurada;
b) El monto de gastos incurridos durante el periodo de vigencia de la Póliza y el periodo de beneficio establecido en la misma; o
c) La recuperación de la salud o vigor vital respecto de la enfermedad o accidente que haya afectado al Asegurado.

10. Aplicación de Coaseguro

El Coaseguro especificado en la Carátula de la Póliza deberá ser cubierto directamente por el Asegurado a la Red Médica Odontológica, al momento de recibir la atención médica y Tratamiento.

Para los casos de excepción en los que no se haga uso de la Red Médica Odontológica especificados en el apartado “7. RED MÉDICA ODONTOLÓGICA” de estas condiciones generales, el Coaseguro será descontado de la cantidad a ser reembolsada al Asegurado.

11. Cláusulas Generales

Modificaciones al Contrato

Las disposiciones generales y particulares de la Póliza, así como los endosos respectivos sólo podrán modificarse mediante acuerdo entre el Contratante y la Compañía. En consecuencia, cualquier otra persona no autorizada por la Compañía, carece de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Comunicaciones

Cualquier comunicación, declaración o notificación relacionada con el presente Contrato de Seguro deberá hacerse por escrito a la Compañía en el domicilio indicado en la Carátula de la Póliza.

En todos los casos en que la dirección de las oficinas de la Compañía llegare a ser diferente de la que conste en la Póliza expedida, ésta deberá comunicar al Asegurado la nueva dirección en la República Mexicana para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la Compañía y para cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante y/o Asegurado, tendrán validez si se hacen en la última dirección que el Contratante y/o Asegurado haya señalado para tal efecto y que haga del conocimiento a la Compañía.

Rectificación de la Póliza 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 (30) días que sigan al día en que se reciba la Póliza de Seguro. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza de Seguro o de sus modificaciones.

Residencia y Territorialidad

Esta Póliza ha sido contratada conforme a las Leyes Mexicanas, para residentes permanentes de los Estados Unidos Mexicanos.

Únicamente se encuentran cubiertos los Eventos y Tratamientos ocurridos en el territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

Edad

La edad mínima del Asegurado para su aceptación al presente seguro será de cero (0) años y la edad máxima será de sesenta y nueve (69) años. La edad máxima de renovación es de setenta (70) años, cancelándose la Póliza en el aniversario de la misma inmediato posterior a que el Asegurado cumpla sesenta (70) años.

Se considerará como edad real del Asegurado la que tenga cumplida en la Fecha de Inicio de Vigencia del seguro.

La Compañía podrá exigir pruebas fehacientes de la edad del Asegurado, al inicio del Contrato de Seguro o con posterioridad.

Si con posterioridad a la ocurrencia del siniestro se confirma que la edad manifestada fue incorrecta, pero que se encontraba dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, ésta estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Si la edad estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del Contrato de Seguro;
b) Si la Compañía hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;
c) Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a rembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del Contrato de Seguro. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad; y

d) Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige esta cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato de Seguro.

Primas y Periodo de Gracia

El Contratante pagará a la Compañía, por concepto de prima, el monto señalado en la Carátula de la Póliza de conformidad con el Plan contratado y vence en el momento de la celebración del Contrato de Seguro.

El Contratante gozará de un plazo de 30 (treinta) días naturales para liquidar el total de la prima o las fracciones de ella, en los casos de pagos en parcialidades; los efectos del Contrato de Seguro cesarán automáticamente a las doce horas del último día de dicho periodo en caso de que no se pague la prima.

La Compañía está facultada de deducir de cualquier indemnización que proceda, el total de la prima vencida pendiente de pago, o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

La prima convenida podrá ser pagada por el Contratante mediante cheque, transferencia bancaria, descuentos por nómina, o bien, mediante cargos que efectuará la Compañía en la tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria y periodicidad que el Contratante haya seleccionado. En caso de que el cargo no se realice con tal frecuencia, por causas imputables al Contratante, éste se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la prima o parcialidad correspondiente en las oficinas de la Compañía, o abonando en la cuenta bancaria que le indique ésta última; el comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento. Si el Contratante omite dicha obligación, el seguro cesará sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia.

Se entenderán como causas imputables al Contratante la cancelación de su tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria, la falta de saldo o crédito disponible o cualquier situación similar.

En tanto la Compañía no entregue el recibo de pago de primas, el recibo de nómina o el estado de cuenta bancario en donde aparezca el cargo correspondiente por la prima de este seguro, será prueba plena del pago de la misma.

Rehabilitación

No obstante lo dispuesto en la Cláusula anterior, el Contratante podrá, dentro de los treinta (30) días siguientes al último día del periodo de gracia señalado en dicha cláusula o dentro de los treinta (30) días siguientes al día de pago de la parcialidad que corresponda, según sea el caso, pagar la prima originalmente acordada para este seguro; en este caso, por el solo hecho de realizar el pago mencionado, los efectos del seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago y la vigencia original se prorrogará automáticamente por un lapso igual al comprendido entre el último día del mencionado plazo de gracia y la hora y el día en que surte efecto la rehabilitación.

Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trate, el Contratante solicita por escrito que este seguro conserve su vigencia original, la Compañía ajustará y, en su caso, devolverá de inmediato a prorrata la prima correspondiente al periodo durante el cual cesaron los efectos del mismo conforme al artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago se entenderá habilitado el Contrato de Seguro desde las cero horas de la fecha de pago.

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cláusula, deberá hacerla constar la Compañía para fines administrativos, en el recibo que se emita con motivo del pago correspondiente y en cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago.

La Compañía no responderá por siniestros ocurridos durante el tiempo en que estuvieron cesados los efectos de la Póliza.

Participación del Asegurado en una reclamación

En toda reclamación a consecuencia de un evento, el Asegurado cubrirá el Coaseguro contratado, el cual se especifica en la Carátula de la Póliza y en las coberturas amparadas.

Sistemas de Pago de Reclamaciones

Todas las reclamaciones serán procesadas como Pagos Directos a los Odontólogos de la Red Médica Odontológica, salvo tratándose de los casos de excepción puntualizados en el apartado “7. RED MÉDICA ODONTOLÓGICA” de estas condiciones generales.

Para solicitar la atención de un siniestro, el Asegurado deberá:

- Contactar al Call Center de la Compañía donde se le proporcionarán las referencias odontológicas para seleccionar al Odontólogo de su preferencia, siempre que éste se encuentre dentro de la Red Médica Odontológica de proveedores; o
- Ingresar a la Página Web de la Compañía para seleccionar al Odontólogo de su preferencia dentro de la Red Médica Odontológica de proveedores.

Los menores de 14 (catorce) años de edad, deberán acudir con el Odontopediatra.

Una vez que el Asegurado haya elegido un Odontólogo, deberá hacer una cita directamente con éste, proporcionando el nombre del Asegurado, del Contratante, número de Póliza de Seguro y un número telefónico donde pueda ser localizado. Previamente a la atención del Asegurado, el Odontólogo de la Red verificará, con la Compañía que la Póliza de Seguro se encuentre vigente.

Con base en el diagnóstico que lleve a cabo el Odontólogo de la Red, en caso de que el Asegurado requiera la atención de un especialista, será remitido con uno de los que forman parte de la Red Médica Odontológica.

El Asegurado podrá cambiar de Odontólogo de la Red por otro Odontólogo de la Red Médica Odontológica dando aviso a la Compañía vía telefónica o correo electrónico a los números y mail que aparecen en la Carátula de la Póliza, explicando los motivos por los cuales tomó esa decisión. Lo anterior para efectos de que la Compañía pueda cumplir con el programa de control de eficiencia y calidad de la Red Médica Odontológica.

En caso de pago por reembolso para los casos de excepción, será aplicable el procedimiento establecido en el apartado “7. RED MÉDICA ODONTOLÓGICA” de estas Condiciones Generales.

Cuantía de la Indemnización
La cantidad que la Compañía pagará, se determinará de la siguiente manera:

Se sumarán todos los gastos de los Tratamientos cubiertos, de conformidad con los límites establecidos en la Póliza de Seguro y/o Endosos de la misma.

En el caso del pago de reclamaciones a través del sistema de reembolso, el pago que la Compañía realice al Asegurado, por haberse atendido con Odontólogos con los que no se tenga convenio de Pago Directo, no excederá del Gasto Usual Acostumbrado.

La Suma Asegurada máxima contratada por cada Asegurado, durante la vigencia del seguro, es la que se establece en la Carátula de la Póliza, misma que podrá estar expresada en Moneda Nacional o en Dólares de Estados Unidos de Norteamérica.

La Compañía no es responsable de los servicios que la Red Médica Odontológica le hubiere otorgado al 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 de Seguro, ya sean por parte del Contratante, del Asegurado y/o de la Compañía, se efectuarán en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente a la fecha de pago. Los pagos serán hechos en Moneda Nacional de acuerdo al tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación en la fecha de pago.

Otros Seguros
Si las coberturas otorgadas en la presente Póliza de Seguro están amparadas en todo o en parte por otros seguros, en esta u otra(s) Compañía(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 Compañía ya haya cubierto de manera parcial los gastos realizados, el Asegurado deberá presentar fotocopia de todos los comprobantes, así como del finiquito elaborado por la otra Compañía.

Indemnización por mora
En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que soporte plenamente el fundamento y procedencia de la reclamación que le haya sido presentada por el Beneficiario legitimado al efecto, no cumpla con la obligación de pagar la cantidad procedente en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, estará obligada a pagar al acreedor la indemnización por mora que corresponda en términos del artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel en que venza el plazo de treinta (30) días señalado en el Artículo 71 antes citado.

Prescripción
Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro en dos años.

El plazo será contado desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. Dicho plazo no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Compañía 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, en términos de lo dispuesto por los artículos 81 y 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos establecido en el artículo 84 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro o por la iniciación del procedimiento conciliatorio señalado en el artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y se suspende por la presentación de la reclamación ante la Unidad de Consultas y Reclamaciones de la Compañía.

Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía o ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en los términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de 2 (dos) años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen a la controversia de que se trate, o en su caso, a partir de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del reclamante en términos del artículo 65 de la primera Ley citada.

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

Datos de contacto:

Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de Chubb Seguros México, S.A. (UNE):
Av. Paseo de la Reforma No. 250, Torre Niza, Piso 15, Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc,
C.P. 06600, Ciudad de México. Teléfono: 01 800 006 3342
Correo electrónico: uneseguros@chubb.com Horarios de Atención: Lunes a Jueves 8:30 a 17:00 horas
Viernes de 8:30 a 14:00 horas

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)
Av. Insurgentes Sur #762, Col. Del Valle, C.P. 03100, Ciudad de México.
Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx Teléfonos:
En la Ciudad de México: (55) 5340 0999
En el territorio nacional: 01 800 999 8080
www.condusef.gob.mx

Vigencia

Este Contrato estará vigente durante el periodo de seguro pactado, que aparece en la Carátula de la Póliza.

Renovación

Este Contrato de Seguro tendrá una vigencia de un (1) año y será renovable automáticamente por periodos de la misma duración, si no existiera comunicado de cualquiera de las partes dentro de los últimos treinta (30) días de vigencia de la Póliza.

En caso de que el plan contratado originalmente ya no se encuentre vigente en la fecha de la renovación, la Compañía notificará al Contratante con treinta (30) días de anticipación, las características del nuevo plan y las diferencias con el anterior, pudiendo existir algunos cambios en la renovación como incrementos en las primas, sumas aseguradas y otras características. El Contratante podrá rechazar la renovación del seguro bajo los nuevos términos y condiciones, en cuyo caso lo deberá hacer saber a la Compañía dentro del referido plazo de treinta (30) días previos a la renovación respectiva.

En caso de que la Compañía no reciba por parte del Contratante solicitud de no renovación, la Póliza será renovada según los nuevos términos y condiciones.

La Compañía se obliga a:

- Dar aviso por escrito al Contratante dentro de los treinta (30) días naturales anteriores a la renovación, del costo y condiciones que contemplará dicha renovación.

- Renovar otorgando una nueva Póliza por el periodo contratado de acuerdo con los planes que se encuentren vigentes, en el entendido de que las condiciones de aseguramiento deberán ser congruentes con las originalmente contratadas.

La renovación del seguro siempre otorgará por lo menos el derecho de antigüedad para los efectos siguientes:
a) La renovación se realizará sin requisitos de asegurabilidad;
b) Los periodos de espera no podrán ser modificados en perjuicio del Asegurado; y
c) Las edades límite no podrán ser modificadas en perjuicio del Asegurado.

Información sobre Comisiones a Intermediarios

Durante la vigencia de la Póliza de Seguro, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía 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 de Seguro. La Compañía proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

Cancelación

Esta Póliza de seguro se cancelará automáticamente, cesando sus efectos, al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

a) En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad máxima de renovación indicada en la carátula de la Póliza.
b) Por el fallecimiento del Asegurado.
c) Si el Asegurado cambia su lugar de residencia fuera de los Estados Unidos Mexicanos.
d) Por falta de pago de las primas, habiendo transcurrido el periodo de gracia.
e) Cuando el Contratante solicite la cancelación de la Póliza a la Compañía, la cancelación causará efecto a partir de la fecha en que sea recibida la solicitud. El Contratante y/o el Asegurado podrá realizar la cancelación de su Póliza por cualquiera de las siguientes vías: (i) mediante aviso por escrito a las oficinas de la Compañía en términos de lo establecido en el apartado de Comunicaciones; o (ii) comunicándose al número telefónico 01 800 006 3342 en donde después de ser autenticado, se le proporcionará el número de folio de su cancelación.

En caso de que el Contratante solicite la cancelación anticipada de su Póliza, la Compañía devolverá la prima neta pagada no devengada, descontando previamente el costo de los derechos de Póliza estipulados en la carátula de la misma, así como las comisiones y/o gastos de adquisición, siempre y cuando no se tengan siniestros en curso de pago.

La Compañía, a solicitud del Contratante, realizará la devolución de la prima neta no devengada, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la solicitud de cancelación, a través de cheque o transferencia bancaria, según lo solicite el Contratante.

Entrega de Documentación Contractual para el caso de Celebración del Contrato por Internet o por Conducto de Prestador de Servicios a los que se refieren los artículos 102 y 103 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

En cumplimiento a lo ordenado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas mediante la Disposición 4.11.2 de la Circular Única de Seguros y Fianzas, la Compañía está obligada, en los contratos de adhesión que celebren bajo la comercialización a través de medios electrónicos, o de un prestador de servicios a los que se refieren los artículos 102, primer párrafo, y 103, fracciones I y II, de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, cuyo cobro de prima se realice con cargo a una cuenta bancaria o tarjeta de crédito, a hacer del conocimiento del Contratante o Asegurado la forma en que podrá obtener la documentación contractual correspondiente, así como el mecanismo para cancelar la

Póliza o, en su caso, la forma para solicitar que no se renueve automáticamente la misma, con base en los siguientes supuestos:

a) La Compañía se obliga a entregar al Asegurado o Contratante de la Póliza, los documentos en los que consten los derechos y obligaciones que derivan del Contrato de Seguro a través de alguno de los siguientes medios:

   - Vía correo electrónico, previo consentimiento para ello por parte del Contratante y/o Asegurado.
   - De manera personal al momento de contratar el seguro.

   En caso de que el Contratante y/o Asegurado no cuenten con correo electrónico o que por cualquier motivo no se pueda hacer la entrega de la documentación contractual por esta vía, el medio alterno para su entrega será el envío a domicilio, por los medios que la Compañía utilice para tales efectos.

   La forma en que se hará constar la entrega de la Póliza al Contratante y/o Asegurado será a través del siguiente procedimiento:

   - Cuando la entrega de la Póliza se realice vía correo electrónico, en el mismo correo electrónico se incluirá un mecanismo de confirmación de entrega y lectura por el que la Compañía podrá cerciorarse de que el Contratante y/o Asegurado recibió la Póliza.

   - Cuando la entrega de la Póliza se realice de manera personal al momento de contratar el seguro, el Contratante y/o Asegurado firmará un documento de acuse de recibo.

   - Cuando la entrega de la Póliza se realice a través de envío a domicilio, la encargada de distribuir y hacer entrega de las Pólizas a cada Contratante y/o Asegurado será la empresa que la Compañía tiene contratada especialmente para dicho fin, quien de manera mensual le hará llegar a la Compañía un listado con la información referente a las Pólizas que efectivamente fueron entregadas durante el mes inmediato anterior.

   La documentación contractual que integra este producto, está registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y podrá ser consultada, adicionalmente, a través de la siguiente página de Internet: chubb.com/mx

b) Si el Asegurado o Contratante no recibe, dentro de los treinta (30) días siguientes de haber contratado el seguro, los documentos a que hace referencia el párrafo anterior, deberá comunicarse al número telefónico 01 800 006 3342 en la Ciudad de México o resto de la República, con la finalidad de que, mediante el uso de los medios que la Compañía tenga disponibles, obtenga dicha documentación. En caso de que el último día para la entrega de la documentación sea inhábil, se entenderá que el plazo a que se refiere el párrafo anterior vencerá el día hábil inmediato siguiente.

c) Para cancelar la presente Póliza o solicitar que la misma no se renueve, el Asegurado y/o Contratante deberá seguir los siguientes pasos:

   i. Llamar al número telefónico 01 800 006 3342 en la Ciudad de México o resto de la República;
   ii. Proporcionar los datos que le sean solicitados por el operador, a efectos de que el operador pueda verificar la Póliza y existencia del cliente;
   iii. Enviar la solicitud de cancelación firmada acompañada de la copia de una identificación oficial con firma al número de fax y/o correo electrónico que le será proporcionado durante su llamada;
   iv. Una vez que haya enviado la información del paso anterior, el Asegurado y/o Contratante podrá llamar al número Telefónico 01 800 006 3342 en la Ciudad de México o resto de la República para confirmar la recepción de los documentos y solicitar el número de folio de la cancelación.

Contratación del Uso de Medios Electrónicos

El Contratante y/o Asegurado tiene(n) la opción de hacer uso de medios electrónicos (entendiéndose estos como aquellos equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones); para la celebración de servicios u operaciones relacionados con este Contrato de Seguro y que estén disponibles por la Compañía.

La utilización de los medios electrónicos antes referidos, sin que se haya opuesto el Contratante y/o Asegurado antes de su primer uso, implicará de manera automática la aceptación de todos los efectos jurídicos derivados de éstos, así

como de los términos y condiciones de su uso.

Los términos y condiciones del uso de medios electrónicos están disponibles para su consulta (previo a su primer uso) en la página de internet de la Compañía: chubb.com/mx

Reglas sobre Notificación y Comunicación de Siniestros

A efecto de solicitar atención médica dental en términos de lo establecido en el presente Contrato de Seguro, el Asegurado deberá agendar una cita y acudir directamente a la Red Médica Odontológica, quien determinará si la atención es procedente en términos del Plan Contratado, así como los Tratamientos aplicables y el plan de Tratamientos a seguir.

Toda solicitud de atención médica dental se tendrá como realizada para la Compañía y surtirá sus efectos legales en la fecha en que sea recibida y procesada por la Red Médica Odontológica.

La Compañía quedará desligada de todas las obligaciones del Contrato, si el Asegurado o el Beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro.

Títulos y Definiciones

Los títulos y definiciones que se contienen en los encabezados de cada cláusula o apartado, se incluyen para una mejor referencia, por lo tanto no modifican ni infieren en el significado ni en la interpretación de cada una de las cláusulas y apartados de este Contrato.

Agravación del Riesgo

Las obligaciones de la compañía cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en el Artículo 52 y 53 fracción I de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

"El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo." **(Artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).**

"Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga;

II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro." **(Artículo 53 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).**

Con relación a lo anterior, la empresa aseguradora no podrá librarse de sus obligaciones, cuando el incumplimiento del aviso de la agravación del riesgo no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones. **(Artículo 55 de la Ley sobre el Contrato de Seguro)**.

"En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas" **(Artículo 60 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).**

Las obligaciones de Chubb Seguros México, S.A. quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro. **(Artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).**

Con independencia de todo lo anterior, en caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y el ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los

artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta o Disposición Septuagésima Séptima del ACUERDO por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.
En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que Chubb Seguros México, S.A., tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.
Chubb Seguros México, S.A. consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

LEGISLACIÓN SEÑALADA en el Contrato de Seguro

Los artículos citados en las presentes condiciones generales, pueden ser consultados en los siguientes sitios en internet:

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas
http://www.cnsf.gob.mx/Normativa/Paginas/LeyesReglamentos.aspx

Ley Sobre el Contrato de Seguro
http://www.cnsf.gob.mx/Normativa/Paginas/LeyesReglamentos.aspx

Ley de Proteccion y Defensa al Usuario de Servicios Financeros
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/64.pdf

Usted puede tener acceso a esta Póliza a través del RECAS (Registro de Contratos de Adhesión de Seguros) de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros (CONDUSEF), al que podrá ingresar a través de la siguiente dirección electrónica: www.condusef.gob.mx.

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 21 de julio de 2021, con el número CNSF-H0715-0047-2021. / CONDUSEF 004973-02.