DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

SEGURO DE VISION
ODONTOPREV COLECTIVO

Ramo: Gastos Médicos Colectivo

SEGURO DE VISION ODONTOPREV COLECTIVO

CONDICIONES GENERALES

CAPITULO I

OBJETO

ODONTORED se obliga, mediante el pago de la Prima, a cubrir al Asegurado, de manera directa o como reembolso, los gastos por Servicios de Oftalmologia , que se encuentren descritos en el Capítulo III del presente documento, de acuerdo a los términos, condiciones, límites, copagos y deducibles estipulados en estas Condiciones Generales, en la Carátula o Endosos correspondientes.

CAPITULO II

DEFINICIONES

DEFINICIÓN DEL PRODUCTO.

Se trata de un plan de visión colectivo. Odontored cubrirá el costo de la dotación de anteojos o lentes de contacto (no cosméticos), bajo prescripción después del examen de la vista que lleve a cabo con alguno de los proveedores del servicio que estén en convenio. Lo anterior de acuerdo con el copago, deducible y suma asegurada que cada una de las colectividades haya acordado con Odontored

ANTEOJOS.

Son los anteojos completos que incluyen armazón y lentes, o los lentes de contacto que el Asegurado podrá elegir siempre que así lo requiera, atendiendo a los límites establecidos en el plan contratado con Odontored.

COPAGO.

Cantidad o porcentaje de contribución estipulado en la carátula de la póliza que el Asegurado aportará al monto total de gastos cubiertos que resulte de cada reclamación y de acuerdo con las reglas estipuladas en las Condiciones Generales, una vez descontado el deducible especificado.

DEDUCIBLE.

Cantidad con la cual participa el Asegurado en los gastos ocasionados por cada reclamación que proceda conforme a las condiciones convenidas en el contrato. Se establece en la carátula de la póliza.

EXAMEN COMPLETO DE LA VISTA.

Análisis referente a las funciones de visión, incluyendo la prescripción de Anteojos en caso de que sea necesario.

GASTOS CUBIERTOS.

Gastos y costos que, de manera directa, Odontored cubrirá en favor del Asegurado por los Servicios Ópticos, de acuerdo con lo mencionado en el punto Cobertura Básica.

SUMA ASEGURADA

Cantidad máxima de responsabilidad de Odontored, por Asegurado a consecuencia de cada reclamación.

COLECTIVIDAD

Es el conjunto de personas que pertenecen a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro. En número deberán ser mayor o igual a diez individuos.

ASEGURADO.

Es aquella persona física que se encuentra cubierta por la presente póliza, designándose indistintamente bajo este término tanto al Asegurado Titular como a los Dependientes Económicos que cumplan con la definición contenida más adelante.

ASEGURADO TITULAR

Persona física integrante de la Colectividad Asegurada, a quien correspondería la obligación de pagar los gastos ocasionados por la atención médica de sus Dependientes Económicos y de su propia persona.

CARÁTULA.

Documento que contiene la información sobre los términos principales bajo los cuales debe operar esta póliza, en donde se estipulan los datos del Contratante y sumas aseguradas correspondientes, así como vigencia, deducibles y copago entre otros.

CERTIFICADO INDIVIDUAL.

Documento que expide Odontored y entrega por conducto del Contratante a cada Asegurado integrante de la Colectividad Asegurada, como constancia de aseguramiento, en el que aparecen los datos relativos al Asegurado, el número de póliza y certificado y la vigencia de ambos, la suma asegurada, entre otros.

CONTRATANTE.

Es la persona física o moral representante de los Asegurados para efectos de este seguro y el responsable ante Odontored del pago de las primas del seguro.

CREDENCIAL ODONTORED

Identificación de cada Asegurado, expedida por Odontored en la fecha de alta al seguro, que permite solicitar los servicios de la Red de Ópticas en los términos y condiciones previstos en este plan.

DEPENDIENTES ECONÓMICOS.

Siempre que hayan sido aceptados por Odontored haciéndolo constar por escrito en el certificado individual, serán considerados Dependientes del Asegurado:

- El Cónyuge, que para efectos de esta póliza se entenderá como la persona con quien el Asegurado principal hubiere contraído matrimonio civil o viviere en concubinato.
- Los hijos del Asegurado principal menores de 25 años que dependan económicamente del mismo.
- Los padres del Asegurado principal, siempre y cuando dependan económicamente del mismo.

ENDOSO

Documento que modifica las Condiciones Generales de la póliza y forma parte de ésta.

ODONTORED

Odontored, Seguros Dentales S.A. de C.V, quien es el responsable del otorgamiento de la cobertura del seguro.

PAGO DIRECTO.

Sistema de pago mediante el cual Odontored liquida directamente al prestador de servicios los gastos generados por el Asegurado, como consecuencia de un evento.

RED DE ÓPTICAS O RED.

Se integra por las ópticas que prestan servicios bajo convenio con Odontored y coordinados por ella.

REEMBOLSO

Proceso mediante el cual la Compañía restituye los gastos procedentes realizados por el Asegurado a consecuencia de alguna reclamación cubierta.

RAMO

Éste plan pertenece al Ramo de Gastos Médicos de la Operación de Accidentes y Enfermedades.

CAPÍTULO III COBERTURA

1. Gastos Cubiertos

La cobertura básica contempla:

- Examen completo de la vista usando la red de ópticas de Odontored
- Costo de armazón y lentes graduados (no cosméticos)
- Lentes de contacto graduados blandos o duros siempre y cuando sean medicamente recomendados (no cosméticos)
- Estuche duro
- Solución para lentes de contacto al momento de recibir los mismos.

La cobertura de anteojos o lentes de contacto únicamente aplicará en el caso de que se haya emitido un diagnóstico de al menos 0.25 dioptrías a través del examen de la vista correspondiente o bien haya un aumento de 0.25 dioptrías en caso de ya haber requerido Anteojos previamente.

La cobertura básica aplicará una vez por año por persona. En caso de rotura podrá haber una reposición por año, presentado comprobante de compra de los anteojos en las ópticas con convenio. Se aplican restricciones de acuerdo a cada óptica de la red

1.1 EXAMEN DE LA VISTA

Está cubierto el examen de la vista, inclusive para medir la Hiper foto sensibilidad, usando la red de ópticas de Odontored.

1.2 COSTO DE ARMAZÓN Y LENTES GRADUADOS,

- Se ampara el costo de armazones y lentes graduados (no cosméticos), con las siguientes características:

  Lentes blancas graduadas (micas) en materiales policarbonato y/o CR39, High Index Ultradex, los diseños incluidos son monofocal, bifocal Flap top y progresivos.

  Tratamiento anti reflejante

  Catálogo de armazones vigente en las ópticas con convenio

- **Costo de armazón y lentes graduados, ampliación de cobertura con costo**

  Se ampara el costo de armazones y lentes graduados para hiper foto sensibilidad (Photogray y transition)

1.3 COSTO LENTES DE CONTACTO

De acuerdo al catálogo de lentes de contacto graduados en las ópticas con convenio, con kit de inicio (estuche y solución).

1.4 ESTUCHE Y SOLUCIÓN.

Está cubierto kit de estuche para anteojos y/o lentes de contacto y la solución líquida para lentes de contacto necesarios para un año, al momento de ser entregados los lentes.

2 COPAGO Y DEDUCIBLE

2.1 COPAGO

El copago señalado en la carátula de la póliza se descontará de los Gastos Procedentes de la reclamación, directamente por el prestador de servicios, al momento de recibir la atención.

En caso de que el siniestro se pague vía reembolso, el copago se descontará de los Gastos procedentes que haya presentado el asegurado.

2.2 DEDUCIBLE.

El deducible aplicará en todos los casos que así se indique en la carátula de la póliza. Una vez rebasada esta cantidad, comienza la obligación de la Compañía.

2. Exclusiones y limitaciones

Exclusiones

El Plan no cubre los gastos que se originen por:

1. **Atención fuera de la República Mexicana.**
2. **Todos los gastos realizados por el Asegurado por cualquier tipo de cirugía practicada para efectuar alguna corrección visual.**
3. **Excluyen cualquier plástico diferente al CR-39 o High Index Ultradex cuando son monofocales**
4. **Consulta médica o procedimiento médico preventivo. tratamiento médico o quirúrgico, visión baja, examen o análisis para detectar alteraciones en el campo de visión.**
5. **Lentes de contacto cosméticos o especiales.**
6. **Soluciones, líquidos y estuches especiales,**

7. **Medicamentos.**
8. **Cualquier servicio de una óptica que no se encuentre dentro de la Red.**

Limitaciones

1. Odontored únicamente pagará una dotación de Anteojos durante la vigencia de la Póliza de Seguro con un monto máximo de la Suma Asegurada contratada. En caso de que el costo de los Anteojos supere la Suma Asegurada contratada, el Asegurado deberá pagar la diferencia

2. En caso de que así lo requiera, el Asegurado únicamente podrá elegir una de las siguientes opciones: (i) anteojos completos (lentes más armazón), o (ii) lentes de contacto.

CAPÍTULO IV. CLÁUSULAS GENERALES

1. Contrato

Esta póliza, la solicitud, el registro de asegurados, el certificado individual, las cláusulas y los endosos que se agreguen, constituyen pruebas del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y Odontored, bajo el cual quedará amparado todo Asegurado.

2.- Rectificación de la Póliza

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 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 (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Este derecho se hace extensivo al Contratante.

3 Modificaciones al Contrato

Las Condiciones Generales de la presente póliza, así como los endosos respectivos, sólo podrán modificarse por escrito, previo acuerdo entre el Contratante y Odontored, mediante los endosos correspondientes. En consecuencia, ni los agentes ni ninguna otra persona no autorizada específicamente por Odontored, tienen facultad para hacer modificaciones ni concesiones al presente contrato.

4.- Edad

No existen límites de edad para ser asegurado bajo la presente póliza ni para la renovación de la misma, por lo que Odontored garantiza la aceptación de personas de cualquier edad.

5.- Residencia

Para efectos de este contrato solamente estarán protegidas por el presente seguro las personas que vivan permanentemente en la República Mexicana. El Contratante tiene la obligación de notificar a Odontored el lugar de residencia de cada uno de los Asegurados.

6.- Moneda

Los pagos correspondientes a la Prima, al Reembolso o a cualquier otra prestación relacionada con la Póliza de Seguro, ya sea por parte del Contratante, del Asegurado o de Odontored, se liquidarán en todos los casos en Moneda Nacional.

7.- Primas

La prima vence al inicio de cada período pactado y será el monto de la suma de las primas correspondientes a cada Asegurado perteneciente a la Colectividad Asegurada, en la fecha de inicio de cada vigencia, aplicando las tarifas en vigor en esa fecha establecidas en la nota técnica que Odontored tenga registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, y en su caso, el recargo por pago fraccionado pactado entre el Contratante y Odontored, en la fecha de celebración del contrato.

El pago de primas será responsabilidad del Contratante, sin embargo, los integrantes de la Colectividad podrán contribuir al pago de la misma en la proporción que se establezca en su caso en la carátula de la póliza.

8.- Período de Gracia

El Contratante gozará de un término de 30 (treinta) días naturales contados a partir de la fecha de expiración del plazo de vigencia de la Póliza de Seguro, para pagar la Prima correspondiente. En caso de que el pago de la prima se pacte de manera fraccionada, aplicará el mismo periodo de gracia convenido.

Los efectos del Contrato de Seguro cesarán automáticamente a las 12 (doce) horas del último día del término mencionado en el párrafo anterior, si el Contratante no hubiere cubierto el total de la Prima, a entera satisfacción de Odontored

9.- Rehabilitación

La póliza podrá ser rehabilitada bajo los términos contratados inicialmente, dentro de los 30 días naturales siguientes al último día del período de gracia señalado, pagando la prima

anual de este seguro o la parte correspondiente si se ha pactado su pago fraccionado, en el entendido que dicho pago deberá cubrir en su totalidad la(s) prima(s) vencida(s).

10. Altas de Asegurados

El Contratante entregará a Odontored la relación de los miembros que integren la Colectividad Asegurada y se obliga a dar aviso por escrito mensualmente de aquellos que se integren con posterioridad al inicio de la vigencia de la póliza, Odontored cobrará una prima calculada en días exactos desde la fecha de alta del Asegurado hasta la fecha de fin de vigencia de la póliza.

Las personas que ingresen a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

11. Bajas de Asegurados

Causarán baja de la póliza aquellos Asegurados que hayan dejado de pertenecer a la Colectividad Asegurada, para lo cual el Contratante se obliga a participarlo de inmediato y por escrito a Odontored.

Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, Odontored restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Causaran baja a partir de la siguiente renovación, los hijos de asegurado titular que:

- Cumplan 25 años de edad.
- Deje de ser dependiente económico.

12. Renovación

Odontored podrá renovar el presente contrato mediante endoso a la póliza, en las mismas condiciones en que fue contratado. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.

13. Periodo de Carencia

Se considera como período de carencia, el tiempo durante el cual el beneficiario carece de cobertura durante su primer año de vigencia.

Este periodo puede variar en un rango de 0 a 60 días dependiendo de la negociación con el cliente, con el propósito de evitar fenómenos de selección adversa. Los valores utilizados

con mayor frecuencia son 0 y 30 días, sin embargo, pueden presentarse períodos de espera de 60 días.

14. Interés Moratorio

En caso de que Odontored, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la cantidad procedente, dentro del plazo de 30 días establecido en el artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, pagará al asegurado o a sus beneficiarios un interés moratorio de conformidad por lo dispuesto en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y fianzas.

15. 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.

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.

16. Competencia.

Para la resolución de cualquier controversia derivada del presente contrato, el quejoso podrá hacer valer sus derechos en los términos previstos por la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. De no someterse al arbitraje previsto por la Ley antes mencionada, las partes podrán ocurrir ante los Tribunales Jurisdiccionales que correspondan en razón del domicilio de cualquiera de las Delegaciones Regionales de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF).

17. Comisiones a intermediarios.

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

18. Notificaciones.

Cualquier notificación relacionada con el presente contrato, deberá hacerse a Odontored por escrito, en su domicilio social. Las que Odontored deba hacer al Contratante o Asegurado, las dirigirá al último domicilio de que tenga conocimiento.

19. Vigencia.

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

20. Dividendos

Odontored otorgorá al Contratante dividendos por siniestralidad favorable, de acuerdo a lo estipulado la carátula de la póliza, conforme a lo establecido en la nota técnica registrada para este seguro. Dichos dividendos que se otorgarán al asegurado o al contratante será con base en la siniestralidad de la cartera de Odontored en los últimos 3 años.

La determinación de los Dividendos a pagar se realizará al finalizar el ejercicio fiscal correspondiente y serán pagados al finalizar la vigencia de cada póliza, para las pólizas con fin de vigencia en el año inmediato posterior. No podrán pagarse dividendos anticipados ni garantizados. Se entendrá por dividendos anticipados la realización de pagos con base en la utilidad calculada antes de que finalice el ejercicio fiscal correspondiente. En el caso de pólizas cuya vigencia sea menor a un año, no se podrán otorgar dividendos.

Odontored no realizará pagos por concepto de dividendos que deriven de una experiencia favorable de siniestros, gastos o utilidades, a una persona distinta al asegurado, beneficiario o contratante de la póliza.

Los dividendos que en su caso se otorguen, se calcularán considerando la siniestralidad de al menos los tres últimos años anteriores para el total de la cartera de Odontored, calculada al finalizar el ejercicio fiscal correspondiente. No podrán pagarse dividendos anticipados ni garantizados.

En el caso de pólizas cuya vigencia sea menor de un año, no se podrán otorgar dividendos.

21. Terminación del contrato

La vigencia de la cobertura contratada concluirá en la fecha de terminación indicada en esta póliza o antes si se presenta cualquiera de los siguientes supuestos:

- La cancelación de la presente póliza a solicitud del Contratante mediante aviso por escrito con 15 días de anticipación a la fecha en que cesará el contrato, devolviendo al Contratante la prima no devengada, en un plazo no mayor a 30 días hábiles y siendo calculada a prorrata, sin eximir a Odontored por las reclamaciones procedentes mientras la póliza estuvo en vigor. Conforme a lo anterior, dicha prima será devuelta mediante trasferencia bancaria o la expedición de cheque nominativo a nombre del contratante.

- La terminación del período de gracia para el pago de prima vencida salvo que sea rehabilitado en términos de la presente póliza.

CAPÍTULO V PAGO DE RECLAMACIONES

Odontored pagará los Gastos Cubiertos en los términos y condiciones establecidos en la presente póliza.

1. Participación del Asegurado en una Reclamación

En toda reclamación a consecuencia de un evento, el Asegurado cubrirá el deducible y copagos contratados, los cuales se especifican en la carátula y certificado individual, conforme a los términos y condiciones establecidos en la presente póliza.

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

1. Se sumarán todos los gastos de los conceptos cubiertos, ajustándolos a la Suma Asegurada establecida en la Póliza.
2. A la cantidad resultante se le descontará el deducible de acuerdo a lo establecido en la Póliza..
3. A la cantidad resultante se le descontará el copago de acuerdo al monto establecido en la Póliza.

2 Sistemas de Pago de Reclamaciones

Los Sistemas de Pago de Reclamaciones previstos para la presente póliza son:

Pago Directo: Procede siempre que el Asegurado requiera atención en las Ópticas de la Red, las cuales presentarán directamente a La Institución las facturas correspondientes, por lo que el Asegurado liquidará únicamente los gastos no cubiertos por la póliza, así como el deducible y el copago correspondientes, mismo que deberá pagar al momento de hacer uso de la póliza y se identifique con su tarjeta para obtener los servicios de la Red de Ópticas.

Al momento de emitir la póliza de seguro, Odontored proporcionará a cada uno de los asegurados principales el DIRECTORIO DE OPTICAS en convenio con Odontored. Dicho DIRECTORIO DE OPTICAS contiene los nombres, direcciones y teléfonos de cada una de ellas.

Para tener acceso a los servicios cubiertos por este seguro, el Asegurado deberá acudir a la ÓPTICA de la Red que haya elegido presentando su credencial de asegurado autorizada por “LA INSTITUCIÓN”, y otra identificación con fotografía.

Reembolso: Si no se llegara a utilizar el Sistema de Pago Directo, por no contar con los Servicios de la Red, los gastos efectuados por el Asegurado se cubrirán, en su caso, mediante reembolso por parte de Odontored.

Documentos necesarios para el análisis y dictamen de procedencia del siniestro:

1. Credencial para votar (INE) del asegurado.
2. Orden de trabajo de la óptica
3. Resultados del examen de la vista

3. Otros Seguros

Si las coberturas otorgadas en la presente póliza están amparadas en todo o en parte por otros seguros, en ésta u otra (s) 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 aseguradora 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 aseguradora.

“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 09 de Enero de 2019, con el número CNSF-H0715-0003-2019".

FOLLETO DE LOS DERECHOS DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS

¡BIENVENIDO!

I. DERECHOS BÁSICOS DE LOS CONTRATANTES, ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS

1. Los derechos antes y durante la contratación del seguro, a:

   a) Solicitar a los Agentes, o a los empleados y apoderados de las personas morales a que se refiere el artículo 102 de la LISF, la identificación que los acredite como tales.

   b) Solicitar se le informe el importe de la Comisión o Compensación Directa que le corresponda a los Agentes o a las personas morales a que se refieren la fracción II del artículo 103 de la LISF.

   c) Recibir toda información que le permita conocer las condiciones generales del contrato de seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura contratada, la forma de conservarla, así como de las formas de terminación del contrato.

   d) Evitar, en los seguros de accidentes y enfermedades si el solicitante se somete a examen médico, que se aplique la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le ha aplicado.

2. Los derechos cuando ocurra el siniestro, a:

   a) Recibir el pago de las prestaciones procedentes en función a la suma asegurada aunque la prima del contrato de seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el período de gracia para el pago de la prima de seguro.

   b) Cobrar una indemnización por mora a la Institución de Seguros, en caso de falta de pago oportuno de las sumas aseguradas.

   c) Solicitar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, la emisión de un dictamen técnico, si las partes no se sometieron a su arbitraje.

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 09 de enero de 2019, con el número CNSF-H0715-0003-2019”.

Póliza

Fecha de Emisión

ODONTORED SEGUROS DENTALES, SA DE CV

POLIZA DE SEGUROS

Contratante

Contratante: **RFC:**

Dirección: **Colonia:**

Municipio: **Estado:**

C.P.: **Teléfono:**

Datos de la Póliza

Prima Neta	Derechos de Póliza	Recargo Fracc.	Descuento	Prima Total	I.V.A.	Total a Pagar

Vigencia Desde	Vigencia Hasta	Moneda	Suma Asegurada	Sub Ramo	Plan Contratado

Agente	Deducible		Copago		Forma de Pago

Designación de los Asegurados

Coberturas

La cobertura básica incluye:
Examen de la vista usando la red de ópticas de Odontored días de carencia ___ días
Costo de armazón y lentes graduados (no cosméticos) días de carencia ___ días
Lentes de contacto graduados blandos o duros siempre y cuando sean medicamente recomendados (no cosméticos) días de carencia ___ días
Estuche duro días de carencia ___ días
Solución para lentes de contacto al momento de recibir los mismos. días de carencia ___ días

Este plan incluye dividendos (Sí / No): ____

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.

"Odontored Seguros Dentales, SA de CV, en lo sucesivo Odontored, otorgará el servicio de salud a las personas relacionadas en la Póliza de conformidad con las condiciones generales, particulares, especiales y endoso que correspondan. En testimonio de esta póliza Odontored firma en México, D.F. Tels (55) 5480 0911, 01 800 8 DENTAL, www.odontored.com.mx
Av. Paseo de la Reforma 373 Piso 11, Col. Cuauhtémoc, Del. Cuauhtémoc,CP06500, RFC ODO 090813SJ5"

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 09 de Enero de 2019, con el número CNSF-H0715-0003-2019.

Póliza

Fecha de Emisión

ODONTORED SEGUROS DENTALES, SA DE CV

CERTIFICADO DE ASEGURAMIENTO

Contratante

Contratante: **RFC:**

Dirección: **Colonia:**

Municipio: **Estado:**

C.P.: **Teléfono:**

Datos de la Póliza

Vigencia desde: Agente:

Vigencia hasta: Deducible:

Moneda:

Suma Asegurada: Copago:

Tipo de Plan:

Plan Contratado: Forma de Pago:

Designación de los Asegurados

NOMBRE CERTIFICADO

Coberturas

	Deducible	%Copago	Carencia(días)	Suma Asegurada
La cobertura básica incluye:				
Examen de la vista usando la red de ópticas de Odontored días de carencia ___ días				
Costo de armazón y lentes graduados (no cosméticos) días de carencia ___ días				
Lentes de contacto graduados blandos o duros siempre y cuando sean medicamente recomendados (no cosméticos días de carencia ___ días)				
Estuche duro días de carencia ___ días				
Solución para lentes de contacto al momento de recibir los mismos días de carencia ___ días				

Principales clausulas:

La cobertura básica incluye: • Examen de la vista usando la red de ópticas de Odontored • Costo de armazón y lentes graduados (no cosméticos) • Lentes de contacto graduados (no cosméticos) • Estuche duro • Solución para lentes de contacto al momento de recibir los mismos.

Exclusiones, El Plan no cubre los gastos que se originen por: 1. Atención fuera de la República Mexicana, 2. Todos los gastos realizados por el Asegurado por cualquier tipo de cirugía practicada para efectuar alguna corrección visual, 3. Excluyen cualquier plástico diferente al CR-39 cuando son monofocales, 4. Consulta médica o procedimiento médico preventivo. tratamiento médico o quirúrgico, visión baja, examen o análisis para detectar alteraciones en el campo de visión, 5. Lentes de contacto cosméticos, duros o especiales, 6. Soluciones, líquidos y estuches especiales, 7. Medicamentos, 8. Cualquier servicio de una óptica que no se encuentre dentro de la Red.

Limitaciones: 1. Odontored únicamente pagará una dotación de Anteojos durante la vigencia de la Póliza de Seguro con un monto máximo de la Suma Asegurada contratada. En caso de que el costo de los Anteojos supere la Suma Asegurada contratada, el Asegurado deberá pagar la diferencia, 2. En caso de que así lo requiera, el Asegurado únicamente podrá elegir una de las siguientes opciones: (i) anteojos completos (lentes más armazón), o (ii) lentes de contacto.

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.

"Odontored Seguros Dentales, SA de CV, en lo sucesivo Odontored, otorgará el servicio contratado a las personas relacionadas en la Póliza de conformidad con las condiciones generales, particulares, especiales y endosos que correspondan. En testimonio de esta póliza Odontored firma en México, D.F. Tels (55) 5480 0911, 01 800 8 DENTAL, www.odontored.com.mx

Av. Paseo de la Reforma 373 Piso 11, Col. Cuauhtémoc, Del. Cuauhtémoc,CP06500, RFC ODO 090813SJ5"

"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 09 de Enero de 2019, con el número CNSF-H0715-0003-2019."

ODONTORED SEGUROS DENTALES, SA DE CV

CERTIFICADO DE ASEGURAMIENTO

Póliza
Fecha de Emisión

Artículo 17 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades: “Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate. Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza. Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.”

Artículo 18 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades: “Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.”

"Odontored Seguros Dentales, SA de CV, en lo sucesivo Odontored, otorgará el servicio contratado a las personas relacionadas en la Póliza de conformidad con las condiciones generales, particulares, especiales y endosos que correspondan. En testimonio de esta póliza Odontored firma en México, D.F. Tels (55) 5480 0911, 01800 8 DENTAL, www.odontored.com.mxAv. Paseo de la Reforma 373 Piso 11, Col. Cuauhtémoc, Del. Cuauhtémoc,CP06500, RFC ODO 090813SJ5"

“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 09 de Enero de 2019, con el número CNSF-H0715-0003-2019".

ODONTORED SEGUROS DENTALES, SA DE CV

ANEXO AL CERTIFICADO DE ASEGURAMIENTO

Póliza
Fecha de Emisión

Contratante

Contratante:
Dirección:
Municipio:
C.P.:

RFC:
Colonia:
Estado:
Teléfono:

Datos de la Póliza

Vigencia desde:
Vigencia hasta:
Moneda:
Suma Asegurada:
Tipo de Plan:
Plan Contratado:

Agente:
Deducible:
Copago:
Forma de Pago:

Anexo al Certificado

Principales clausulas:

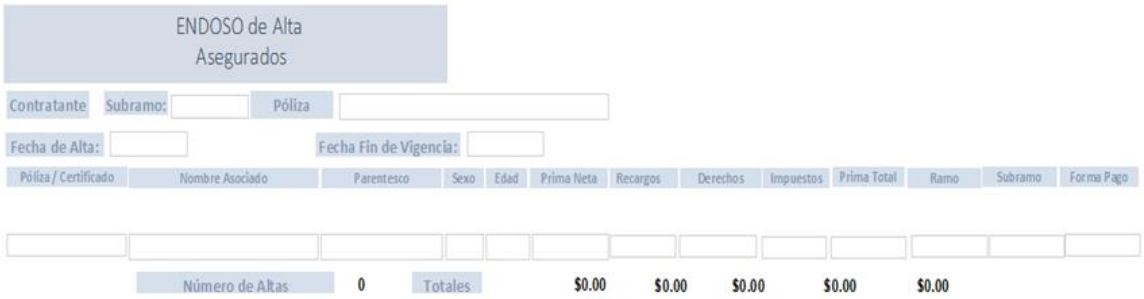
La cobertura básica incluye:
• Examen completo de la vista usando la red de ópticas de Odontored
• Costo de armazón y lentes graduados (no cosméticos)
• Lentes de contacto graduados blandos o duros siempre y cuando sean medicamente recomendados (no cosméticos)
• Estuche duro
•Solución para lentes de contacto al momento de recibir los mismos.

Exclusiones, El Plan no cubre los gastos que se originen por: 1. Atención fuera de la República Mexicana, 2. Todos los gastos realizados por el Asegurado por cualquier tipo de cirugía practicada para efectuar alguna corrección visual, 3. Excluyen cualquier plástico diferente al CR-39 o High Index Ultradex cuando son monofocales, 4. Consulta médica o procedimiento médico preventivo, tratamiento médico o quirúrgico, visión baja, examen o análisis para detectar alteraciones en el campo de visión, 5. Lentes de contacto cosméticos o especiales, 6.Soluciones, líquidos y estuches especiales, 7.Medicamentos, 8.Cualquier servicio de una óptica que no se encuente dentro de la Red.

Limitaciones: 1. Odontored únicamente pagará una dotación de Anteojos durante la vigencia de la Póliza de Seguro con un monto máximo de la Suma Asegurada contratada. En caso de que el costo de los anteojos supere la Suma Asegurada contratada, el Asegurado deberá pagar la diferencia,
2. En caso de que así lo requiera, el Asegurado únicamente podrá elegir una de las siguientes opciones: (i) anteojos completos (lentes más armazón), o (ii) lentes de contacto.

1. 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 09 de Enero de 2019, con el número CNSF-H0715-0003-2019".


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 09 de Enero de 2019, con el número CNSF-H0715-0003-2019”.

ODONTORED SEGUROS DENTALES, SA DE CV

Póliza

RECIBO DE PRIMA No.

Agente:

Contratante

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

Datos del Pago

Prima Neta	
Derechos de Póliza	
Recargo por Pago Fraccionado	
Prima Total	
I.V.A.	
Total a Pagar	

Favor de pagarse antes del día:

Forma de Pago

Total a Pagar con letra:

Datos de la Póliza

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

REFERENCIAS BANCARIAS

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



Artículo 17.- Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate.
Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.
Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

OdontoPrev

México, D.F. _____ de _____ de _____

*Empresa:

Solicitud de Aseguramiento

*Plan: *No. de Empleado o No. de ID del Asociado Titular:

*Nombre del Contratante:

*RFC del Contratante:

Datos de los Asegurados

Solicitante [1]	Nombre Completo Nombre, Apellido Paterno y Apellido Materno	Sexo		Fecha de Nacimiento		
		M	F	DD	MM	AA

[1] **T** - Titular, **C** - Cónyuge, **H** - Hijo (a), **P** - Padres, **O** - Otros.

**Domicilio Fiscal

*Calle:

*Número Exterior: *Número Interior: *C.P.

*Colonia:

*Delegación / Municipio:

*Estado:

*Correo Electrónico:

*Teléfono: *Teléfono Celular:

Los datos anteriormente estipulados aparecerán impresos en la Póliza y Recibo de Prima.

Los datos estipulados en el **Domicilio Fiscal aparecerán impresos en la Póliza y Recibo de Prima y serán utilizados para el envío del Kit de Bienvenida, por lo que no procederán reclamaciones al respecto (Indique en la parte de atrás de este formato el domicilio para correspondencia en caso de ser diferente al domicilio fiscal).

Firma del Interesado

* Datos obligatorios.

Nota: Es necesario presentar copia de una identificación oficial (IFE o CURP vigente) del Asociado Titular, así como de cada uno de los Asociados Dependientes mayores de edad.

"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 09 de enero de 2019 con el número CNSF-H0715-003-2019".