

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 ingerido 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/oncosalud.

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.”

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE USO DE DATOS PERSONALES

La **ASEGURADORA** pone a disposición del **CONTRATANTE** y de los **ASEGURADOS** su Aviso de Privacidad en los términos de la **Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares**, mismo que podrá ser consultado en nuestra página web: dentegra.com.mx en el apartado de “Políticas de Privacidad” y podrá estar sujeto a cambios, por lo que le recomendamos su consulta de forma frecuente. Asimismo, la **ASEGURADORA** hace de su conocimiento que cuenta con políticas y mecanismos de seguridad para asegurar la Protección de los Datos Personales y Sensibles.

Asimismo, el **CONTRATANTE** queda informado sobre el uso de sus datos personales e información sensible, los cuales son estrictamente necesarios para la gestión y ejecución de las prestaciones vinculadas al programa contratado para:

- Evaluar el estado de afiliación en base a la información proporcionada.
- Aprobar la cobertura de los beneficios del programa.
- Gestionar el cobro de primas de seguros, deducibles o cualquier pago a cargo del **CONTRATANTE**, de ser el caso.
- Realizar la gestión administrativa, prestacional de salud y acreditación de los **ASEGURADOS** para su prestación médica.
- Remitir información relativa de los beneficios a los **ASEGURADOS** al programa contratado.
- Cumplir con requerimientos de información de autoridades administrativas o judiciales competentes, relacionados a su afiliación.
- Enviar información referente a la concientización de vida saludable y cuidado de la salud.

podrán ser transferidos a sociedades que formen parte del grupo económico de **LA ASEGURADORA** incluyendo a nuestra compañía controladora, así como empresas subsidiarias y filiales, con el fin de llevar a cabo cualquier actividad relacionada con el seguro y/o servicios que tiene contratados con **LA ASEGURADORA**. Dicha transferencia no requiere de consentimiento conforme a lo establecido en la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares ya que las empresas del grupo económico al que pertenece

LA ASEGURADORA operan bajo los mismos procesos, políticas y estándares de privacidad y protección de datos.

En caso de negarse a proporcionar los datos personales, **DENTEGRA** no podrá llevar a cabo la gestión y ejecución de las prestaciones relacionadas con el programa contratado. Además, el **CONTRATANTE** declara contar con la autorización no solo de las personas bajo su tutela, sino también de aquellas mayores de edad consignadas en la solicitud de afiliación, para el tratamiento de sus datos personales, tal como se establece en la **SOLICITUD DE PÓLIZA DE SALUD INDIVIDUAL**.

Adicionalmente en relación a aquellos datos personales que no sean considerados como Sensibles, autorizo a **DENTEGRA** a realizar los siguientes fines distintos a la gestión del programa contratado, tales como:

- Ofrecer, promocionar, vender y/o comercializar productos de seguros operados por **DENTEGRA**, a través de y/o realizadas por:
 - o Directamente por Dentegra Seguros Dentales, S.A.
 - o A través de alguna empresa subsidiaria o filial de **DENTEGRA** que se encuentre facultada por ley para intervenir en la venta de dichos productos.
 - o Por medio de cualquier otro intermediario o socio de negocio con quien **DENTEGRA** tenga acuerdos comerciales debidamente formalizados.
- Realizar encuestas de satisfacción para mejorar la calidad de los servicios brindados, y transferir los datos personales a nivel nacional a los socios comerciales para que cumplan con esta finalidad como encargados.

SÍ	
ACEPTO	

NO	
ACEPTO	

La no autorización del tratamiento de datos en los términos detallados anteriormente no condiciona la contratación al programa. Asimismo, le comunicamos que puede ejercer sus derechos (acceso, rectificación, cancelación y oposición), enviando una solicitud escrita a Centro de Contacto Dentegra, Ciudad de México e Interior de la República: 55 4628 2551, o a través del correo electrónico oncosalud@dentegramx.com. En caso requiera mayor información, puede ingresar a nuestra página web www.dentegra.com.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.”

AVISO DE PRIVACIDAD

DENTEGRA SEGUROS DENTALES, S.A.

1. Identidad y domicilio del Responsable

DENTEGRA SEGUROS DENTALES, S.A., también conocida como Dentegra, en lo sucesivo, Dentegra, es una institución de seguros constituida de conformidad con las leyes de los Estados Unidos Mexicanos.

El domicilio de Dentegra se encuentra ubicado en: Insurgentes Sur 1458, piso 20, Col. Actipan, Benito Juárez, C.P. 03230, Ciudad de México.

2. Datos Personales

Dentegra recabará de usted los datos personales que sean necesarios para la adecuada prestación de nuestros servicios (i) directamente, (ii) a través de sus agentes o promotores, o (iii) a través de cualesquiera terceros que de conformidad con los términos de la póliza de seguros correspondiente deban entregar o transmitir a Dentegra datos personales adicionales a los recabados directamente o a través de sus agentes o promotores con el propósito de que Dentegra pueda cumplir con sus obligaciones bajo la póliza de seguro, incluyendo aquellos que sean necesarios para el cálculo de primas y deducibles. Dichos datos personales podrán incluir los siguientes:

i. Nombre

ii. Datos de contacto; tales como dirección, teléfono, teléfono de oficina, número de fax, teléfono celular y correo electrónico entre otros.

Por lo que hace a datos personales sensibles, Dentegra recabará los siguientes:

i. Datos patrimoniales; tales como datos bancarios.

ii. Datos dentales; tales como historial clínico dental, enfermedades o padecimientos previos o crónicos entre otros.

iii. Datos respecto de su historial clínico oftalmológico.

Asimismo, es posible que requiramos información de terceros relacionados con usted, como el nombre, datos de contacto, datos dentales y oftalmológicos de sus ascendientes y descendientes. Por favor considere que para poder proporcionarle nuestros servicios adecuadamente requerimos utilizar sus Datos Personales Sensibles conforme a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (en lo sucesivo la Ley) y su Reglamento.

3. Finalidad del Tratamiento de Datos

Los datos personales a que hace referencia el inciso anterior, incluso aquellos de carácter sensible, proporcionados a través de la solicitud, cuestionarios o formatos del seguro o a través de terceros autorizados por Dentegra ya sea por vía electrónica, óptica, sonora, visual o por cualquier otro medio o tecnología y aquellos generados con motivo de la relación jurídica que tengamos celebrada o que en su caso se celebre, serán tratados para los siguientes fines vinculados con dicha relación, a saber:

i. Clientes (Prospectos, solicitantes, contratantes, asegurados y beneficiarios)

Los datos que nos proporcione podrán ser utilizados para (i) determinar la prima aplicable al seguro solicitado, (ii) determinar el tipo de cobertura que requiere, (iii) identificar plenamente a la persona asegurada, (iv) realizar pagos, (v) contactar a sus familiares en caso de emergencia, (vi) pedir referencias, (vii) hacer consultas, investigaciones y revisiones en relación a sus solicitudes de pago, quejas o reclamaciones, (viii) contactar médicos o dentistas y otro personal relacionado con el objeto de los servicios contratados, (ix) envío de formato de finiquito relativo al trámite de su pago ya sea de manera directa o a través de un tercero y (x) contactarlo para cualquier tema relacionado a los seguros o servicios que le prestemos o al presente Aviso de Privacidad.

ii. Proveedores de bienes y/o servicios, Agentes de Seguros, Dentistas y Ópticas.

Los datos que nos proporcione serán utilizados para dar cumplimiento a todos los fines vinculados con la relación jurídica/contractual que celebremos.

iii. Recursos Humanos (Candidatos y empleados)

Los datos que nos proporcione serán utilizados para los fines vinculados con la selección, reclutamiento, bolsa de trabajo interna, capacitación, desarrollo, pago de prestaciones laborales y cumplimiento de obligaciones fiscales así como cualquier obligación que derive de la relación laboral existente.

4. Finalidad Secundaria del Tratamiento de Datos

Asimismo, le informamos que sus datos personales se tratarán para el ofrecimiento y promoción de productos y servicios y/o prospección comercial, envío de boletines de salud dental y oftalmológica, invitaciones a eventos y conferencias de las entidades que formen parte directa o indirectamente del Grupo y sus subsidiarias. Si usted no está de acuerdo con el tratamiento de sus datos para las finalidades secundarias, podrá manifestar su negativa siguiendo cualquiera de los siguientes mecanismos:

i. Envío de un correo electrónico a la dirección oncosalud@dentegramx.com solicitando la baja del envío de información publicitaria, promoción de productos y servicios, envío de boletines así como invitaciones a conferencias.

ii. Solicitud a través de la Unidad Especializada de Atención al Público.

5. Derechos para limitar el uso de los Datos Personales

Toda vez que en el caso de Clientes, el tratamiento de sus datos personales y sensibles es indispensable para ofrecerle nuestros productos de seguro y cumplir con el objeto del contrato, no es posible limitar el tratamiento que Dentegra le dará a los mismos. No obstante lo anterior, usted podrá solicitar que sus datos personales no sean transmitidos ni tratados directamente en los teléfonos de nuestra Unidad Especial de Atención al Público o mediante el envío de un correo electrónico a la dirección oncosalud@dentegramx.com indicando su nombre, autenticando su identidad e indicando que no desea que sus datos personales sean transmitidos ni tratados por Dentegra. En el supuesto de que

dichos datos sean indispensables, Dentegra se verá obligado a cancelar su seguro al ser inoperable el mismo.

6. Medios para Ejercer los Derechos ARCO

Conforme a la Ley usted tiene el derecho de ejercer en cualquier momento sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (los “Derechos ARCO”), así como a revocar su consentimiento directamente y por escrito ante Dentegra conforme al apartado 8 del presente Aviso de Privacidad.

i. Acceso y Rectificación. Usted podrá solicitar que le hagamos saber los datos personales que Dentegra conserva en su expediente, mediante la entrega a la Unidad Especializada de Atención al Público del formato de Ejercicio de Derechos ARCO que podrá solicitarlo a la Unidad Especial de Atención al Público. Ahora bien, en caso de que alguno de los datos sea inexacto o se encuentre equivocado, usted tendrá el derecho de solicitar su rectificación.

Le pedimos que considere que por su protección y beneficio, le solicitaremos documentación que acredite las correcciones a los datos que deseé rectificar.

ii. Cancelación. Usted puede solicitar que se cancelen los datos personales que Dentegra conserve en su expediente una vez que hayan concluido nuestros servicios, mediante la entrega a la Unidad Especializada de Atención al Público del Formato de Ejercicio de Derechos ARCO.

Le pedimos que considere que toda vez que Dentegra es una institución de seguros sujeta a regulación específica, es posible que no pueda cancelar o bloquear sus datos personales sino hasta que las leyes aplicables lo permitan.

iii. Oposición. Usted puede oponerse al uso de sus datos personales, siempre y cuando los mismos no sean inherentes ni necesarios para dar cumplimiento a la relación jurídica existente entre usted y Dentegra.

Le recordamos que el ejercicio de sus Derechos ARCO es gratuito, en el entendido que Dentegra podrá solicitarle el pago únicamente de los gastos justificados de envío o costos de reproducción de la información que solicite.

7. Transferencia de Datos

Usted acepta que Dentegra podrá transmitir sus datos a:

(a) Compañías Afiliadas

Dentegra podrá transmitir sus datos personales a otras compañías afiliadas a Dentegra, incluyendo, su oficina matriz, sus subsidiarias u otras entidades afiliadas, nacionales o extranjeras.

(b) Terceros no Afiliados

Dentegra podrá transmitir sus datos personales a personas físicas y morales incluyendo (i) doctores y/o dentistas, (ii) especialistas, (iii) peritos, (iv) instituciones médicas, (v) agentes y corredores de seguros (vi) ajustadores (vii) prestadores de servicios (viii) laboratorios, (ix) abogados, (x) consultores, y (xi) contratantes (el "Contratante") de contratos colectivos/ contratos de grupo, bajo los cuales usted se encuentre asegurado según sea necesario para la adecuada prestación de los servicios de Dentegra, o para el cumplimiento de cualquier obligación derivada de o relacionada con el contrato de seguro y los servicios a prestarse bajo el mismo o, en su caso para el cumplimiento de cualquier obligación de Dentegra con el Contratante.

(c) Autoridades Financieras y Fiscales

Autoridades incluso financieras y fiscales, mexicanas y extranjeras, con la finalidad de dar cumplimiento a nuestras obligaciones derivadas de leyes o tratados internacionales como institución de seguros, obligaciones tributarias, así como para el cumplimiento de notificaciones o requerimientos oficiales.

(d) Autoridades judiciales

Autoridades judiciales, mexicanas y extranjeras, con la finalidad de dar cumplimiento a notificaciones, requerimientos u oficios de carácter judicial.

(e) Instituciones, organizaciones o entidades del sector Asegurador.

Instituciones, organizaciones o entidades del sector Asegurador para fines de prevención de fraude y selección de riesgos.

Tanto las Compañías Afiliadas como los Terceros No Afiliados deberán tratar sus datos personales de conformidad con lo establecido en el presente Aviso de Privacidad.

8. Unidad Especial de Atención al Público

Para cualquier asunto relacionado con este Aviso, ejercicio de los derechos ARCO así como el tratamiento de sus datos personales, puede contactarnos a la Unidad Especial de Atención al Público en:

Insurgentes Sur 1458, piso 20, Col. Actipan, Benito Juárez, C.P. 03230, Ciudad de México o al teléfono en Ciudad de México e Interior de la República al 55 5002-3102 oncosalud@dentegramx.com. Horario de atención 9:00 hrs a 18:00hrs.

9. "Cookies"

"Cookie" es una breve información que el portal de Internet envía a su computadora, la cual queda almacenada en el disco duro. La próxima vez que ingrese a nuestro portal, podremos usar la información almacenada en la "Cookie" para facilitarle el uso de nuestro sitio de Internet. Por ejemplo, podemos usar la "Cookie" para almacenar una contraseña para que no tenga que ingresarla de nuevo cada vez que se traslade a una sección diferente de nuestro portal de Internet. Una "Cookie" no nos permite conocer su identidad personal a menos que expresamente elija proporcionárnosla. La mayoría de las "Cookies" expiran después de un periodo determinado de tiempo o, bien, la puede borrar en el momento en que lo desee en su computadora. Asimismo, puede hacer que su navegador le avise cuando reciba una "Cookie" de manera que puedas aceptarla o rechazarla.

10. Cambios al Aviso de Privacidad

Cualquier cambio que se realice al Aviso de Privacidad será hecho de su conocimiento a través de la página web de Dentegra en la dirección www.dentegra.com.mx o mediante correo electrónico a la dirección que para tales efectos mantengamos registrada.

Nombre y firma del **CONTRATANTE**

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR DOCUMENTOS Y NOTIFICACIONES A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO

El **Asegurado/Contratante** autoriza que **Dentegra Seguros Dentales, S.A.** (en adelante "Dentegra"), le entregue a través del correo electrónico que ha proporcionado, la Póliza de Seguro, Condiciones Generales, Condiciones Especiales, endosos, recibos de pago y en general cualquier documentación o notificación relacionado con el contrato de seguro, documentación que desde este momento se compromete a abrir, conocer su contenido y alcances e incluso descargarla, por así convenir a sus intereses.

Usted se compromete a mantener actualizada la dirección de correo electrónico proporcionada, lo cual pedimos se realice enviando un correo electrónico a la siguiente dirección oncosalud@dentegramx.com y también por este medio podrá solicitar, que todos los documentos antes mencionados le sean entregados de manera impresa.

Autorizo

Nombre y firma del **CONTRATANTE**