

Folleto de derechos básicos de los contratantes, asegurados y beneficiarios



Folleto de derechos básicos de los contratantes, asegurados y beneficiarios Dentegra

Póliza de salud individual

Plan Oncológico

I. Conoce tus derechos antes y durante la contratación de tu seguro.

Nos interesa su bienestar y satisfacción con nuestros servicios, es por esto que le damos a conocer sus derechos como **CONTRATANTE**, **ASEGURADO** o **SOLICITANTE** y **BENEFICIARIO** de nuestros servicios. Sus derechos antes y durante la contratación de su **PÓLIZA** de seguro son:

- I. Solicitar a los agentes, o a los empleados y apoderados de las personas morales que, sin ser agentes de seguros, hayan promocionado o vendido la Póliza de Seguro, la identificación que los acredite como agentes o bien, como personas morales que, sin ser agentes, les sea permitido la promoción o venta de seguros.
- II. Solicitar se le informe el importe de la Comisión o Compensación Directa que le corresponda a los agentes o a las personas morales que, sin ser agentes de seguros, promocionen o vendan seguros.
- III. Recibir toda información que le permita conocer las Condiciones, alcances, conservación y terminación de aseguramiento pactadas en el **CONTRATO** de seguro.
- IV. Derecho a que en caso de someterse a un examen médico no se aplicará la cláusula de Preexistencia respecto de Enfermedad o padecimiento relativo al tipo de examen que se le ha aplicado objeto del Seguro.

II. Sus derechos al ocurrir un siniestro.

En caso de hacer uso de nuestros servicios como beneficiario del Seguro tendrá los siguientes derechos amparados en la **PÓLIZA**:

- I. Recibir el pago de las prestaciones procedentes en función al **LÍMITE ANUAL** (la **SUMA ASEGURADA**) mediante el sistema de reembolso, aunque la **PRIMA** del **CONTRATO** de Seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el periodo de gracia pactado para el pago de la **PRIMA** de seguro.
- II. Cobrar una indemnización por mora si la **ASEGURADORA** no cumple con la obligación de resarcir o pagar la indemnización procedente, dentro de un plazo de 30 (treinta) días naturales, una vez de haber recibido de manera completa los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido reportadas.
- III. En caso de controversia podrá 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.

III. Alcance de la cobertura contratada.

La **ASEGURADORA** se obliga, mediante el pago de la **PRIMA**, a cubrir de manera directa o a reembolsarle, los gastos médicos cubiertos de conformidad con los términos, condiciones y límites estipulados en su **PÓLIZA** de seguro.

IV. ¿Cómo puede conservar la cobertura contratada?

La cobertura contratada se conserva mediante el pago oportuno de la **PRIMA** o fracción de ésta en caso de haber pactado su pago en parcialidades. La cobertura contratada también puede ser conservada mediante la renovación del Contrato, considerando las tarifas que se encuentren vigentes al momento de la renovación, de conformidad con las **CONDICIONES GENERALES** del contrato.

V. Causas por las que puede terminar tu contrato.

La vigencia de la **PÓLIZA** de seguro dejará de surtir sus efectos en la fecha de terminación, indicada en la carátula de la **PÓLIZA** y/o certificado individual y/o en la credencial del **ASEGURADO**, o antes, si se presenta cualquiera de las siguientes causales:

- A. Entregue a la **ASEGURADORA** una solicitud por escrito de cancelación de la **PÓLIZA** de seguro, en cuyo caso se te devolverá la **PRIMA NETA NO DEVENGADA** si no ocurrió y no existe a la fecha de terminación algún siniestro relacionado con algún servicio cubierto en los términos de la póliza de seguro.
- B. Por la terminación del **PERIODO DE GRACIA** para el pago de la **PRIMA**, salvo que sea rehabilitada en términos de las **CONDICIONES GENERALES** pactada en la **PÓLIZA**.

VI. Conoce otros derechos.

La **ASEGURADORA** se compromete a cumplir con el **CONTRATO DE SEGURO** otorgando un servicio personalizado y profesional, con calidad y calidez.

Por otro lado, el **ASEGURADO** asume ciertos derechos y responsabilidades detallados a continuación:

- A. Los Asegurados tendrán la misma oportunidad de acceso expedito a los Servicios.
- B. Ser tratado de una manera que respete su privacidad y dignidad como persona.
- C. Recibir asistencia oportuna, de manera cortés y responsable.
- D. Privacidad y confidencialidad: Todos los servicios a los que acuda, se conservarán en profundo respeto, así mismo la información relativa deberá preservar la confiabilidad.
- E. Seguridad personal: el **ASEGURADO** tendrá derecho a que durante su atención se le brinden tanto a él como a sus acompañantes y

pertenencias medidas de seguridad. Obtener información clara acerca de los beneficios y servicios que le otorga su **PÓLIZA**, cualquier exclusión o limitación asociada con éste y sobre cualquier cargo por el cual el **ASEGURADO** sea responsable.

- F. El **ASEGURADO** tiene el derecho a conocer la identidad y grado de preparación de los servidores de la salud que lo atienden.
- G. El **ASEGURADO** tiene derecho a mantenerse en todo momento en comunicación con su familia y a ser informado en forma comprensible para él.
- H. Ser informado por su médico tratante sobre su padecimiento, los métodos diagnósticos y sus riesgos, beneficios y alternativas, lo mismo que los que las medidas terapéuticas ocasionen y sobre el pronóstico de su padecimiento.
- I. Ser informado por su médico tratante sobre cualquier tratamiento que pudiera recibir. Su médico debe solicitar su consentimiento para ser sometido a procedimientos, diagnósticos o tratamientos, informándole también de los riesgos, beneficios y alternativas.
- J. El **ASEGURADO** tendrá derecho a solicitar otras opiniones sobre su padecimiento, conforme a lo estipulado en el **CONTRATO DE SEGURO**

El Asegurado tendrá derecho a no aceptar las propuestas terapéuticas.

“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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 20 de junio de 2024, con el número CNSF-XXXXX-XXXX-XXXX/ CONDUSEF-XXXXXX-XX.”

Cuidamos la vida para
vivirla mejor, siempre.

Dirección: Av. Insurgentes Sur 1458-P. 20,
Actipan, Benito Juárez, 03230 Ciudad de
México, CDMX.

auna.org/mx
dentegra.com.mx



DENTEGRA

PÓLIZA DE SALUD INDIVIDUAL

Plan Oncológico

Número de póliza: _____

Vigencia

Desde: las 12:00 hrs del día: _____

Hasta: las 12 hrs del día: _____

Moneda: _____

Forma de pago: _____

Datos del Contratante	
Nombre o Razón Social:	
Domicilio:	
RFC:	Tel:
Programa contratado:	

Cobertura Básica: <i>Coberturas ⁽²⁾ de diagnóstico</i> <i>Coberturas ⁽²⁾ de tratamiento oncológico</i> Cobertura Adicional Preventiva: <i>Consulta Preventiva</i> <i>Chequeo Oncológico</i>	Copago⁽³⁾:	Periodo de carencia⁽⁴⁾:
Límite anual⁽⁵⁾ por persona:	Deducible⁽⁶⁾:	Acceso a la RED DE PROVEEDORES: Red cerrada ⁽⁷⁾

Prima	Desglose de Pagos
Prima Neta Anual	Primer pago (incluye derecho de póliza)
Recargos	Subsecuentes:
Descuento por comisiones	
Derecho de Póliza	
Subtotal	Agente
IVA	Clave:
Total a pagar	Nombre:

Datos de los Asegurados				
Nombre del Asegurado	Parentesco	Fecha de nacimiento (Día/Mes/Año)	Fecha de alta (Día/Mes/Año)	Prima Neta por Asegurado
				TOTAL:

LÍMITE ANUAL⁽⁵⁾

_____ por **ASEGURADO**, siempre que la póliza se encuentre en vigor, por todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos, sujetos a los límites y exclusiones que se indican en la póliza de la cual formará parte esta carátula.

Advertencia: En este seguro de salud, a partir de que el asegurado alcance una edad avanzada, las primas tendrán incrementos anuales que pueden ser cada vez más elevados, lo cual se debe a que la frecuencia y monto de reclamaciones de personas de esas edades se incrementa en forma importante. En este sentido, se advierte que, a partir de esas edades, el pago de primas de este seguro podría representarle un esfuerzo financiero importante.

Artículo 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 aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

IMPORTANTE

1. Dentegra Seguros Dentales S.A. (DENTEGRA) de conformidad con las **CONDICIONES GENERALES** y **ENDOSOS** correspondientes anexos a esta **PÓLIZA** y durante la vigencia establecida, asegura a favor del **CONTRATANTE**, el interés económico expuesto a riesgo que le corresponda y/o beneficios indicados en esta **PÓLIZA**.
2. **Cobertura:** Es la responsabilidad asumida por la **ASEGURADORA**, y por la cual se hace cargo, hasta el límite estipulado, del riesgo y las consecuencias económicas derivadas de un siniestro.
3. **Copago:** Es la proporción del gasto médico generado por las prestaciones bajo **COBERTURA⁽²⁾**, a cargo del **ASEGURADO**. Convencionalmente, se expresa como un porcentaje, el cual puede ser fijo o variar según el monto del gasto acumulado por el **ASEGURADO**.
4. **Período de carencia:** Es el periodo de tiempo de ciento ochenta (180) días que debe transcurrir a partir de la fecha de comprendido entre la fecha de efecto inicio de vigencia de la **PÓLIZA del ASEGURADO** y el momento en que entran en vigor las coberturas contratadas en esta **PÓLIZA**.
Las enfermedades que le sean diagnosticadas al Asegurado durante el periodo de carencia no serán cubiertas en ningún momento.
5. **El límite anual:** Monto límite del beneficio por **ASEGURADO**, del plan contratado. Los gastos médicos incurridos por el (los) **ASEGURADOS** durante el periodo de la vigencia anual, reduce automáticamente el monto del beneficio, sin lugar a restitución hasta la celebración de una nueva anualidad de la **PÓLIZA**.
6. **Deducible:** Cantidad fija establecida en la carátula de la **PÓLIZA** con la cual participa el asegurado al momento de ocurrencia de su primer diagnóstico oncológico a fin de acceder a sus coberturas oncológicas de acuerdo con el plan contratado que proceda conforme a las condiciones convenidas en el contrato de seguro. No

aplica deducible en la renovación anual de la póliza o ante la ocurrencia segundos primarios oncológicos.

7. **Red cerrada:** Modalidad del contrato de seguro en el que el **ASEGURADO** únicamente deberá acudir con el personal de salud de la **RED DE PROVEEDORES**.

Estimado **ASEGURADO**, lo invitamos a que consulte las **COBERTURAS**⁽²⁾, exclusiones y restricciones de su **PÓLIZA**, mismas que le debieron ser entregadas junto con esta carátula. No obstante, lo anterior, también puede consultarlas en la página web: dentegra.com.mx

Para atención al **ASEGURADO** y acceso a la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones Centro de Contacto **DENTEGRA** ⁽¹⁾: Horario de atención de lunes a viernes de 8:00 a 18:00 horas Ciudad de México y Área Metropolitana e Interior de la República: 55 4628 2551 y correo electrónico oncosalud@dentegramx.com.

Datos de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)

Av. Insurgentes Sur 762, Col. del Valle. Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México. Correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx Tel. 800 999 8080 y (55) 5340 0999 o consulta la página web www.condusef.gob.mx

Firma del funcionario Autorizado

En testimonio de lo cual **DENTEGRA** firma el presente documento en México, Ciudad de México el Día ___ de _____ del ___

“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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 20 de junio de 2024, con el número CNSF-XXXXX-XXXX-XXXX/CONDUSEF-XXXXXX-XX.”

DENTEGRA

SOLICITUD PARA EMISIÓN DE PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL

Programa Oncológico de Salud

ESTE DOCUMENTO SÓLO CONSTITUYE UNA SOLICITUD DE SEGURO Y, POR TANTO, NO REPRESENTA GARANTÍA ALGUNA DE QUE LA MISMA SERÁ ACEPTADA POR LA EMPRESA DE SEGUROS, NI DE QUE, EN CASO DE ACEPTARSE, LA ACEPTACIÓN CONCUERDE TOTALMENTE CON LOS TÉRMINOS DE LA SOLICITUD". NO DEBE TENER TACHADURAS NI ENMENDADURAS.

DATOS DEL CONTRATANTE		
Nombres y apellidos/Razón Social:		RFC:
CURP (si cuenta con ella):	Fecha de nacimiento:	Entidad federativa de nacimiento:
Teléfono de domicilio u otro donde se le pueda localizar:	País de nacimiento:	Nacionalidad:
Sexo: F M	Número de serie del certificado digital de la firma electrónica avanzada:	
Correo electrónico:	Ocupación, profesión, giro mercantil o actividad preponderante:	

DOMICILIO PARTICULAR EN SU LUGAR DE RESIDENCIA				
Calle y/o avenida o vía:	No. Exterior:		No Interior:	C.P.:
Colonia o Urbanización:	Municipio, alcaldía o demarcación política:			

Ciudad o Población:	Entidad federativa:	País:
---------------------	---------------------	-------

¿Cuál es el origen de sus recursos? <input type="checkbox"/> Producto de su ocupación, actividad preponderante o giro <input type="checkbox"/> Otro, especifique:	¿Cuál es el destino de sus recursos? <input type="checkbox"/> Contratar un seguro con Dentegra <input type="checkbox"/> Otro, especifique:
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DATOS DE LOS ASEGURADOS						
No.	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Sexo (F/M)	Parentesco
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
No.	<input type="checkbox"/> Domicilio (En caso de ser el mismo domicilio para todos los asegurados, marcar el recuadro)					
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7		1		1		1

RECONOCIMIENTO DEL CONTRATANTE	
Declaro bajo protesta de decir verdad, que estoy actuando a nombre de un tercero:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
En caso de que actúe a nombre de un tercero, indique nombre completo (nombre(s), apellido paterno y apellido materno) del tercero	

Acto jurídico a través del cual obtuvo el mandato o representación:	Parentesco o vínculo con usted:		
Calle y/o Avenida o Vía:	No. Exterior:	No Interior:	C.P.:
Colonia o Urbanización:	Municipio, Alcaldía o Demarcación Política:		
Ciudad o Población:	Entidad Federativa:	País:	
Teléfono de domicilio u otro donde se le pueda localizar:	Correo electrónico:		
CURP (si cuenta con ella):	RFC:		
Sexo:	Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):		
País de nacimiento:	Nacionalidad:		
Número de serie del certificado digital de la firma electrónica avanzada:			
Ocupación:	Profesión:		
Giro Mercantil:	Actividad Preponderante:		
<p>Asimismo, se le comunica al cliente que en caso de modificación a los datos de identificación contenidos en este formulario posterior a su llenado o durante la vigencia de su contrato, deberá informarlo directamente a la aseguradora a través de su agente.</p>			

DECLARACIÓN DEL CONTRATANTE Y FIRMA DE LA SOLICITUD

Declaro bajo protesta de decir verdad, que la información contenida en el presente formato es verídica y en su llenado y entrega no ha mediado dolo, reticencia u omisión o inexacta declaración al respecto, por lo que autorizo a Dentegra Seguros Dentales, S.A. a que la misma sea corroborada, de estimarse conveniente. Asimismo, a través de la firma de esta solicitud, autorizo y otorgo mi consentimiento a Dentegra Seguros Dentales, S.A. para utilizar los datos personales y sensibles aquí proporcionados, conforme con el Aviso de Privacidad que me fue

previamente proporcionado y que conozco se encuentra en dentegra.com.mx. De manera enunciativa más no limitativa se señala que el estado de cuenta, recibo, folio o número de confirmación de la transacción, en donde aparezca dicho cargo y la fecha de pago, hará prueba plena del pago, hasta en tanto la Institución entregue el comprobante de pago correspondiente.

PERSONAS POLÍTICAMENTE EXPUESTAS

Mencione si usted, su cónyuge o pariente colateral hasta el segundo grado son una Persona Políticamente Expuesta. (Persona Políticamente Expuesta: Aquél individuo que desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, considerando entre otros a los jefes de Estado o de Gobierno, líderes políticos, funcionarios gubernamentales).

SÍ	
-----------	--

NO	
-----------	--

En caso afirmativo, describa el puesto, la fecha y, en su caso, el parentesco que guarda con respecto a usted:

--

¿Esa persona tiene acciones o vínculos patrimoniales con una sociedad o asociación?

SÍ	
-----------	--

NO	
-----------	--

En caso de conocer el nombre de dicha sociedad o asociación, mencione los datos que conozca:

--

DATOS DE LA PÓLIZA			
Plan	Pago anual (..)	Diferido a _____ meses	Vigencia: La vigencia de la solicitud será actualizada una vez llenada y aprobada su solicitud

DECLARACIONES DE LA ENTREVISTA

Declaro que durante el llenado del presente formato entrevisté personalmente al solicitante y hago constar que cotejé con su original la documentación referida en este documento y que informaré a la ASEGURADORA inmediatamente cuando tenga conocimiento sobre cualquier cambio en la información contenida en el mismo, con el propósito de actualizar el expediente del CONTRATANTE. Manifiesto que he informado al solicitante, entre otras cosas: el alcance real de la cobertura (forma de conservarla o darla por terminada), las principales características del producto, consecuencias de rehabilitación, la vigencia del producto, renovación automática, número y vigencia de la cédula que me fue otorgada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas; mi domicilio, y que carezco de facultades para representar a la ASEGURADORA.

Firma del agente: _____

Comentarios de la entrevista:

Agente 1:		Agente 2:	
Clave:		Clave:	
Participación:		Participación:	
Firma:		Firma:	

FIEL: Número de serie de la Firma Electrónica Avanzada

AUTORIZACIÓN DE ENVÍO DE DOCUMENTOS

Tu documentación se te hará llegar de manera electrónica en formato PDF o similar al correo electrónico proporcionado en los primeros treinta (30) días naturales a partir de la fecha de contratación, a quedar en: (\$250 + IVA), o si requieres que la documentación se entregue de manera impresa los derechos de póliza quedaran en (\$250 + IVA), favor de indicarlo a continuación:

IMPRESA	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------

DIGITAL	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------

DENTEGRA

SOLICITUD DE PÓLIZA DE SALUD INDIVIDUAL

Programa Oncológico de Salud CUESTIONARIO MÉDICO

Fecha:		CURP del contratante:	
Nombres y apellidos del contratante:			

La información contenida en este documento tiene el carácter y compromiso de **SOLICITUD DE PÓLIZA DE SALUD INDIVIDUAL** y determina que el **CONTRATANTE**, suscriptor de la misma, conoce y por lo tanto declara con verdad y suficiencia de conocimiento sobre la condición de salud y antecedentes médicos (incluyendo condiciones de salud en sospecha o estudio) de cada una de las personas propuestas en la solicitud de afiliación como **ASEGURADOS**. Asimismo, autoriza a la **ASEGURADORA**, si lo considerase necesario, poder tener acceso a la revisión de la historia clínica y/o entrevistar a sus médicos tratantes, en cualquier servicio médico y/o poder acceder a los exámenes de laboratorio y/o imágenes, de cualquiera de los solicitantes que declara, con fines verificación de información para la continuidad y control de sus beneficios.

Preguntas preliminares:

N°	Preguntas	Persona propuesta para afiliación							
		Titular	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7
1.	Estatura (mt)								
2.	Peso (kg)								
3.	Actividad profesional que desempeña								

Indicar con SI o NO según corresponda. Si alguna de las respuestas es respondida afirmativamente, es obligatorio ampliar la información solicitada. Tenga en cuenta que deben ir en el mismo orden en el que se registraron en la solicitud.

N°	Preguntas	Persona propuesta para afiliación							
		Titular	A 1	A 2	A 3	A 4	A 5	A 6	A 7
4.	Algún medicamento que haya tomado o ingiera de forma regular								
5.	¿Tiene, ha tenido o está siendo estudiado por cáncer o alguna enfermedad oncológica?								
6.	¿Alguna vez se ha realizado o tiene pendiente la realización o los resultados de biopsia o de anatomía patológica de alguna endoscopia, colonoscopia, mamografía o ecografía de mamas o alguna cirugía?								
7.	¿Le han realizado alguna mamografía o ecografía de mamas en la que le han indicado realizarse una biopsia?								
8.	¿Está en tratamiento por alguna enfermedad o molestia de la próstata?								
9.	¿Tiene, ha tenido o está siendo estudiado por algún tipo de enfermedad a la sangre o los ganglios? (incluyendo por ejemplo leucemia, linfomas, policitemia vera, etc.)								
10.	¿Ha sido diagnosticado, ha recibido o recibe atención médica y/o tratamiento de tumores benignos o malignos? (incluyendo cualquier tipo de cáncer, leucemia, linfomas, enfermedad de Hodgkin, melanomas, carcinomas, sarcomas, tumores neuroendocrinos, etc.)								
11.	¿Tiene, ha tenido o está siendo estudiado por: cirrosis, hepatitis crónica, hepatitis C, hemocromatosis o insuficiencia hepática?								

12.	¿Está siendo estudiado o tiene diagnóstico de: ¿Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o es seropositivo al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)?								
13.	¿Tiene, ha tenido o está siendo estudiado por: insuficiencia renal, respiratoria y/o Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC); esófago Barret, pólipos de colon-recto, papiloma virus?								
14.	¿Tiene alguna condición de salud que aún no tiene diagnóstico definitivo?								
15.	¿Tiene diagnóstico o está siendo estudiado por síndrome de Lynch?								
16.	¿Fuma o ha fumado, en forma habitual o recurrente, en algún momento de su vida?								
17	¿Ha sido rechazada su afiliación a alguna aseguradora o tiene o ha tenido cobertura restringida o parcial en otra aseguradora?								

IMPORTANTE: Recuerde que todas las preguntas son de respuesta obligatoria. Por favor, revise haber contestado a todas las preguntas de este formulario. Si alguna pregunta no es contestada, la solicitud de afiliación no se procesará y será devuelta; o en su defecto podría ser considerada como ocultamiento o reticencia de información.

Si respondió afirmativamente a alguna pregunta, por favor complete el detalle requerido en el siguiente cuadro.

Nombres y apellidos de la persona propuesta para la afiliación	Nº de pregunta	Diagnóstico o dolencia	Fecha de diagnóstico o dolencia	Medicamento prescrito (pregunta 3)	Cirugía o procedimiento realizado	Clínica/ Hospital

Proporcionar datos de contacto de su médico de cabecera o tratante:

Nombre del Médico	
Especialidad	
Dirección de consultorio	
Teléfono	
Correo Electrónico	

Conforme a la Ley sobre el Contrato de Seguro entiendo que debo declarar todos los datos requeridos en esta solicitud tal y como los conozco o debo conocer al momento de firmar. La omisión o inexacta declaración de estos datos facultará a La aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el(los) seguro(s) aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

La información proporcionada en este cuestionario tendrá una vigencia de treinta (30) días a partir de la fecha en que fue proporcionada. Manifiesto que la dirección de correo electrónico proporcionado en la presente solicitud es verídica por lo que reconozco que en el mismo me serán entregadas las condiciones generales en formato PDF o cualquier otro formato electrónico equivalente si es que así se indicó en AUTORIZACIÓN DE ENVÍO DE DOCUMENTOS. Autorizo a cualquier médico con licencia, médico practicante, hospital, clínica, u otro establecimiento médico o medicamento relacionado, compañía de seguros, agencia gubernamental, u otra organización, institución o persona que tenga un registro o conocimiento de mí o mi salud y la de mis dependientes nombrados en esta solicitud, para dar a la Aseguradora, sus reaseguradores y afiliados de dicha información, incluyendo copias de los registros relativos a consejo, cuidado o tratamiento proporcionado a mí o mis dependientes, sin limitación alguna a información relativa a enfermedades o el uso de drogas o alcohol. Además, autorizo a la Aseguradora, sus filiales y sus reaseguradores para usar o divulgar dicha información a sus empresas afiliadas, proveedores, pagadores, otras compañías de seguros, administradores de riesgos, consultores y cualquier entidad cuando sea necesario para nuestra atención o tratamiento, pago de servicios, el funcionamiento de nuestro plan de salud, o para llevar a cabo actividades relacionadas. Una copia de esta autorización será tan válida como la original.

El **CONTRATANTE** suscribe esta sección en señal de veracidad de lo anteriormente declarado y en pleno conocimiento de que cualquier información falsa o inexacta, aún hechas de buena fe, hace nulo el **CONTRATO**. El producto cuenta con limitaciones y exclusiones señaladas en las condiciones generales, las cuales pueden ser consultadas en la página web www.dentegra.com.mx y www.auna.org/mx.

UNE (Unidad Especializada de Atención a Clientes)

Para atención al Asegurado y acceso a la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones Centro de Contacto **DENTEGRA**: Horario de atención de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas Ciudad de México y Área Metropolitana e Interior de la República: 55 4628 2551.

Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)

Av. Insurgentes Sur 762, Col. del Valle. Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México. Correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx Tel. 800 999 8080 y (55) 5340 0999 o consulta la página web www.condusef.gob.mx

Nombre y firma del **CONTRATANTE**

“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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 20 de junio de 2024, con el número CNSF-XXXXX-XXXX-XXXX/CONDUSEF-XXXXXX-XX.”

DENTEGRA

ENDOSO DE PÓLIZA DE SALUD INDIVIDUAL Carta de Aplicación del Periodo de Carencia

Asegurado Titular y/o Contratante: _____

Número de póliza: _____

Fecha de emisión: _____

Endoso que se agrega y forma parte integral de la Póliza No. _____ expedida a favor de _____, con vigencia _____. Se hace constar que se agrega a la documentación contractual de la póliza citada, lo siguiente:

Con base en (redactar los hallazgos o datos que sustentan la aplicación de la exclusión) se aplica el endoso de exclusión para ___ (diagnóstico) _____ para el cual no habrá ningún tipo de indemnización o responsabilidad conforme a esta Póliza para cubrir gastos ocasionados o relacionados con el padecimiento, enfermedad, diagnósticos, tratamientos, secuelas y complicaciones de _____ sin importar su causa.

Cláusula de exclusión general en la cual se sustenta:

CLÁUSULA SEXTA: PERIODO DE CARENCIA

Una vez que se cumpla el **PERIODO DE CARENCIA** de ciento ochenta (180) días, **DENTEGRA** amparará las coberturas, los beneficios y/o servicios descritos en la presente **PÓLIZA** hasta el **LÍMITE ANUAL** en caso de que proceda el pago correspondiente.

En caso de se determine que el proceso de diagnóstico de la enfermedad o el diagnóstico confirmatorio se produjo dentro de este periodo, y una vez **DENTEGRA** determine que no se brindará cobertura para el tumor primario, tampoco se otorgará indemnización ni asumirá responsabilidad alguna, según los términos de esta **PÓLIZA**, para cubrir gastos relacionados con la aparición

de un nuevo tumor considerado secundario, derivado o al tumor primario, el cual estará excluido de **COBERTURA**.

DENTEGRA no extenderá su cobertura para el tumor secundario ni para ninguna enfermedad asociada, diagnósticos, tratamientos solicitados, así como tampoco cubrirá secuelas y complicaciones derivadas de este.

En caso de que alguna de estas cláusulas se contraponga con alguna o algunas de las establecidas en las Condiciones Generales del seguro al cual se anexa, prevalecerán las estipuladas en este Endoso.

Todos los demás términos y condiciones de la póliza no sufren modificación alguna.

Lugar y fecha de expedición

Firma funcionario

“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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 20 de junio de 2024, con el número CNSF-XXXXX-XXXX-XXXX/CONDUSEF-XXXXXX-XX.”

DENTEGRA

ENDOSO DE PÓLIZA DE SALUD INDIVIDUAL

Número de endoso: _____

Fecha de emisión: _____

PÓLIZA de seguro número: _____

Expedida a favor de: _____

Vigencia de la PÓLIZA: _____

CONDICIONES PARTICULARES

Este **ENDOSO** se adhiere y forma parte integrante de las **CONDICIONES GENERALES** y demás documentación contractual registrada por **DENTEGRA** bajo la operación de **SALUD INDIVIDUAL ONCOLÓGICO**.

Para los **ASEGURADOS** que a continuación se mencionan y que, con base a las declaraciones contenidas en el **CUESTIONARIO MÉDICO**, **DENTEGRA** emite este **ENDOSO** para establecer condiciones particulares:

ENDOSOS:

Incremento en el periodo de carencia

Extra prima

Exclusión

PARA ASEGURADO: _____

FECHA EFECTIVA: DD/MM/AAAA

1. ENDOSO DE PERIODO DE CARENCIA INCREMENTADO:

El periodo de carencia de _____ para la enfermedad, padecimiento, diagnósticos, tratamientos, secuelas y complicaciones por _____ sin importar su causa, será efectivo a partir de la emisión de la póliza. No habrá ningún tipo de indemnización o responsabilidad por parte de la aseguradora de gastos derivados durante ese periodo, ni cobertura posterior del padecimiento si hubo gastos, síntomas o atenciones antes de cumplir el periodo de carencia estándar y del periodo de carencia incrementado.

2. ENDOSO DE EXTRAPRIMA:

Para la enfermedad, padecimiento, diagnósticos, tratamientos, secuelas y complicaciones por _____ sin importar su causa, se aplicará una extraprima de: _____%.

3. ENDOSO DE EXCLUSIÓN:

No habrá ningún tipo de indemnización o responsabilidad conforme a esta **PÓLIZA** para cubrir gastos ocasionados o relacionados con el padecimiento, enfermedad, diagnósticos, tratamientos, secuelas y complicaciones de _____ sin importar su causa.

En caso de que alguna de estas cláusulas se contraponga con alguna o algunas de las establecidas en las **CONDICIONES GENERALES** del seguro al cual se anexa, prevalecerán las estipuladas en este **ENDOSO**.

Todos los demás términos y condiciones de la **PÓLIZA** no sufren modificación alguna.

IMPORTANTE: Todo padecimiento preexistente no declarado no tendrá nunca cobertura bajo la **PÓLIZA** arriba mencionada y **DENTEGRA** se reserva el derecho de excluir los mismos al tomar conocimiento de ellos con fecha posterior a la emisión de esta póliza o endoso, o en su caso rescindir de pleno derecho la **PÓLIZA** arriba mencionada.

Lugar y fecha de expedición

Firma funcionario

“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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 20 de junio de 2024, con el número CNSF-XXXXX-XXXX-XXXX/CONDUSEF-XXXXXX-XX.”

DENTEGRA

ENDOSO DE PÓLIZA DE SALUD INDIVIDUAL

Número de endoso: _____

Fecha de emisión: _____

PÓLIZA de seguro número: _____

Expedida a favor de: _____

Vigencia de la PÓLIZA: _____

MODIFICACIÓN DEL PERIODO DE CARENCIA

Este **ENDOSO** se adhiere y forma parte integrante de las **CONDICIONES GENERALES** y demás documentación contractual registrada por **DENTEGRA** bajo la operación de **SALUD INDIVIDUAL ONCOLÓGICO**.

Mediante este **ENDOSO** se hace constar que se modifica la definición de "**PERIODO DE CARENCIA**" a quedar de la siguiente manera:

Es el periodo de tiempo de ciento ochenta (180) días que debe transcurrir a partir de la fecha de inicio de vigencia de la **PÓLIZA del ASEGURADO** y el momento en que entran en vigor las coberturas contratadas en esta **PÓLIZA**.

Las enfermedades que le sean diagnosticadas al ASEGURADO durante el periodo de carencia no serán cubiertas en ningún momento por la PÓLIZA de seguro.

En caso de que alguna de estas cláusulas se contraponga con alguna o algunas de las establecidas en las **CONDICIONES GENERALES** del seguro al cual se anexa, prevalecerán las estipuladas en este **ENDOSO**.

Todos los demás términos y condiciones de la **PÓLIZA** no sufren modificación alguna.

Lugar y fecha de expedición

Firma funcionario

“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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 20 de junio de 2024, con el número CNSF-XXXXX-XXXX-XXXX/CONDUSEF-XXXXXX-XX.”

DENTEGRA

ENDOSO DE PÓLIZA DE SALUD INDIVIDUAL

Número de endoso: _____

Fecha de emisión: _____

PÓLIZA de seguro número: _____

Expedida a favor de: _____

Vigencia de la PÓLIZA: _____

OTROS DEPENDIENTES ECONÓMICOS

Este **ENDOSO** se adhiere y forma parte integrante de las **CONDICIONES GENERALES** y demás documentación contractual registrada por **DENTEGRA** bajo la operación de **SALUD INDIVIDUAL ONCOLÓGICO**.

Mediante este **ENDOSO** se hace constar que, en caso de así solicitarlo el **CONTRATANTE**, se podrán asegurar a otros dependientes económicos para lo cual los **ASEGURADOS** deberán de indicar el grado de parentesco y la situación por la cual es su dependiente económico.

En caso de que alguna de estas cláusulas se contraponga con alguna o algunas de las establecidas en las **CONDICIONES GENERALES** del seguro al cual se anexa, prevalecerán las estipuladas en este **ENDOSO**.

Todos los demás términos y condiciones de la **PÓLIZA** no sufren modificación alguna.

Lugar y fecha de expedición

Firma funcionario

“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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 20 de junio de 2024, con el número CNSF-XXXXX-XXXX-XXXX/CONDUSEF-XXXXXX-XX.”

DENTEGRA

ENDOSO DE PÓLIZA DE SALUD INDIVIDUAL

Número de endoso: _____

Fecha de emisión: _____

PÓLIZA de seguro número: _____

Expedida a favor de: _____

Vigencia de la PÓLIZA: _____

AMPLIACIÓN PERIODO DE GRACIA

Este **ENDOSO** se adhiere y forma parte integrante de las **CONDICIONES GENERALES** y demás documentación contractual registrada por **DENTEGRA** bajo la operación de **SALUD INDIVIDUAL ONCOLÓGICO**.

El **CONTRATANTE** podrá solicitar al inicio de la contratación de la **PÓLIZA** ampliación al **PERIODO DE GRACIA** para la realización del pago de su **PRIMA**, por lo que este **ENDOSO** modifica los términos descritos en el capítulo **IV PRIMA** y en el capítulo **PERIODO DE GRACIA** las **CONDICIONES GENERALES** y demás documentación contractual que aplique, para quedar de la siguiente manera:

DENTEGRA y el **CONTRATANTE** acuerdan aplicar un plazo de _____ días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento como **PERIODO DE GRACIA**.

Periodo de Gracia: Plazo que **DENTEGRA** otorga al **CONTRATANTE** para cubrir el monto de la **PRIMA**, dentro del cual se brinda protección por el presente contrato de seguro, aun cuando no se hubiere pagado la **PRIMA** correspondiente dentro de este plazo.

Transcurrido dicho periodo pactado por las partes, y no habiendo sido pagada la **PRIMA** o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato de seguro cesarán automáticamente, a las doce (12) horas del último día de ese plazo.

Todos los demás términos y condiciones de la **PÓLIZA** no sufren modificación alguna.

En caso de que este **ENDOSO** se contraponga con alguna o algunas cláusulas establecidas en las **CONDICIONES GENERALES** del seguro al cual se anexa, prevalecerá lo estipulado en el presente **ENDOSO**.

Lugar y fecha de expedición

Firma funcionario

“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 seguros, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 20 de junio de 2024, con el número CNSF-XXXXX-XXXX-XXXX/CONDUSEF-XXXXXX-XX.”