Transformando la salud

Condiciones Generales

Programa de Seguros de Seguro Dental Individual Auna Seguros Kids Juniors

Índice

I. Objetivo 4

II. Definiciones 4

III. Beneficios, alcances y limitaciones por tratamiento dental 9

III.1. Descripción y Alcance de los Beneficios 9

III.2. Limitaciones a los Beneficios 15

IV. Coberturas opcionales 19

IV.1. Cobertura Opcional de Ortodoncia 19

IV.2. Cobertura Opcional de Visión 21

V. Exclusiones generales 24

VI. Cláusulas generales 27

VI.1. Contrato 27

VI.2. Vigencia 27

VI.3. Edad Mínima y Máxima 27

VI.4. Padecimientos Preexistente 27

VI.5. Período de Beneficio 28

VI.6. Rectificación de la Póliza de Seguro 28

VI.7. Revelación de Comisiones 28

VI.8. Renovación de la Póliza de Seguro 29

VI.9. Modificaciones a la Documentación Contractual 29

VI.10. Notificaciones 29

VI.11. Omisiones o Inexactas Declaraciones 30

VI.12. Moneda 30

VI.13. Competencia 30

VI.14. Arbitraje Médico 31

VI.15. Terminación del Contrato 31

VI.16. Prescripción 32

VI.17. Otros seguros 32

VI.18. Residencia de los Asegurados 32

VI.19. Responsabilidad de Auna Seguros 33

VI.20. Interés moratorio 33

VI.21. Derechos de los Asegurados 33

VI.22. Agravación del Riesgo 34
VI.23. Contratación por medios electrónicos 36
VII. Prima 37
VII.1. Primas 37
VII.2. Forma de pago 37
VII.3. Período de Gracia 38
VII.4. Rehabilitación 38
VIII. Pago de reclamaciones 38
VIII.1. Sistemas de Pago de Reclamaciones 38
VIII.2. Requisitos para el Pago de Honorarios de Dentistas 43
VIII.3. Cuantía de la Indemnización 43
VIII.4. Participación del Asegurado en una Reclamación 43
IX. Movimiento de asegurados 44
IX.1. Altas de Asegurados 44
IX.2. Bajas de Asegurados 44
X. Protección de datos personales en posesión de particulares 44
XI. Transcripción de artículos referidos en las condiciones generales 45
XI.1. Ley Sobre el Contrato de Seguro 45
XI.2. Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas 45
XI.3. Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros 48

I. Objeto

Auna Seguros se obliga, mediante el pago de la Prima, a cubrir de manera directa o a rembolsar al Asegurado los gastos por Tratamientos dentales, con la finalidad de prevenir enfermedades, fomentar y restaurar la salud, de acuerdo con los términos, condiciones y límites estipulados en esta Póliza de Seguro en relación con el Plan y Beneficios contratados

En caso de que los Tratamientos dentales se presten fuera de la República Mexicana, **Auna Seguros** no estará obligada a cubrir los gastos de manera directa y solamente estará disponible la opción de reembolso y sujetos al honorario máximo contratado.

II. Definiciones

Para efectos de este Contrato de Seguro, serán aplicables los términos que a continuación se describen:

II.1. **Accidente dental:** Traumatismo que genera una lesión en los tejidos duros y blandos que conforman la cavidad bucal, que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la voluntad del Asegurado. Todo ello, sin perjuicio de la limitación del riesgo que por esta causa las partes estipulen en el Contrato.

II.2. **Antigüedad:** Tiempo ininterrumpido durante el cual un Asegurado ha estado asegurado con **Auna Seguros** bajo el plan dental contratado y especificado en la Póliza de Seguro.

II.3. **Asegurado Elegible:** Es el Asegurado que reúne los requisitos previstos en la Póliza de Seguro para recibir los Tratamientos dentales, contratados.

II.4. **Beneficios cubiertos:** Tratamientos dentales, cubiertos por el Plan contratado y especificado en la Carátula de la Póliza y/o Guía del Asegurado.

II.5. **Carátula de la póliza:** Documento que contiene la información y datos correspondientes a:
- **(i)** El Asegurado,
- **(ii)** El Contratante,
- **(iii)** La Prima,
- **(iv)** El Copago,
- **(v)** La vigencia de la Cobertura,
- **(vi)** Alcances de la Cobertura, y
- **(vii)** Cualquier otra información referente a los términos bajo los cuales debe operar la Póliza de Seguro.

II.6. **Cargo a Tarjeta de Crédito o Débito:** Pago efectuado a través de un cargo a una tarjeta de crédito o débito expedida por una institución bancaria autorizada para tal efecto, que se encuentre ubicada en territorio nacional.

II.7. **Caries activa:** Proceso infeccioso que destruye la estructura dental, formando cavidades con superficie interna reblandecida, que alcanzan la dentina o hasta la pulpa. Cuando se introducen instrumentos de diagnóstico, éstos se atoran en la lesión y pueden observarse mediante radiografías.

II.8. **Carta de consentimiento informado:** es el documento signado por el representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante el cual se acepta un Tratamiento dental con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el asegurado.

II.9. **Contratante:** Es la persona física que celebra con **Auna Seguros** el Contrato de Seguro por cuenta del Asegurado, y que es directamente responsable ante **Auna Seguros** por el pago de la Prima.

II.10. **Copago:** Cantidad fija que el Asegurado debe pagar al Dentista, calculado como un porcentaje de los Honorarios Máximos por cada tratamiento dental cubierto. Dicho porcentaje se indica en la Carátula de la Póliza y/o en la Guía del Asegurado.

II.11. **Cuadrante:** Cada una de las cuatro secciones iguales en que pueden dividirse los arcos Dentales. Empieza en la línea media y se extiende hacia atrás al último diente.

II.12. **Deducible:** Es la cantidad que el Asegurado deberá pagar por concepto de gastos, siempre que reciba alguno de los Servicios considerados como Beneficios Cubiertos bajo Contrato de Seguro, misma que se limita al monto previsto en la Carátula de la Póliza y/o en la Guía de Asegurado.

II.13. **Auna Seguros:** AUNA Seguros, S.A. (antes Dentegra Seguros Dentales, S.A.).

II.14. **Dentista:** Profesional de la salud dedicado al diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades bucodentales.

II.15. **Dentistas de la Red Auna Seguros**: Profesionales independientes que han celebrado un Contrato de Prestación de Servicios Profesionales con **Auna Seguros** para realizar el pago directo, y que se encuentran legalmente autorizado para llevar a cabo los Tratamientos dentales al Asegurado. La lista de Dentistas podrá sufrir modificaciones por parte de **Auna Seguros** en cualquier momento y sin previo aviso. dichos cambios se informarán dentro de la página web **www.dentegra.com.mx** dentro de los 15 días hábiles.
Es obligación de los dentistas de la Red **Auna Seguros** ejercer el juicio clínico que está

fundado en la práctica médica basado a en evidencias, los avances científicos y en la ética médica.

II.16. **Dientes Naturales:** Nombre genérico para los cuerpos duros mineralizados que se hallan insertados en el maxilar y la mandíbula. Están compuestos por los tejidos llamados esmalte, dentina, pulpa y cemento. De acuerdo con su forma se denominan incisivos, caninos, premolares y molares. Cada diente consta de una porción visible, llamada corona, y otra, que se inserta en el hueso, llamada raíz.

II.17. **Dientes permanentes:** Segundo juego de dientes (incisivos, caninos, premolares y molares) que repone a los dientes primarios y erupcionan aproximadamente desde los 6 (seis) años hasta los 17 (diecisiete) años, siendo un total de 32 (treinta y dos). También llamados dientes secundarios, adultos o definitivos.

II.18. **Dientes primarios:** Primer juego de dientes (incisivos, caninos y molares) que aparecen en la boca durante la infancia y erupcionan aproximadamente desde los 5 (cinco) meses hasta los 24 (veinticuatro) meses, siendo un total de 20 (veinte). También llamados dientes de leche, infantiles o deciduos.

II.19. **Elegibilidad:** Es el derecho que adquiere el Asegurado al reunir todos los requisitos necesarios para recibir los Beneficios Cubiertos en el Contrato de Seguro.

II.20. **Endoso:** Documento que modifica la Póliza de Seguro, previo acuerdo entre las partes, registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

II.21. **Enfermedad dental:** Toda aquella alteración o padecimiento en los dientes y tejidos relacionados a los mismos, debido a causas anormales, sean internas o externas, por las cuales sea necesario realizar un tratamiento dental.

II.22. **Error de diagnóstico:** Cualquier acontecimiento o situación en la que el Asegurado haya asistido con varios Dentistas de la Red **Auna Seguros** y que por falta de evaluación,

Tratamiento Dental acertados, haya sido menester acudir o utilizar los Servicios de un Dentista no afiliado a la Red **Auna Seguros**.

II.23. **Especialista:** Dentista que cuenta con estudios acreditados para las especialidades de Cirugía Maxilofacial, Endodoncia.

II.24. **Evaluación oral o consulta:** Comunicación privada y personal entre el Asegurado y el Dentista para que éste diagnostique el estado de salud del primero, con base en los síntomas y signos que aquél presente, así como para prescribir el tratamiento dental, realizar los tratamientos necesarios, y en su caso, darles seguimiento a éstos.

II.25. **Gastos cubiertos:** Gastos y costos que de manera directa o mediante Reembolso **Auna Seguros** cubrirá en favor del Asegurado por los Tratamientos que se describen expresamente en el Capítulo III Beneficios, Alcances y Limitaciones por Tratamiento Dental y Capítulo IV Coberturas Opcionales de estas Condiciones Generales conforme a los beneficios y coberturas contratadas.

II.26. **Honorario máximo:** Es la cantidad máxima que **Auna Seguros** pagará al Dentista por concepto de honorarios, por cada tratamiento dental realizado por éste a los Asegurados Elegibles, de acuerdo con el Plan contratado.

II.27. **Límite Anual:** Es la cantidad máxima que **Auna Seguros**pagará por concepto de Beneficios Cubiertos en cada año de Vigencia de la Póliza de Seguro a cada uno de los Asegurados, de conformidad con el Plan contratado.

II.28. **Negligencia:** Falta de cuidado, aplicación y diligencia de una persona en lo que hace o en el cumplimiento de una obligación.

II.29. **Odontopediatra:** es el especialista que se encarga del tratamiento dental de los niños.

II.30. **Padecimientos preexistentes:** Lesión o enfermedad bucodental cuyo origen tuvo lugar con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia o a la contratación de la Póliza de Seguro, que:

(i) Se haya declarado la existencia de dicho padecimiento o enfermedad mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnostico por un Médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

(ii) El Asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente para recibir un Tratamiento médico de la Enfermedad o padecimiento de que se trate.

(iii) Sean conocidos y no declarados por el Asegurado, de conformidad con lo dispuesto por el Artículo 8° de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Para efectos de considerar una lesión bucodental o enfermedad como Padecimiento Preexistente, no se tomará en cuenta la interrupción de la vigencia del Contrato de Seguro cuando opere su rehabilitación de la Póliza de Seguro.

II.31. **Pago Directo:** Sistema de pago mediante el cual **Auna Seguros** liquida directamente al Dentista los gastos generados por el Asegurado, como consecuencia de un tratamiento dental cubiertos por la Póliza de Seguro.

II.32. **Período de Espera:** Tiempo ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de Alta del Asegurado en la Póliza de Seguro para que el Asegurado quede cubierto con todos los Beneficios Cubiertos bajo la Póliza de Seguro.

II.33. **Plan de tratamiento:** Serie de Tratamientos dentales diagnosticados por el Dentista para prevenir o restaurar la salud bucodental del Asegurado.

II.34. **Póliza de Seguro:** Documento que contiene los términos y condiciones del Contrato de Seguro celebrado entre el Contratante y **Auna Seguros**.

II.35. **Predeterminación de costos:** Es el Procedimiento mediante el cual Auna Seguros autoriza la realización de todos o algunos de los Tratamientos dentales, especificando los honorarios y Copagos que deberán pagar los Asegurados.

II.36. **Profilaxis (limpieza):** Es la eliminación de sarro y pulido (remoción completa de cálculos, depósitos suaves, placa dentobacteriana, manchas y el pulido de superficies expuestas de un diente).

II.37. **Protectores o guardas oclusales:** Aparato removible que cubre los dientes y encías para protegerlos de golpes y/o para Tratamientos de la articulación temporomandibular, de apretamiento y/o rechinamiento de dientes o bruxismo.

II.38. **Red cerrada:** Modalidad del Contrato de Seguro en el que el Asegurado únicamente deberá acudir con los Dentistas de la Red **Auna Seguros**, lo cual se establecerá claramente en la Carátula de la Póliza y/o en la Guía del Asegurado respectivos.

II.39. **Reembolso:** Sistema de pago conforme al cual, **Auna Seguros** restituye al Asegurado, los Gastos Cubiertos pagados para cubrir un Tratamiento Dental, previsto por la Póliza de Seguro conforme al honorario máximo contratado o bien en caso de que la póliza se encuentre en su Periodo de Gracia.

II.40. **Saturación de los servicios dentales:** Situación que ocurre cuando **Auna Seguros**, se encuentra imposibilitada para otorgar una cita al asegurado dentro de la Red de Dentistas en virtud de la demanda de servicios.

II.41. **Serie radiográfica:** Para efectos de la presente Póliza, la Serie Radiográfica a partir de los 13 (trece) años consta de 14 (catorce) radiografías periapicales y hasta 4 (cuatro) Radiografías de Aleta de Mordida. En menores de 13 (trece) años consta de 2 (dos) Radiografías Periapicales y 2 (dos) Radiografías de Aleta de Mordida. Dicha serie deberá mostrar las coronas y raíces de todos los dientes y hueso alrededor de los mismos.

II.42. **Siniestro:** Es la ocurrencia de una eventualidad amparada en los términos, condiciones y cláusulas pactadas en el presente Contrato de Seguro.

II.43. **Sitio:** El lugar donde hay un diente con problema de hueso o encía. Los Tratamientos periodontales severos se reportan por Sitio, cuando 2 (dos) dientes juntos tienen pérdida de encía, cada uno se contará como Sitio individual; si 2 (dos) dientes juntos tienen una zona de pérdida de hueso, cada zona se considera un Sitio individual; si 2 (dos) dientes juntos tienen una zona intermedia compartida de perdida de hueso se considera como 1 (un) solo Sitio; si los dientes no comparten la pérdida de hueso se consideran Sitios individuales; puede haber zonas sin diente, con defecto de pérdida de hueso y cada zona se considera un Sitio; si el defecto de pérdida de hueso se extiende a 2 (dos) zonas juntas sin diente, se considera un Sitio.

II.44. **Solicitud de seguro:** Documento que contiene la oferta elaborada por el Contratante para celebrar un Contrato de Seguro con **Auna Seguros**, indispensable para la emisión de la Póliza de Seguro.

II.45. **Sublímite Anual:** Es la cantidad máxima que **Auna Seguros** pagará por concepto de algunos Tratamientos dentales Cubiertos durante la vigencia de la Póliza de Seguro a cada uno de los Asegurados, de conformidad con el plan contratado.

II.46. **Transferencia electrónica de fondos:** Pago hecho a través del envío electrónico de dinero de una cuenta de cheques o de tarjeta de débito a otra cuenta de cheques o de tarjeta de débito a través de cualquiera de las instituciones bancarias ubicadas dentro de territorio nacional.

II.47. **Tratamiento dental:** Conjunto de medios que se utilizan para la prevención, curación y alivio de enfermedades bucodentales y/o lesiones bucodentales del Asegurado ocasionadas por un accidente o enfermedad dental de acuerdo con los términos estipulados en la Póliza de Seguro.

II.48. **Urgencia Dental:** Aquella situación extraordinaria que implique una dolencia física que requiera de manera indispensable la atención inmediata de un Dentista para prevenir un daño físico o mitigar una dolencia.

II.49. **Vigencia:** plazo estipulado en la carátula de la póliza durante el cual operarán las coberturas contratadas y aparadas en estas condiciones generales.

III. Beneficios, alcances y limitaciones por tratamiento dental

III.1. Descripción y Alcance de los Beneficios

Quedan Amparados los Tratamientos dentales que a continuación se mencionan, de acuerdo con el Plan Dental Contratado.

El periodo de alcance del beneficio indicado en los siguientes cuadros comenzará a contarse a partir de la fecha en que se realizó el tratamiento por última vez según los registros de **Auna Seguros.**

III.1.1. Tratamientos de Accidentes

Se cubren los siguientes Tratamientos dentales a consecuencia de un Accidente Dental (sin Periodo de Espera para este beneficio):

Descripción del Tratamiento Dental	Alcance del Beneficio
Evaluación Oral Limitada - Problema Localizado	Solo por Urgencias
Rx. Intraoral -- periapical--primera placa	Solo por Urgencias
Placa panorámica	Solo por Urgencias
Composite con base de resina -- de 1 (Una) o más superficies en el diente anterior	Solo por Urgencias
Composite con base de resina -- de 1 (Una) a 2(dos) superficies en diente posterior	Solo por Urgencias
Extracción, diente o raíz expuesta (remoción con elevador y/o fórceps)	Solo por Urgencias
Reimplantación y/o estabilización de diente desprendido o desplazado por Accidente Dental	Solo por Urgencias
Tratamiento de endodoncia en diente anterior, premolar o molar **(excluyendo restauración final)**	Solo por Urgencias
Remoción quirúrgica de restos radiculares	Solo por Urgencias
Remoción quirúrgica de diente expuesto que requiere la elevación del colgajo del mucoperiostio y remoción ósea y/o sección del diente	Solo por Urgencias

III.1.2. Tratamientos de Urgencias Dentales

Se cubren los siguientes Tratamientos dentales a consecuencia de una Urgencia Dental (sin Periodo de Espera para este beneficio):

Descripción del Tratamiento Dental	Alcance del Beneficio
Consulta por Urgencia Dental. Horario Normal o Fuera del Horario Normal	Solo por Urgencias
Curaciones sedantes temporales u Obturación Provisional	Solo por Urgencias
Extracción de restos coronales (dientes primarios)*	Solo por Urgencias
Rx. Intraoral -- periapical--primera placa	Solo por Urgencias
Rx. Aleta de mordida -- una placa	Solo por Urgencias

Extracción, diente o raíz expuesta (elevación y/o remoción con fórceps)*	Solo por Urgencias
Incisión y drenaje de abscesos -- tejido blando intraoral (realizado en el consultorio Dental sin complicaciones quirúrgicas complejas)	Solo por Urgencias
Pulpotomía terapéutica-- remoción de pulpa coronaria hasta la unión dentinocemental y aplicación de medicamento, en dientes primarios **(no incluye restauración final)**	Solo por Urgencias
Pulpectomía -- Terapia pulpar (relleno absorbible) -- dientes anteriores o posteriores, primarios **(no incluye restauración final)**	Solo por Urgencias
Recubrimiento pulpar directo o indirecto **(no incluye restauración final)**	Solo por Urgencias
Recementación de coronas prefabricadas	Solo por Urgencias
Escisión de encía pericoronal	Solo por Urgencias
Sutura de heridas intrabucales recientes de hasta 5 cm	Solo por Urgencias
Tratamiento paliativo del dolor Dental – por alveolitis o por Procedimiento menor – incluyendo Acceso y Debridación Pulpar	Solo por Urgencias
Pegado de fragmentos de diente, borde incisal o cúspide, dientes permanentes (por medio de adhesivos Dentales)	Solo por Urgencias
Corona provisional directa en acrílico autopolimerizable - diente anterior	Solo por Urgencias

* También conocida como exodoncia no quirúrgica

Descripción y Alcance de los Beneficios Cubiertos sujetos a periodo de espera de 60 días.

Los beneficios y coberturas derivados de los servicios y Tratamientos establecidos en esta Sección estarán sujetos a Períodos de Espera de 60 días.

III.1.3. Tratamientos dentales de diagnóstico y prevención

Diagnóstico. Los Tratamientos necesarios para asistir al Dentista en la evaluación de las condiciones de salud existentes para prescribir o determinar el Tratamiento Dental requerido, o en su caso, para comprobar el estado de salud o vigor físico del Asegurado, que sean considerados acostumbrados de acuerdo con los estándares generalmente aceptados en la práctica Dental.

Prevención. Los Tratamientos necesarios, incluyendo, aplicación de flúor y selladores de fisuras, para prevenir la ocurrencia de Enfermedades Dentales, considerados como necesarios y acostumbrados de acuerdo con los estándares generalmente aceptados en la práctica Dental.
Ver adicionalmente las limitaciones en la **Sección III.2 Limitaciones a los Beneficios**

Descripción del Tratamiento Dental	Alcance del Beneficio
Evaluación Oral -- paciente nuevo o establecido	1 (Una) cada 12 (doce) meses
Rx. Intraoral -- Serie Radiográfica de Diagnóstico completa incluyendo aleta de mordida	1 (Una) cada 5 (cinco) años
Rx. Intraoral – periapical de Diagnóstico	Hasta 4 (cuatro) en 12 (doce) meses, según el Plan contratado
Rx. Intraoral – placa oclusal de Diagnóstico	1 (Una) cada 12 (doce) meses
Rx. Aleta de mordida de Diagnóstico	Hasta 4 (cuatro) en 12 (doce) meses
Placa panorámica de Diagnóstico	1 (Una) cada 5 (cinco) años
Profilaxis (limpieza) en adulto o en niño menores de 14 (catorce) años de edad	Hasta 2 (dos) en 12 (doce) meses, según el Plan contratado
Aplicación tópica de flúor (no incluye profilaxis) en niños menores de 14 (catorce) años de edad	Hasta 2 (dos) en 12 (doce) meses, según el Plan contratado
Sellador -- por diente permanente	1 (Uno) cada 3 (tres) años – mismo diente; Primeros molares hasta 10 (diez) años; segundos molares hasta 15 (quince) años, según el Plan contratado.

Las Evaluaciones Orales incluyen: consejos nutricionales para el control de Enfermedades Dentales e instrucciones en higiene oral (técnicas de cepillado).

El alcance en número de radiografías por cada tipo de radiografía obedece a minimizar la sobre exposición del asegurado a radiaciones innecesarias.

III.1.4. Tratamientos Dentales Restaurativos Básicos

Tratamientos de amalgamas y resinas para la restauración de los dientes por caries activas y/o de los dientes fracturados a causa de un accidente Dental, considerados como necesarios y acostumbrados de acuerdo con los estándares generalmente aceptados en la práctica Dental.
Ver adicionalmente las limitaciones en la **Sección III.2 Limitaciones a los Beneficios**

Descripción del Tratamiento Dental	Alcance del Beneficio
Amalgama de 1 (una) o más superficies, en dientes primarios o permanentes	1 (una) cada 3 (tres) años por cada diente o superficie, según el Plan contratado.
Composite con base de resina -- de 1 (una) o más superficies en diente anterior	1 (una) cada 3 (tres) años por cada diente o superficie, según el Plan contratado.
Composite con base de resina -- de 1 (una) a 2 (dos) superficies – en diente posterior	1 (una) cada 3 (tres) años por cada diente o superficie, según el Plan contratado.
Composite con base de resina -- 4 (Cuatro) o más superficies involucrando el ángulo incisal -- En diente anterior	1 (una) cada 3 (tres) años por cada diente o superficie, según el Plan contratado.
Restauración con resina fluida en dientes permanentes y en diente sin restauración previa	1 (una) cada 3 (tres) años por cada diente o superficie, según el Plan contratado.

De acuerdo a los estándares de la práctica dental, los Tratamientos o Procedimientos indicados para el caso de las caries sin cavidad (incipientes) son las restauraciones con resina fluida o los selladores y no los **composite con base de resina.**

III.1.5. Procedimientos Quirúrgicos Menores

Extracciones y otros Procedimientos quirúrgicos menores, incluyendo también los cuidados pre y post quirúrgicos, considerados como necesarios y acostumbrados de acuerdo con los estándares generalmente aceptados en la práctica Dental.
Ver adicionalmente las limitaciones en la **Sección III.2 Limitaciones a los Beneficios**

Descripción del Tratamiento Dental	Alcance del Beneficio
Extracción, restos coronales -- dientes primarios	
Extracción, diente o raíz expuesta (remoción con elevador y/o fórceps)	
Biopsia de tejido oral duro y blando (no incluye costo de laboratorio)	2 (Dos) en 12 (doce) meses cualquier combinación de ellas, según el Plan contratado.
Incisión y drenaje de abscesos -- tejido blando intraoral	Limitación en número de Tratamientos según el Plan contratado

III.1.6. Tratamientos de Endodoncia

Tratamiento para terapia pulpar y obturación de conductos radiculares, considerados como necesarios y acostumbrados de acuerdo con los estándares generalmente aceptados en la Práctica Dental.
Ver adicionalmente las limitaciones en la **Sección III.2 Limitaciones a los Beneficios**

Descripción del Tratamiento Dental	Alcance del Beneficio
Pulpotomía terapéutica (**excluyendo restauración final**)-- remoción de pulpa coronaria hasta la unión dentinocemental y aplicación de medicamento. Dientes primarios	1 (Una) por diente
Pulpectomía -- Terapia pulpar (relleno absorbible) -- dientes anteriores y posteriores, primarios **(no incluye restauración final)**	1 (Una) por diente
Terapia de conducto radicular (endodoncia) en diente anterior, premolar o molar **(no incluye restauración final)**	
Retratamiento de terapia de conducto radicular (endodoncia) previa – en diente anterior, premolar o molar	1 (Una) por diente
Apexificación/recalcificación (reparación de perforaciones por cierre/calcificación apical, reabsorción de raíz, etc.)-- visita inicial, reemplazo de medicamento provisional y visita final que incluye terapia de canal radicular (endodoncia) completa	1 (Una) por diente
Cirugía de Apicectomía/perirradicular -- en diente anterior, premolar o molar – por raíz	
Obturación retrógrada -- por raíz	1 (Una) de por vida - mismo diente

III.1.7. Tratamientos de Remoción de Terceros Molares y Procedimientos Quirúrgicos Complejos

Remoción de terceros molares y otros Procedimientos quirúrgicos complejos, incluyendo también los cuidados pre y post quirúrgicos, considerados como necesarios y acostumbrados de acuerdo con los estándares generalmente aceptados en la Práctica Dental.
Ver adicionalmente las limitaciones en la **Sección III.2 Limitaciones a los Beneficios**

Descripción del Tratamiento Dental	Alcance del Beneficio
Remoción quirúrgica de diente erupcionado mediante elevación de colgajo mucoperióstico y remoción ósea y/o sección del diente	
Remoción de diente impactado -- tejido blando, parcialmente cubierto por hueso o completamente cubierto por hueso	
Remoción quirúrgica de residuos de raíces de dientes	
Remoción de exostosis lateral (maxilar o mandibular)	1 (Una) de por vida - misma área
Remoción de torus palatino o torus mandibular	1 (Una) de por vida - mismo diente
Incisión y drenaje de abscesos -- tejido blando intraoral -- complicado (incluye drenaje de múltiples espacios faciales)	**Se excluye la Angina de Ludwig. Asimismo, no incluye medicamentos, anestesia general ni gastos hospitalarios de ningún tipo. Limitación en número de Tratamientos según el Plan contratado**
Incisión y drenaje de abscesos -- tejido blando extraoral y tejido blando extraoral complicado (incluye drenaje de múltiples espacios faciales)	**Los abscesos deben ser de origen dental, periodontal o de tejidos blandos bucales. Se excluye la Angina de Ludwig. Asimismo, no incluye medicamentos, anestesia general ni gastos hospitalarios de ningún tipo. Limitación en número de Tratamientos según el Plan contratado**
Frenilectomía (frenectomía o frenotomía) -- procedimiento por separado	1 (Una) de por vida
Frenuloplastía	1 (Una) de por vida
Escisión de encía pericoronal	1(Una) vez de por vida -mismo diente

III.1.8. Tratamientos de Coronas

Restauración de dientes con onlays o coronas, cuando los dientes no pueden ser restaurados con amalgamas o resinas, consideradas como necesarios y acostumbrados de acuerdo con los estándares generalmente aceptados en la Práctica Dental.
Ver adicionalmente las limitaciones en la **Sección III.2 Limitaciones a los Beneficios**

Descripción del Tratamiento Dental	Alcance del Beneficio
Corona Individual de porcelana fundida sobre metal no precioso, Corona 3/4 en metal no precioso, Corona completa en metal no precioso	1 (Una) cada 5 (cinco) años – mismo diente, según el Plan contratado, según el Plan contratado.
Corona prefabricada de acero inoxidable en dientes primarios y permanentes	1 (Una) cada 2 (dos) años – mismo diente, según el Plan contratado.
Reconstrucción de diente con endodoncia muy destruido	1 (Uno) cada 5 (cinco) años – mismo diente, según el Plan contratado, según el Plan contratado.
Poste y muñón para retener una corona, prefabricado o fabricado en laboratorio.	1 (Uno) cada 5 (cinco) años – mismo diente, según el Plan contratado, según el Plan contratado.
Onlay -- metal tipo III o albacast de 2 (dos) a 4 (cuatro) superficies	1 (Uno) cada 5 (cinco) años – mismo diente, según el Plan contratado, según el Plan contratado.
Recementado de inlay u onlay, de coronas y/o puentes	Limitación en número de Tratamientos según el Plan contratado

III.2. Limitaciones a los Beneficios

III.2.1. Limitaciones en Planes de Tratamientos dentales

En todos los casos en los que el Asegurado se someta a un Plan de Tratamiento Dental más costoso o distinto de los Tratamientos dentales cubiertos por la Póliza de Seguro, Auna Seguros únicamente pagará el porcentaje aplicable al Honorario Máximo del Tratamiento Dental alternativo menos costoso, únicamente si el Tratamiento Dental restaura la salud bucodental del Asegurado de acuerdo con los estándares generalmente aceptados en la Práctica Dental. La diferencia de costo por dicho Plan de Tratamiento Dental alternativo queda a cargo del Asegurado. Dentro de dichos Planes de Tratamiento Dental alternativos se incluyen, entre otros, técnicas especializadas que lleven oro, aditamento de precisión parcial, sobre-dentaduras o dentaduras superpuestas, Implantes, dentaduras de precisión, personalización o caracterización como son joyas, hombros en coronas o cualquier otro medio de cobro de Tratamientos dentales en componentes individuales cuando la costumbre es pagarlos como parte de un Tratamiento Dental general, de acuerdo a los estándares generalmente aceptados en la Práctica Dental.

Las curaciones sedantes temporales son excluyentes de amalgamas y resinas, por lo que al terminar los Periodos de Espera del beneficio de Restaurativo Básico, no se cubrirán Curaciones Sedantes temporales; sólo se cubrirán amalgamas y resinas.

III.2.2. Limitaciones a Consultas y Evaluaciones Orales (incluyendo visitas para Observación)

(i) Para los Tratamientos de Urgencias Dentales, las Consultas por Urgencia Dental están limitadas a una por incidente de urgencia con el Dentista General y una por incidente de urgencia con el Especialista, siempre y cuando el Especialista no haya hecho ningún tratamiento (se considera que cuando hay Tratamiento Dental por parte de un Especialista, el costo de la consulta por Urgencia Dental está incluida en los Honorarios Máximos por el Tratamiento Dental).

III.2.3. Limitaciones en Radiografías

Auna Seguros únicamente pagará por las radiografías que se requieran para fines de diagnóstico. Las radiografías que se necesiten tomar para realizar los diferentes Tratamientos dentales y aquellas posteriores al Tratamiento para comprobar la calidad del mismo, no serán pagadas ya que su costo está incluido en el Honorario Máximo Autorizado de cada Tratamiento Dental.

(i) La Serie Radiográfica completa, está conformada por 14 (catorce) periapicales hasta 4 (cuatro) de Aleta de Mordida, está limitada a no más de una serie radiográfica en el periodo establecido como Alcance del Beneficio descrito en la sección III.1 Descripción y Alcance de los Beneficios.

(ii) Las radiografías Panorámicas acompañadas por radiografías de Aleta de Mordida están limitadas a no más de 1 (una) en el periodo establecido como Alcance del Beneficio descrito en la III.1 Descripción y Alcance de los Beneficios.

(iii) Para el caso de las radiografías Periapicales, Oclusales, Aleta de Mordida, la Serie Radiográfica, así como la Placa Panorámica, el máximo a pagar anualmente por cualquier combinación de éstas no podrá ser mayor al costo de una Serie Radiográfica.

(iv) Si se toma una radiografía Panorámica en combinación con una serie intraoral completa, Auna Seguros considerará la radiografía panorámica incluida en la serie intraoral completa, por lo que únicamente pagará el costo de esta última (esta limitación no sustituye a la limitación particular del Tratamiento Serie Radiográfica, ni la del Tratamiento Placa Panorámica).

El alcance en número de radiografías por cada tipo de radiografía obedece a minimizar la sobre exposición del asegurado a radiaciones innecesarias.

III.2.4. Limitaciones en Selladores
Solo podrán ser aplicados en dientes sin caries y sin restauraciones en la superficie oclusal. En el beneficio de Selladores no están incluidas reparaciones ni reemplazos de ningún sellador en un diente dentro de los primeros 3 (tres) años de su aplicación.

III.2.5. Limitaciones en Restaurativo Básico
Si un diente puede ser restaurado con amalgama o composite con base de resina, pero el Asegurado y el Dentista seleccionan otro tipo de restauración o material, AUNA SEGUROS solamente pagará el porcentaje aplicable del Honorario Máximo del Tratamiento Dental restaurativo de menor costo. La diferencia en el costo queda a cargo del Asegurado y se considerará como Excluido de la Póliza de Seguro.

En el módulo de Restaurativo Básico No se cubren Tratamientos de amalgamas o resinas en dientes posteriores con tratamiento de endodoncia. Así mismo, el tratamiento con inlays (incrustaciones) no está cubierto en dicho módulo.

Limitación a las Resina (Composite con Base de Resina) en Dientes Posteriores
Se cubren las resinas de 1 (una) y 2 (dos) superficies en dientes posteriores siempre y cuando el diente no haya sido tratado con ningún tipo de obturación anteriormente y el ancho de la lesión en la cara oclusal sea menor al 50% (cincuenta por ciento); será obligatorio presentar las fotografías y/o radiografías de diagnóstico y postoperatorias para que proceda el pago. De acuerdo a los estándares de la práctica dental, los Tratamientos indicados para el caso

de las caries sin cavidad (incipientes) son las restauraciones con resina fluida o los selladores y no los composite con base de resina.

III.2.6. Limitaciones en Coronas
El reemplazo de coronas se pagará no más del número establecido en el folleto explicativo, y solamente si las coronas existentes no son satisfactorias funcionalmente y no pueden corregirse.

El periodo de alcance del beneficio comenzará a contarse a partir de la fecha en que se realizó la restauración por última vez según los registros de Auna Seguros.

El poste y muñón quedará cubierto siempre y cuando haya una pérdida del 50% (cincuenta por ciento) o más de estructura dentaria y la restauración final será una corona completa.

Para prevenir fracturas dentales, el onlay es la restauración mínima recomendada en dientes posteriores con tratamiento de conducto radicular (endodoncia), por lo que, en estos casos, no se cubren Tratamientos de amalgamas o resinas por lo que será su responsabilidad pagarlo en su totalidad.

IV. Coberturas Opcionales

En caso de ser descritas como contratadas en la Carátula de la Póliza quedan amparados los Tratamientos dentales o de visión que a continuación se mencionan. **Auna Seguros** se obliga, mediante el pago de la Prima, a cubrir por reembolso los Tratamientos opcionales cubiertos en este Capítulo, de acuerdo con los términos, condiciones, copagos, deducibles y límites anuales estipulados en cada cobertura contratada.

IV.1. Cobertura Opcional de Apoyo inicial de Ortodoncia
Descripción y Alcance de los Beneficios Cubiertos sujetos a periodo de espera de 365 días

Los beneficios y coberturas derivados de los servicios y Tratamientos establecidos en esta Sección estarán sujetos a Períodos de Espera de 365 días.

IV.1.1. Definiciones particulares de la Cobertura
(v) Ortodoncia: es la rama de la odontología que se especializa en el diagnóstico, prevención y Tratamiento de mal posiciones Dentales faciales.

IV.1.2. Descripción y Alcance de los Beneficios

Auna Seguros reembolsará hasta la cantidad máxima otorgada para el apoyo inicial del Tratamiento de ortodoncia, colocación inicial de aparatos y/o exámenes de diagnóstico previos de Ortodoncia una vez de por vida.

Los Tratamientos que se podrán otorgar para el inicio de ortodoncia serán:

Descripción del Tratamiento Dental	Alcance del Beneficio
Evaluación oral ortodóntica completa – diagnóstico y plan de tratamiento –	En combinación de cualquiera de los 3 tratamientos. Hasta la cantidad máxima contratada.
Tratamiento ortodóntico –colocación aparatos –	
Paquete de estudios de diagnóstico para Ortodoncia (Incluye al menos RX Panorámica, RX cefalométrica y trazado cefalométrico, Fotografías intraorales, Fotografías extraorales, Modelos de estudio superior e inferior)	

IV.1.3. Limitaciones particulares de la Cobertura

1 . Los estudios serán realizados solo una vez de por vida.

IV.1.4. Pago de Reclamaciones particulares para la cobertura:

En caso de que la reclamación proceda a través del sistema de Reembolso, el Contratante, padre o tutor del asegurado deberá comprobar fehacientemente a **Auna Seguros** la prestación del Tratamiento. El Contratante, padre o tutor del asegurado deberá:

1. Acudir con el Ortodoncista y llevar el Formato de Reembolso, así como el instructivo de dicho trámite (el cual se puede descargar de la página web: **dentegra.com.mx**).
2. Pedir las facturas a nombre del Contratante, padre o tutor del asegurado de la Póliza.
3. Solicitar apoyo al Ortodoncista para llenar el Formato de Reembolso, el cual deberá incluir las firmas del Ortodoncista y del Contratante, padre o tutor del asegurado

4. Pagar el 100% (cien por ciento) de los honorarios del Ortodoncista y/o Laboratorio.

Enviar de forma física a nuestras oficinas, o al correo electrónico **siniestros.mx@auna.org**, con los siguientes documentos requeridos:

(i) Formato Solicitud de Reembolso requisitado y firmado (disponible en nuestra página web: **dentegra.com.mx**)
(ii) Copia de identificación oficial vigente con fotografía del Contratante, padre o tutor del asegurado.
(iii) Copia de comprobante de domicilio que sea consistente con la dirección indicada en la Solicitud de reembolso. No mayor a 90 (noventa) días de antigüedad.
(iv) Comprobante Fiscal Digital (CFDI) a nombre del Contratante, padre o tutor del asegurado el cual se integra de dos archivos: el XML y el PDF, ambos son necesarios para el trámite del Reembolso.
(v) Podrás seleccionar la opción para que se pueda efectuar el pago del reembolso entre: Transferencia electrónica de fondos (TEF), Orden de pago o cheque.
- En caso de elegir Transferencia electrónica de fondos (TEF), es necesario agregar copia del estado de cuenta donde se muestre la CLABE interbancaria.
- En caso de seleccionar la opción de orden de pago, este será enviado a una sucursal bancaria dentro de la región en la que se encuentre la dirección registrada en la solicitud de reembolso.
- Si fuese de tu preferencia que el reembolso sea pagado a través de cheque, estará a nombre del Contratante, padre o tutor del asegurado o reclamante y será enviado directamente al Contratante, padre o tutor del asegurado.

(vi) Copia de la carta de Consentimiento informado firmada por el Contratante, padre o tutor del asegurado.

IV.2. Exclusiones particulares de la cobertura

1. **La reparación o reposición de cualquier aparato de Ortodoncia, total o parcialmente.**
2. **Tratamientos, Procedimientos quirúrgicos o cirugía ortognática.**
3. **Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del Tratamiento de Ortodoncia por las lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en la Póliza de Seguro.**
4. **Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del Tratamiento de Ortodoncia causada por negligencia del Asegurado a las indicaciones del Ortodontista tratante. Ningún Tratamiento que no esté especificado dentro de los Beneficios Cubiertos del Plan.**

IV.3. Cobertura Opcional de Visión
Descripción y Alcance de los Beneficios Cubiertos sujetos a periodo de espera de 60 días

Los beneficios y coberturas derivados de los servicios y tratamientos establecidos en esta Sección estarán sujetos a Períodos de Espera de 60 días.

IV.3.1. Definiciones Particulares de la Cobertura

(i) Anteojos: Son los anteojos completos que incluyen armazón y lentes graduados que el Asegurado podrá elegir siempre que así lo requiera, atendiendo a los límites establecidos en el plan contratado con **Auna Seguros.**

(ii) Examen Completo de la Vista: Análisis referente a las funciones de visión, incluyendo la prescripción de Anteojos en caso de que sea necesario.

(iii) Óptica de la Red Auna Seguros: La óptica que ha celebrado un contrato de prestación de Servicios profesionales con **Auna Seguros**, y que se encuentra autorizado para realizar el Examen Completo de la Vista y proporcionar al Asegurado los Anteojos, en caso de que el Asegurado así lo requiera.

IV.3.2. Descripción y Alcance de la Cobertura

Auna Seguros cubrirá los Servicios de visión hasta el Límite Anual establecido en la carátula de la póliza, en caso de que el costo de los Anteojos supere el Límite Anual el Asegurado deberá pagar la diferencia.

En caso de que los Servicios Ópticos se presten fuera de la República Mexicana, **Auna Seguros**no estará obligada a cubrir los gastos generados por dichos Servicios
Ópticos.

El Asegurado únicamente podrá hacer uso de su seguro por solo una ocasión cuando se haya cumplido el periodo de espera y tendrá derecho a lo siguiente:

Anteojos o Lentes Graduados. El asegurado tendrá derecho a escoger solo uno a partir de la fecha de inicio de la cobertura del Asegurado lo siguiente:

(i) Un armazón dentro de los modelos que cada Óptica de la Red **Auna Seguros** tenga autorizados para el plan contratado y que podrán variar según la Óptica de la Red **Auna Seguros** de que se trate conforme al Límite Anual establecido; y un par de lentes graduados, conforme a la cobertura de visión contratada. Por lo tanto, no se cubren los

armazones sin los lentes graduados, ó

(ii) Un lente o un par de lentes graduados, según sea necesario y conforme a la cobertura de visión contratada. En caso de que el Asegurado necesite por prescripción médica unos lentes graduados especiales (lentes para deporte graduados) quedarán sujeto a autorización previa de **Auna Seguros** y en su caso se autorizarán hasta el Límite Anual establecido. Por lo tanto, si se pueden cubrir únicamente los lentes graduados.

Auna Seguros únicamente pagará una dotación de Anteojos o Lentes Graduados, por Asegurado a partir de la fecha de inicio de la cobertura del Asegurado. La presente cobertura no es transferible ni acumulable entre los asegurados.

El asegurado tendrá derecho a que se le cubra al menos el examen optométrico (general de visión), un armazón (marcas y modelos seleccionados de acuerdo con el plan), lentes (plásticos en ultra lite graduados para visión sencilla o bifocal) y un estuche para anteojos **hasta agotar** el Límite Anual establecido.

IV.3.3. Exclusiones particulares de la Cobertura:

Adicionalmente a las exclusiones establecidas en el **Capítulo V Exclusiones Generales** de esta Póliza de Seguro, en ningún caso cubrirá los gastos originados por:

(i) **Cualquier tipo de consulta médica o Tratamiento médico preventivo efectuado por un oftalmólogo y/o cualquier otra persona autorizada para llevarlo a cabo.**
(ii) **Cualquier tipo de Tratamiento médico o quirúrgico para los ojos.**
(iii) **Ejercicios ortópticos o entrenamiento visual para tratar la visión baja.**
(iv) **Visión baja.**
(v) **Apoyos para visión baja o subnormal.**
(vi) **Aniseiconía (Trastorno ocular que genera imágenes de diferente tamaño entre las retinas)**
(vii) **Cualquier tipo de examen o análisis necesario para detectar alteraciones en el campo visual.**
(viii) **Tomografías.**
(ix) **Angiografía Fluorescente.**
(x) **Reemplazo de armazones como consecuencia de extravío, robo, maltrato o rotura.**
(xi) **Servicios adicionales a los Anteojos que no sean utilizados para la corrección de la visión, tales como Tratamientos anti-reflejantes, antirayas ultravioletas, de protección solar o cualquier otro que tenga por finalidad motivos estéticos.**
(xii) **Anteojos comprados con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza de Seguro o con anterioridad a la fecha de inicio de la cobertura de los Asegurados o con posterioridad a la terminación de la vigencia de la cobertura del Asegurado o de la Póliza de Seguro.**
(xiii) **Medicamentos.**
(xiv) **Ningún servicio que no esté especificado dentro de los Servicios de visión cubiertos por el plan contratado.**
(xv) **Lentes de contacto**

V. Exclusiones Generales

La Póliza de Seguro en ningún caso cubrirá los gastos originados por cualesquiera de los supuestos que a continuación se mencionan:

V.1. Tratamientos o materiales por malformaciones óseas y Dentales congénitas y Tratamientos por afecciones durante el desarrollo de los dientes, por ejemplo: hipocalcificación o hipoplasia del esmalte.

V.2. Tratamientos dentales que incrementan la dimensión vertical de una oclusión, reemplacen la pérdida de la estructura de los dientes por desgaste, tales como, atrición, bruxismo, rechinamiento, apretamiento de los dientes, abrasión, erosión, abfracción y por hábitos orales que dañen la integridad de los dientes, excepto que sea parte del Tratamiento Dental necesario y debido a un Accidente Dental o lesión bucal y directamente atribuible a éste. Tampoco se cubren los protectores o guardas oclusales y los ajustes oclusales.

V.3. Tratamientos, intervenciones quirúrgicas o materiales realizados primariamente por motivos estéticos para mejorar la apariencia del Asegurado, mediante restauración plástica, corrección o eliminación de defectos; Tratamiento de fluorosis (un tipo de decoloración de los dientes); Tratamiento por pigmentación dental a consecuencia de medicamentos; carillas de porcelana u otras carillas que no tienen el propósito de restauración; así como cualquier otro Tratamiento o material que sea considerado como tal, de acuerdo a los estándares generalmente aceptados de la Práctica Dental, excepto que sea parte de algún Tratamiento dental necesario y debido a un Accidente Dental o lesión bucal directamente atribuible a éste. Si los Tratamientos realizados en un diente en particular no están excluidos, el Tratamiento cosmético de los dientes adyacentes o que están cerca del afectado se considerarán como Excluidos.

V.4. Gastos Dentales a consecuencia de Tratamientos dentales incorrectos que hubieran sido proporcionados antes de la vigencia de la Póliza de Seguro o por Dentistas fuera de la Red Auna Seguros durante la vigencia de la Póliza de Seguro.

V.5. Tratamientos prestados o materiales suministrados por un Dentista antes de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza de Seguro o antes de la fecha de inicio de la Cobertura de los Asegurados.

V.6. Tratamientos dentales prestados o materiales suministrados después de la terminación de la Vigencia de la Póliza de Seguro, a menos de que el Tratamiento haya comenzado durante la vigencia de la Póliza de Seguro.

V.7. Utilización de medicamentos por autoprescripción que causen una lesión bucal que amerite una Urgencia Dental.

V.8. Gastos por radiografías de diagnóstico que se necesiten tomar para realizar los diferentes Tratamientos y aquellas posteriores al Tratamiento para comprobar la calidad del mismo, no serán pagados ya que su costo está incluido en el Honorario Máximo Autorizado de cada Tratamiento.

V.9. Programas de control preventivo de la placa dento-bacteriana, incluyendo programas de instrucción de higiene oral, que no estén incluidos en el Tratamiento de Evaluación Oral o Consulta.

V.10. Terapia miofuncional (de la función de los músculos). Equilibrio de la oclusión, gnatología (estudio y o corrección de las fuerzas masticatorias y las partes anatómicas involucradas) y Tratamientos asociados. Diagnóstico y/o Tratamiento por la disfunción de la articulación temporomandibular o musculatura, nervios u otros tejidos asociados.

V.11. Medicamentos y enjuagues bucales, incluyendo los de aplicación tópica para Tratamientos de Enfermedad periodontal, pre-medicación, analgesia, sedación intravenosa, anestesia general. Así mismo, los cargos separados por anestesia local no estarán cubiertos ya que éstos forman parte de los gastos del Tratamiento Dental.

V.12. Tratamientos, materiales para injerto de hueso o materiales similares usados con el mismo fin, para el relleno de defectos en zonas sin dientes.

V.13. Tratamientos de con Inlay (incrustaciones).

V.14. Tratamientos dentales de naturaleza experimental o de investigación, o que no sean considerados como necesarios y acostumbrados de acuerdo a los estándares generalmente aceptados en la Práctica Dental.

V.15. En los casos donde los Tratamientos dentales requieran ser realizados o suministrados en un hospital o en cualquier instalación para Tratamientos quirúrgicos, AUNA SEGUROS no cubre cualquier Honorario adicional cobrado por el Dentista por dichos Tratamientos dentales en hospital, ni cubrirá cualquier gasto del hospital y/o quirófano, de los materiales, de anestesia o de la instalación para Tratamientos quirúrgicos.

V.16. Servicios de administración del Consultorio Dental, Servicios de administración para el cobro de los siniestros y cualquier otro costo administrativo que no esté expresamente incluido en el Plan.

V.17. Servicios de transportación de ambulancia, hospitalización por cualquier causa objeto de este seguro.

V.18. Cualquier servicio de fase de no-tratamiento como puede ser la provisión de un ambiente antiséptico, la esterilización de equipo o control de infecciones, así como cualquier material auxiliar que se use en el Tratamiento cuando su costo deba estar incluido en el costo del Tratamiento (Honorario Máximo del Dentista), de acuerdo a los estándares generalmente aceptados en la Práctica Dental, como pueden ser, pero no limitados a algodones, mascarillas y las técnicas de relajación como música.

V.19. Tratamiento en dientes sin restaurar o reemplazo de restauraciones existentes para cualquier propósito diferente que el de restaurar lesiones por caries activas (con cavidad) o por desajuste demostrable de la restauración.

V.20. Tratamientos de ortodoncia (Tratamientos para la corrección de dientes o mandíbulas mal posicionadas). No se cubren extracciones por Indicación ortodóntica.

V.21. Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del Tratamiento odontológico o quirúrgico por las lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en la Póliza de Seguro.

V.22. Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del Tratamiento odontológico o quirúrgico causada por negligencia del Asegurado a las indicaciones del Dentista tratante.

V.23. Ningún Tratamiento que no esté especificado dentro de los beneficios del Plan.

V.24. En Incisiones y Drenajes de Abscesos, Los abscesos deben ser de origen dental, periodontal o de tejidos blandos bucales. En Incisiones y Drenajes de Abscesos se excluye la "Angina de Ludwig".

V.25. Gastos en que se incurra a consecuencia de hechos de guerra, alborotos populares, motines y epidemias declaradas oficialmente.

V.26. Gastos en que se incurra por Accidentes o Enfermedades Dentales que se originen a consecuencia de:

(a) Delitos dolosos o intencionales en los cuales el Asegurado sea considerado como sujeto activo o partícipe del delito.

(b) Lesiones auto inflingidas, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental

VI. Cláusulas Generales

VI.1. Contrato

La Póliza de Seguro, la Solicitud de Seguro, el Folleto Explicativo, la credencial del Asegurado las cláusulas y los Endosos que se agreguen constituyen documentos que acreditan la celebración del Contrato de Seguro entre **Auna Seguros** y el Contratante, bajo el cual quedarán amparados los Asegurados.

VI.2. Vigencia

La vigencia de esta Póliza de Seguro inicia y termina en la fecha y hora indicada en la carátula de esta.

VI.3. Edad Mínima y Máxima

La edad mínima para ser asegurado son 6 años y la edad máxima de 15 años de edad.
Edades de Cancelación: Al finalizar la vigencia el aniversario en el cual el asegurado cumpla la edad de 16 años.

VI.4. Padecimientos Preexistente

Auna Seguros cubrirá los Padecimientos Preexistentes definidos en el **Capítulo II Definiciones** de estas Condiciones Generales, siempre y cuando no haya iniciado Tratamiento alguno con un Dentista. No obstante, lo anterior, en caso de que **Auna Seguros** rechace alguna reclamación por considerarla como Padecimiento Preexistente, sólo lo podrá hacer cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

a) Que previamente a la celebración del Contrato de Seguro, se hubiere declarado la existencia del padecimiento o Enfermedad, o que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un Médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio de diagnóstico;

b) Cuando **Auna Seguros** cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la Enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o

c) Que previamente la celebración del Contrato de Seguro, el Asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente para recibir un Tratamiento médico de la Enfermedad o padecimiento de que se trate.

VI.5. Período de Beneficio

Auna Seguros estará obligada a cumplir con la prestación de servicios dirigidos a fomentar o restaurar la salud a consecuencia de que se produzca la eventualidad prevista en el contrato de seguro dentro de la vigencia del mismo de conformidad con las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro, a partir de la fecha de la primera erogación efectuada por el Asegurado dentro de la vigencia de la póliza, teniendo como límite, lo que ocurra primero:

i) Al certificarse la curación del padecimiento de que se trate, a través del alta médica o terminación del tratamiento dental;

ii) Al agotarse el límite máximo de responsabilidad contratado, o

iii) Al concluir el término pactado para la prestación del servicio, el cual en este caso será de setecientos treinta días naturales contados a partir de la fecha en que termine la vigencia del contrato.

VI.6. Rectificación de la Póliza de Seguro

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado y/o contratante podrá pedir la rectificación correspondiente, dentro de los 30 (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, conforme al Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Este mismo derecho se hace extensivo para el Contratante

VI.7. Revelación de Comisiones

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a **Auna Seguros**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 del Contrato.

Auna Seguros proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

VI.8. Renovación Automática de la Póliza de Seguro

Auna Seguros se obliga a otorgarle al Asegurado la renovación automática de la Póliza de Seguro, por períodos máximos de 1 (un) año, de conformidad con las condiciones en que fueron contratadas originalmente y considerando las tarifas que se encuentren vigentes a la fecha de renovación, salvo que **Auna Seguros** notifique por escrito al Contratante y/o Asegurado la no renovación de la Póliza de Seguro con al menos 30 (treinta) días naturales de anticipación a la fecha de terminación de la vigencia correspondiente. Para la obtención de dicho beneficio, el Contratante deberá pagar dentro del periodo de 30 (treinta) días naturales a que hace referencia el **capítulo VII Prima**, denominada **VII.3 Período de Gracia** de la Póliza de Seguro, el monto de la Prima correspondiente, y reunir los requisitos para la emisión de la Póliza de Seguro.

En la renovación de la póliza, en caso de hacer un cambio de plan no se reconocerá la antigüedad para efectos de la disminución de periodo de espera.

VI.9. Modificaciones a la Documentación Contractual

Las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro, sólo podrán ser modificadas por escrito, previo acuerdo entre el Contratante y **Auna Seguros**, mediante Endosos debidamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Los agentes de seguros o cualquier otra persona que actúen como intermediarios en la contratación de la Póliza de Seguro, no estarán autorizados ni facultados para hacer modificaciones ni concesiones a los términos y condiciones de la misma.

VI.10. Notificaciones

Cualquier notificación que el Contratante haga del conocimiento de **Auna Seguros** relacionada con la Póliza de Seguro, deberá enviarse por escrito, correo electrónico o teléfono de acuerdo con lo siguiente:

Por correo electrónico al siguiente mail: une.mx@auna.org

Por teléfono favor de comunicarse al siguiente número: 55 5002 3102

Obligándose a comunicar dicha notifica ción al Asegurado cuando éste llegare a ser diferente. Las notificaciones y comunicaciones que **Auna Seguros** lleve a cabo al Contratante o Asegurado, las dirigirá al último domicilio del que tenga conocimiento.

El acuse de recibo será el documento probatorio de la notificación, el cual surtirá sus efectos transcurridos 5 (cinco) días hábiles siguientes contados a partir de que la notificación fuere efectuada. Ambas partes convienen, sin excepción alguna, en notificar cualquier cambio en los últimos domicilios conocidos.

VI.11. Omisiones o Inexactas Declaraciones
De acuerdo con el artículo 8ª de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Contratante estará obligado a declarar por escrito a **Auna Seguros**, de conformidad con la Solicitud para la contratación del seguro, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal y como sean de su conocimiento o deban ser conocidas al momento de la celebración del Contrato de Seguro.

Asimismo, el contratante estará obligados a declarar por escrito a **Auna Seguros**, todos aquellos hechos relacionados los Asegurados, incluyendo, la edad, estado civil, dependencia económica, parentesco y cualquier otro elemento que se considere necesario para determinar si se cumplen con las características establecidas para pertenecer en la Póliza de Seguro, tal y como sean de su conocimiento o deban ser conocidos durante la vigencia del Contrato de Seguro.

La omisión o inexacta declaración de la información que conste en la Solicitud, aun cuando no haya influido en la apreciación del riesgo, facultará a **Auna Seguros** para considerar rescindido de pleno derecho el Contrato de Seguro. **Auna Seguros** comunicará al Contratante la rescisión del Contrato de Seguro dentro de los 30 (treinta) días siguientes a que **Auna Seguros** conozca la omisión o inexacta declaración.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de **Auna Seguros** a causa de alguna omisión, inexacta declaración, reticencia o negligencia en el aviso por parte del reclamante o del Contratante al celebrar el Contrato de Seguro, deberá ser reintegrado inmediatamente a **Auna Seguros** por el Contratante.

VI.12. 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 AUNA SEGUROS, se liquidarán en Moneda Nacional.

En caso de que el Asegurado haga algún pago en moneda extranjera por Tratamientos dentales que se encuentren cubiertos bajo este Contrato de Seguro, **Auna Seguros** hará el Reembolso correspondiente en Moneda Nacional considerando el tipo de cambio emitido por el Banco de México para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana publicado en el Diario Oficial de la Federación, el día en el que el Asegurado realizó el pago respectivo.

VI.13. Competencia
En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de **Auna Seguros** o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de dicha Comisión, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277, último párrafo de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de 2 (dos) años contados

a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o en su caso, a partir de la negativa de **Auna Seguros** a satisfacer las pretensiones del Asegurado o el Contratante.

En caso de que alguna de las partes previstas bajo el Contrato de Seguro decida no someterse al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer, a su elección, ante los tribunales competentes ubicados en el domicilio de cualquiera de las delegaciones de la CONDUSEF.

VI.14. Arbitraje Médico

En caso de suscitarse alguna controversia relacionada con la determinación de si un Padecimiento Preexistente es o no susceptible de estar cubierto bajo el Contrato de Seguro, el Asegurado podrá iniciar un Procedimiento arbitral y solicitar se nombre a un árbitro independiente para resolver la controversia. Una vez desahogado el Procedimiento arbitral, el laudo emitido que ponga fin a dicha controversia será considerado como obligatorio y vinculará a las partes. Este Procedimiento será gratuito para el Asegurado y en caso de existir algún costo, éste deberá ser liquidado por **Auna Seguros**.

VI.15. Terminación del Contrato

La vigencia de la Póliza de Seguro dejará de surtir sus efectos a la fecha de terminación indicada en la Carátula de la Póliza o antes, si se presenta cualquiera de las siguientes causales:

El Contratante le entregue a **Auna Seguros** una solicitud por escrito de cancelación de la Póliza de Seguro, en cuyo caso **(i)** si ocurrió o existe a la fecha de terminación algún siniestro relacionado con algún servicio dental o de visión cubierto en los términos de la Póliza de Seguro, **Auna Seguros** no tendrá la obligación de devolver al Contratante ninguna Prima, y **(ii)** si no ocurrió y no existe a la fecha de terminación algún siniestro relacionado con algún servicio dental o de visión cubierto en los términos de la Póliza de Seguro, en cuyo caso se devolverá a éste la Prima neta no devengada, lo cual realizará dentro de los 5 (CINCO) días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud de cancelación.

Por la terminación del Período de Gracia para el pago de la Prima sin que este se haya efectuado, previsto en el **Capítulo VII Prima**, numeral **VII.3 Período de Gracia**, de las Condiciones Generales, salvo que sea rehabilitada en términos del numeral VII.4 Rehabilitación dicho capítulo.

VI.16. Prescripción
Todas las acciones que se deriven del Contrato de Seguro prescribirán en 2 (dos) años contados a partir de la fecha en que suceda el hecho o acontecimiento que le dio origen, salvo los casos de excepción previstos en el Artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Dicho plazo sólo se suspenderá en el caso de que se presente la reclamación correspondiente ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de **Auna Seguros**, de conformidad con lo previsto en el Artículo 50 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Asimismo, la prescripción se interrumpirá:

(i) Por el nombramiento de los peritos que, con motivo de la realización del Siniestro, sean necesarios para demostrar las características y causas del mismo;
(ii) En caso de reclamaciones en contra de AUNA SEGUROS, por la iniciación del Procedimiento conciliatorio establecido en el Artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros; y
(iii) Por las causas ordinarias.

VI.17. Otros seguros
En caso de reclamación, si los Beneficios Cubiertos otorgados en la Póliza de Seguro, estuviesen amparados en todo o en parte por otros Contratos de Seguro, sean de **Auna Seguros** o de otras Compañías de Seguros, las reclamaciones pagaderas en total por todas las Pólizas de Seguro no excederán a los gastos reales incurridos. En caso de que otra Compañía Aseguradora ya haya cubierto de manera parcial los gastos derivados del Contrato de Seguro contratado con ella, el Asegurado deberá informarlo a **Auna Seguros** y en su oportunidad, presentar los comprobantes, así como el finiquito elaborado por la otra Compañía Aseguradora.

Al momento de la celebración de la Póliza de Seguro con **Auna Seguros**, o en caso de que celebre un Contrato de Seguro diferente al presente con posterioridad a la contratación de la Póliza de Seguro, el Asegurado deberá informar dicha circunstancia a **Auna Seguros**, siempre que en ellas se cubran, en todo o en parte, los mismos riesgos asegurados que en la presente Póliza de Seguro.

VI.18. Residencia de los Asegurados
Para los efectos del Contrato de Seguro, solamente estarán protegidos los Asegurados que residan permanentemente en la República Mexicana. El Contratante tiene la obligación de notificar a **Auna Seguros** el lugar de residencia de cada uno de los Asegurados, cuando no vivan con él.

VI.19. Responsabilidad de Auna Seguros

El límite de responsabilidad a cargo de **Auna Seguros** ante el Contratante, el Asegurado se constriñe al pago de las cantidades estipuladas en el **Capítulo VIII Pago de Reclamaciones** de las Condiciones Generales.

VI.20. Interés moratorio

En caso de que **Auna Seguros**, no obstante haber recibido de manera completa los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada por el Asegurado, no cumpla con la obligación de resarcir o pagar la indemnización procedente, dentro de un plazo de 30 (treinta) días naturales, **Auna Seguros** pagará al Asegurado un interés por mora de conformidad con lo dispuesto por el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el cual comenzará a computarse a partir del día siguiente en que venza el plazo antes mencionado y hasta el día inmediato anterior al pago de la indemnización.

VI.21. Derechos de los Asegurados

Auna Seguros se obliga a través de sus Dentistas de la Red **Auna Seguros**, a procurar y observar en todo momento que se respeten los siguientes derechos a los Asegurados:

- **(i) Acceso:** Los Asegurados tendrán la misma oportunidad de acceso expedito a los Servicios.
- **(ii) Respeto y Dignidad:** El trato al Asegurado deberá proporcionarse en todo momento en forma respetuoso.
- **(iii) Privacidad y Confidencialidad:** Los Servicios proporcionados deberán cuidar siempre un profundo respeto a la privacía. Asimismo, la información deberá preservar la confidencialidad.
- **(iv) 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.

(v) **Identidad:** El Asegurado tendrá derecho a conocer la identidad y grado de preparación de los servidores de la salud que lo atiendan, y la persona responsable del equipo.

(vi) **Información:** El Asegurado tendrá derecho a ser informado 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.

(vii) **Comunicación:** El Asegurado tendrá derecho a mantenerse en todo momento en comunicación con su familia y a ser informado en forma comprensible para él.

(viii) **Consentimiento:** El Asegurado no deberá ser sometido a ningún Tratamiento, diagnóstico o terapéutico sin ser informado precisamente de sus riesgos, beneficios y alternativas.

(ix) **Consultas:** El Asegurado tendrá derecho a solicitar otras opiniones sobre su padecimiento, conforme a lo estipulado en el Contrato de Seguro.

(x) **Negativa al Tratamiento:** El Asegurado tendrá derecho a no aceptar las propuestas terapéuticas.

(xi) **Selección del Dentista e Instalaciones para su Atención:** El Asegurado tiene derecho de seleccionar el Dentista e instalaciones para su atención y cambiar cuando lo considere pertinente, conforme a lo estipulado en el Contrato de Seguro.

VI.22. Agravación del Riesgo

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

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

"Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

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

"Si el asegurado no cumple con esas obligaciones, la empresa aseguradora no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones." (Artículo 55 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

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

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

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

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos del acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de

Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que **Auna Seguros** tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

Auna Seguros consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

VI.23. Contratación por medios electrónicos

De conformidad con lo dispuesto por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y su respectiva Circular Única de Seguros y Fianzas, el Asegurado podrá hacer uso de los medios electrónicos que la Aseguradora tenga disponibles e implementados (entendiéndose que éstos podrían incluir aquellos equipos, medios ópticos o cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, para la celebración de sus operaciones y la prestación de servicios).

Lo anterior, considerando que las únicas operaciones electrónicas que la aseguradora realizará serán: Operaciones Electrónicas Móviles, Operaciones Electrónicas por Internet, Operaciones Electrónicas de Audio Respuesta y Operaciones Telefónicas Voz a Voz, por lo que el consentimiento del Asegurado para llevar a cabo operaciones electrónicas se recabara en la propia aplicación electrónica previa la realización de la operación de que se trate o bien en el caso de operaciones telefónicas voz a voz, directamente el operador telefónico correspondiente.

La Aseguradora podrá, pero no estará obligada, a hacer uso de medios electrónicos para operaciones como la contratación, modificación y cancelación del seguro (y las operaciones inherentes a los mismos como la presentación, tramitación y resolución de siniestros), emisión y aceptación de endosos, altas y modificaciones a los medios de notificación, desbloqueo, modificación y reinicialización de contraseñas y otros medios de identificación, así como llevar a cabo otras operaciones relacionados con esta Póliza según la legislación aplicable lo permita.

Los términos y condiciones para el uso de estos medios electrónicos podrán ser consultados en la página de internet: **www.dentegra.com.mx** No se negarán efectos jurídicos, validez o fuerza obligatoria a cualquier tipo de información por la sola razón de que se hace a través de medios electrónicos. Se presume que un mensaje de datos ha sido enviado por la Aseguradora cuando ésta lo haya puesto en el sistema de información con dirección a los medios de contacto electrónico proporcionados por el Asegurado.
El Asegurado está al tanto de los riesgos inherentes a las comunicaciones electrónicas y entiende que la Aseguradora se esfuerza por proteger el uso no-autorizado, modificación, divulgación o destrucción de los mensajes de datos y sigue los estándares generalmente aceptados de la industria, orientados a la protección de las comunicaciones electrónicas. Por esta razón, el Asegurado manifiesta tener presente que los mensajes de datos están sujetos a interceptación o enrutamiento incorrecto, debido a que los canales de comunicaciones electrónicas no son totalmente seguros y, por lo tanto, la Aseguradora no puede garantizar su seguridad absoluta.

VII. Prima

VII.1. Primas

El monto de la Prima que deberá pagar el Contratante a **Auna Seguros** por la Póliza de Seguro será la suma de las Primas correspondientes a cada uno de los Asegurados. La Prima vence al momento de la celebración del Contrato de Seguro. El monto de la Prima se determinará de conformidad con las tarifas que se encuentren vigentes a la fecha de celebración del Contrato de Seguro.

El pago de la Prima se realizará indistintamente, **(i)** a través de nuestros agentes o corredores de seguros, **(ii)** mediante Transferencia Electrónica de Fondos o depósito en cuenta bancaria; o **(iii)** Cargo a Tarjeta de Crédito o Débito.

Si el Contratante omite dicha obligación, el Contrato de Seguro cesará su efecto una vez transcurrido el **VII.3 Período de Gracia** descrito en el presente Capítulo.

VII.2. Forma de pago

La Prima se calculará en forma anual, mediante un solo pago. No obstante, lo anterior, el Contratante podrá convenir con **Auna Seguros** el pago fraccionado de la Prima, siempre y cuando se realice por periodos de igual duración, que vencerán y deberán ser pagados al inicio de cada periodo que comprenda.

En caso de que el Contratante opte por pagar de manera fraccionada la Prima, **Auna Seguros** podrá aplicar un recargo por este concepto.

VII.3. Período de Gracia
Plazo que **Auna Seguros**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 12 (doce) horas del último día de ese plazo, En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

VII.4. Rehabilitación
La Póliza de Seguro podrá ser rehabilitada en los términos contratados inicialmente, no obstante lo estipulado en las Secciones del presente Capítulo, denominadas **VII.1 Primas y VII.3 Período de Gracia** respectivamente, dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes al último día del Período de Gracia, pagando la Prima anual fijada en el Contrato de Seguro, en el entendido, sin embargo de que, dicho pago deberá cubrir la totalidad la(s) Prima(s) vencida(s) y el Contratante deberá notificar sobre el pago realizado.

En caso de rehabilitación de la Póliza de Seguro, el Contratante conservará la antigüedad generada por cada Asegurado, considerando que la Póliza de Seguro tuvo una vigencia ininterrumpida.

VIII. Pago de reclamaciones

VIII.1. Sistemas de Pago de Reclamaciones
Auna Seguros podrá cubrir los gastos derivados de las reclamaciones en cualquiera de las formas establecidas a continuación:

VIII.1.1. Pago Directo a Dentistas de la Red Auna Seguros.
Será procedente siempre que el Asegurado reciba la Atención Dental cubierta bajo la Póliza de Seguro a través de un Dentista de la Red **Auna Seguros**, sin que por ello **Auna Seguros** quede obligado a realizarlo cuando la póliza se encuentre en Periodo de Gracia.

Para la prestación de los Tratamientos dentales, requeridos por el Asegurado, **Auna Seguros** tiene celebrados contratos de prestación de Tratamientos dentales con la Red **Auna Seguros** en las principales ciudades del país.

Al momento de entregar la Póliza de Seguro al Contratante, **Auna Seguros** proporcionará una copia del directorio de Dentistas de la Red **Auna Seguros**, con los nombres, direcciones,

teléfonos y especialidades de cada uno de ellos o informará al cliente que podrá consultar la lista de Dentistas afiliados en la página web dentegra.com.mx o en la App móvil **Auna Seguros**o llamando al Centro de Contacto de **Auna Seguros**; las actualizaciones del mismo podrán ser consultadas en la página web dentegra.com.mx.

Para Atención de Tratamientos dentales:

1. Coordinamos tu primera cita con al menos 48 (cuarenta y ocho) horas de anticipación, comunicándote a nuestro Centro de Contacto **55 5005 3102**:
   - Indícanos tres opciones de horario, ubicación de preferencia o en su caso, elige un Dentista de nuestra red*
   - Recibirás una confirmación de cita en un lapso no mayor a 2 (dos) días hábiles.

***Si quieres elegir a un Dentista de nuestra Red antes de coordinar la cita:**

- En la APP Móvil DENTEGRA (descárgala en Android o IOS sin costo)
- O en nuestro portal dentegra.com.mx, en la opción "Encuentra un Dentista" o activando el "Chat para asegurados".

En caso de ser necesario, te dirigiremos con un especialista (Ortodoncista, Cirujano Maxilofacial, Endodoncista). Los menores de 14 años podrán acudir con un Odontopediatra.

Para que coordinemos tu primera cita, ten a la mano la siguiente información referente al Asegurado afectado:

- Nombre completo
- Fecha de nacimiento
- Parentesco
- Número de Póliza
- Correo electrónico y/o número de teléfono de contacto

2. Acude puntualmente a tu cita con tu credencial de Seguro y una identificación oficial.

3. Antes de iniciar un Tratamiento, pregunta a tu Dentista si está cubierto por tu Plan.

Es recomendable que solicites una Predeterminación de costos a AUNA SEGUROS para saber si el Tratamiento rebasa tu Límite Anual contratado y confirmar que está cubierto.

4. Paga al Dentista el Copago correspondiente (se calcula aplicando el porcentaje indicado al Honorario Máximo del Dentista). Para consultar el monto del Honorario Máximo puedes comunicarte a nuestro Centro de Contacto. Te sugerimos preguntar al Dentista cómo contactarlo en caso de Urgencias.

5. Para cualquier complicación derivada de un tratamiento Dental deberás acudir al mismo Dentista con el que te realizaste dicho tratamiento o deberás llamarnos al Centro de Contacto donde con gusto te asistiremos.

VIII.1.2. Pago Directo atención de Servicios Ópticos a través de una óptica de la Red Auna Seguros.

1. **Elige la Óptica de tu preferencia.** Puedes consultar la lista de Ópticas de la Red **Auna Seguros** en:
   - Nuestra página web: **dentegra.com.mx**
   - Llamando al Centro de Contacto:
     - Ciudad de México e Interior de la Republica al 55 5002 3102.

2. Acude a la Óptica de tu preferencia y muestra tu credencial de Seguro o la proporcionada por tu empresa, así como una identificación oficial con fotografía.

En caso de extravío de tu credencial de Seguro, deberás presentar una identificación oficial y la Óptica deberá llamar al Centro de Contacto.

3. La Óptica te realizará un Examen de la Vista y, en caso de requerir Anteojos Completos podrás adquirirlos de acuerdo con los Límites establecidos en tu Plan Visión.

4. **Paga a la Óptica el Deducible de acuerdo con el Plan Contratado y el IVA respectivo por los Anteojos Completos. En caso de existir diferencia entre el Costo Total de los Anteojos Completos y el Límite Anual contratado, deberás pagarla directamente en la Óptica.**

5. Al recibir los lentes entrega una copia de ambos lados de tu identificación oficial con fotografía y firma el formato de la óptica de recepción de lentes.

Una vez que hayas firmado el presupuesto en la Óptica se considerará que has hecho uso de tu cobertura. La óptica validará que el asegurado cumpla con el periodo de espera establecido.

VIII.1.3. Reembolso

En caso de que **Auna Seguros** no cuente con Dentistas de la Red**Auna Seguros**en la población donde el Asegurado resida o trabaje, éste o el Contratante deberán notificar oportunamente a **Auna Seguros**, y **Auna Seguros**se obliga a realizar su mejor esfuerzo para incorporar a la Red **Auna Seguros**, en un plazo no mayor a 30 (treinta) días hábiles, a Dentistas ubicados:

(i) en cualesquiera de dichas poblaciones,
(ii) en una población que se encuentre a una distancia máxima de 70 (setenta) kilómetros del lugar de residencia o de trabajo del Asegurado, o
(iii) en una población que se encuentre a 45 (cuarenta y cinco) minutos de traslado por carretera del lugar de residencia o de trabajo del Asegurado, siempre que en dicha población se cuente con la infraestructura necesaria para tales efectos y los Dentistas acepten trabajar en pago directo con la aseguradora.

No obstante, lo anterior, el Asegurado deberá utilizar en todo momento a los Dentistas de la Red **Auna Seguros** en los términos que establece la Póliza de Seguro

En caso de que el Asegurado cuente con un Plan con acceso a Red Cerrada, el Asegurado a través del contratante únicamente podrá solicitar el Reembolso a **Auna Seguros**, en aquellos casos de Urgencia en los que los Dentistas de la Red **Auna Seguros** se encuentren imposibilitados para brindarle los servicios previstos bajo la Póliza de Seguro, y siempre y cuando se acredite **(i)** saturación, **(ii)** falta de disponibilidad del servicio, o **(iii)** Error de Diagnóstico. En caso de que acontezca una Urgencia bajo cualquiera de los supuestos antes mencionados, **Auna Seguros**únicamente reembolsará aquellos Tratamientos que se consideren necesarios y directamente relacionados con el Tratamiento de la Urgencia y sujetos al nivel de honorario contratado, en el entendido de que **Auna Seguros** no reembolsará ningún Tratamiento que no se considere necesario y directamente relacionado con la Urgencia, los cuales deberán hacerse por los Dentistas de la Red **Auna Seguros** en los términos de la Póliza de Seguro.
En caso de Urgencia Dental, y solamente cuando **Auna Seguros** no cuente con un Dentista de la Red **Auna Seguros** disponible en el lugar de residencia o de trabajo, o en una población a un máximo de setenta kilómetros de los lugares antes mencionados, o en una población a cuarenta y cinco minutos de traslado por carretera del lugar de residencia o de trabajo, podrás acudir con un Dentista fuera de la Red **Auna Seguros** para obtener Servicios de Urgencia, y **Auna Seguros**únicamente reembolsará aquellos Tratamientos que se consideren necesarios y directamente relacionados con la Urgencia.

De igual forma en caso de saturación o error de diagnóstico, podrás acudir con un Dentista fuera de la Red **Auna Seguros** para obtener Servicios de Urgencia, y **Auna Seguros** únicamente reembolsará aquellos Tratamientos que se consideren necesarios y directamente relacionados con la Urgencia.

En caso de que la reclamación proceda a través del sistema de Reembolso, el Contratante, padre o tutor del asegurado deberá comprobar fehacientemente a **Auna Seguros** la prestación del Tratamiento.

El Asegurado deberá presentar su reclamación por escrito, acompañada de las siguientes formas y documentos debidamente llenados en los términos indicados en los mismos:

1. Acude con el Dentista de tu confianza y lleva el Formato de Reembolso, así como el instructivo de dicho trámite (el cual puedes descargar de nuestra página web: dentegra.com.mx). Pide tus facturas a nombre del Contratante, padre o tutor del asegurado.

2. Una vez que hayas concluido el Tratamiento Dental solicita apoyo a tu Dentista para llenar el Formato de Reembolso, el cual deberá incluir las firmas del Médico y del Contratante, padre o tutor del asegurado.

Es importante que sepas que deberás pagar el 100% (cien por ciento) de los honorarios del Dentista.

3. Envía de forma física a nuestras oficinas, o al correo electrónico une.mx@auna.org, con los siguientes documentos requeridos:

(i) Formato Solicitud de Reembolso (disponible en nuestra página web: **dentegra.com.mx**)
(ii) Copia de identificación oficial vigente con fotografía del Contratante, padre o tutor del asegurado.
(iii) Copia de comprobante de domicilio que sea consistente con la dirección indicada en la Solicitud de reembolso. No mayor a 90 (noventa) días de antigüedad.
(iv) Radiografías y/o fotografías antes y después del Tratamiento.
(v) Comprobante Fiscal Digital (CFDI) a nombre Contratante, padre o tutor del asegurado de la Póliza el cual se integra de dos archivos: el XML y el PDF, ambos son necesarios para el trámite del Reembolso.
(vi) Podrás seleccionar la opción para que se pueda efectuar el pago del reembolso entre: Transferencia electrónica de fondos (TEF), Orden de pago o cheque.

- En caso de elegir Transferencia electrónica de fondos (TEF), es necesario agregar copia del estado de cuenta donde se muestre la CLABE interbancaria y el Nombre completo del Titular de la Cuenta.
- En caso de seleccionar la opción de orden de pago, este será enviado a una sucursal bancaria _____ dentro de la región en la que se encuentre la dirección registrada en la solicitud de reembolso.
- Si fuese de tu preferencia que el reembolso sea pagado a través de cheque, estará a nombre del Contratante, padre o tutor del asegurado y será enviado directamente al Asegurado.

Es necesario agregar una carta explicativa indicando el motivo por el cual no acudió a odontólogos de la red y la autorización quedará sujeta al resultado del análisis conforme a las evidencias indicadas y al plan contratado.

La documentación deberá ser enviada dentro de los siguientes 30 (treinta) días posteriores a la finalización de los Tratamientos dentales.

Conserva una copia de los documentos como respaldo de tu Reembolso. Para más información del proceso de Reembolso consulta nuestra página web: dentegra.com.mx.
Para evitar retrasos en los pagos es importante que solicites a tu Dentista las radiografías o fotografías que justifiquen el diagnóstico para cada uno de los Tratamientos dentales realizados, excepto en Consulta y Profilaxis (limpieza).

4. El trámite se procesará en 5 (cinco) días hábiles a partir de la recepción de la documentación completa en **Auna Seguros**.

5. Se realizará el Reembolso de los gastos por Tratamientos dentales Cubiertos en tu Plan hasta el Honorario Máximo (cantidad máxima que **Auna Seguros**pagará por concepto de honorarios por cada Tratamiento Dental realizado de acuerdo con el Plan Contratado), y se le descontará el Copago correspondiente (se calcula aplicando el porcentaje indicado al Honorario Máximo por cada Tratamiento Cubierto). La diferencia entre el Honorario privado del Dentista y el

Honorario Máximo estará a tu cargo. El reembolso se realizará siempre y cuando la cobertura haya estado vigente para el Asegurado que se trate al momento en que se erogaron los gastos.

Para consultar los montos de los Honorarios Máximos puedes llamar nuestro Centro de Contacto de la Cuidad de México e Interior de la República al 55 5002 3102.

VIII.1.4. Pago de Gastos Efectuados en el Extranjero

En caso de reclamar gastos dentales por urgencia efectuados en el extranjero, el Asegurado deberá entregar a **Auna Seguros**, la siguiente documentación para tramitar su Reembolso:

(i) un reporte del tratamiento dental elaborado por el Dentista tratante, debiendo describir de manera detallada todos y cada uno de los Tratamientos dentales realizados; y

(ii) un recibo de sus honorarios donde se desglose el costo de cada uno de los Tratamientos dentales realizados.

En caso de que la documentación no cumpla con los requisitos antes mencionados, AUNA SEGUROS no estará obligada a cubrir dichos gastos al Asegurado, hasta no recibir la documentación en forma completa y correcta.

Los gastos efectuados en el extranjero serán cubiertos hasta los Honorarios Máximos establecidos por cada tratamiento dental cubierto.

VIII.2. Requisitos para el Pago de Honorarios de Dentistas

AUNA SEGUROS únicamente pagará los honorarios de Dentistas titulados y debidamente autorizados para el ejercicio de su profesión. AUNA SEGUROS no cubrirá los honorarios de Dentistas que sean familiares, ascendientes o descendientes del Asegurado sin limitación de grado y hasta el cuarto grado colateral, del Asegurado.

VIII.3. Cuantía de la Indemnización

Las cantidades que **Auna Seguros** pagará se determinarán de la siguiente manera:

(i) Se sumarán todos los gastos de los Tratamientos ajustándolos a los límites establecidos en la Póliza de Seguro, y/o Endosos.

(ii) A la cantidad resultante se le descontará el Copago o deducible en caso de que el Plan Dental o de visión así lo incluya (si es que no han sido descontado previamente algún Dentista u óptica de la Red **Auna Seguros**), de acuerdo al monto y el porcentaje establecidos en la Carátula de la Póliza, y/o Guía del Asegurado, **Auna Seguros** cubrirá la diferencia hasta agotar el Límite Anual y/o el Sublímite Anual.

(iii) El pago que **Auna Seguros** realice al Asegurado, por haberse atendido con algún Dentista fuera de la Red **Auna Seguros** no podrá exceder de los Honorarios Máximos autorizados por **Auna Seguros**.

(iv) El Límite Anual y el Sublímite Anual contratados durante la vigencia de la Póliza de Seguro corresponderá al especificado en la Carátula de la Póliza, y/o Guía del Asegurado.

VIII.4. Participación del Asegurado en una Reclamación

En caso de reclamación derivada de la prestación de los Tratamientos dentales, el Asegurado pagará directamente el Copago, cuyo monto y porcentajes se especifican en la Carátula de la

Póliza y/o en la Guía del Asegurado, conforme a los términos y condiciones establecidos en la Póliza de Seguro.

IX. Movimiento de asegurados

IX.1. Altas de Asegurados

No se aceptarán alta de asegurados una vez iniciada la vigencia de la póliza.

IX.2. Bajas de Asegurados

En caso de baja de la Póliza de Seguros de algún asegurado **(i)** si ocurrió o existe a la fecha de baja algún siniestro relacionado con algún servicio dental o de visión cubierto en los términos de la Póliza de Seguro, **Auna Seguros** no tendrá la obligación de devolver al Contratante o Asegurado ninguna Prima, y **(ii)** si no ocurrió y no existe a la fecha de baja algún siniestro relacionado con algún servicio dental o de visión cubierto en los términos de la Póliza de Seguro, la prima a devolver por **Auna Seguros** será la prima neta no devengada lo cual realizará dentro de los 5 (CINCO) días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud de cancelación.

Para atención al asegurado y acceso a la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones:
Centro de Contacto: Ciudad de México,
(55) 5002 3102 o WhatsApp: **55 6896 1469**
de lunes a viernes de 8:00 a 22:00 horas y sábados de 9:00 a 14:00 horas.
Atención de urgencias las 24 hrs.,
Correo Electrónico: **une.mx@auna.org;**
Página Web: **www.dentegra.com.mx**
y en Nuestras Oficinas de lunes a viernes de 8:00 a 17:00 horas en Insurgentes Sur 1458, pisos 19 y 20, Col. Actipan, Benito Juárez, C.P. 03230, Ciudad de México.

"Datos de la Comisión Nacional para la Protección y defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF): Avenida Insurgentes Sur, número 762, Colonia Del Valle, Ciudad de México, C.P. 03100, Teléfono: 55 53400999 y (800) 999 8080, Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx"

Puede tener acceso al contrato de seguro en el RECAS (Registro de contratos de adhesión)

X. Protección de datos personales en posesión de particulares

Auna Seguros 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 la página de web: dentegra.com.mx en el apartado de "Políticas de Privacidad". Asimismo, dentegra.com.mx hace de su conocimiento que cuenta con políticas y mecanismos de seguridad para asegurar la Protección de los Datos Personales y Sensibles.

XI. Transcripción de artículos referidos en las condiciones generales

Auna Seguros pone a disposición del Contratante y de los Asegurados los artículos referidos en las Condiciones Generales, mismos que podrá ser consultado en la página de web de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas: cnsf.gob.mx

XI.1. Ley Sobre el Contrato de Seguro

ARTÍCULO 8
El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

ARTÍCULO 82
El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.
Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

XI.2. Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

ARTÍCULO 276
Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.
Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el

impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

a) Los intereses moratorios;
b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

ARTÍCULO 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.
En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate. En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen

parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.
Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo. Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables. La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

XI.3. Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros

ARTÍCULO 50-BIS
Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente:

I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;
II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;
III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;
IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y
V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar.

Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad

Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional.

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

ARTÍCULO 68
La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:

I. El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.
I Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación.

La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.
II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;
III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar;

La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la Comisión Nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;

IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes.
La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.

V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.

VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;
Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.

VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho.

Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional.

En caso de que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda. En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a ésta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.

La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes;

La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.
Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.

VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por

ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;

IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y

X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo se levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constar la negativa.

Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión.

En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada.

En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley.

El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda

XI. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.

ARTÍCULO 68 Bis
Cuando las partes no se sometan al arbitraje, y siempre que del expediente se desprendan elementos que a juicio de la Comisión Nacional permitan suponer la procedencia de lo reclamado, ésta podrá emitir, previa solicitud por escrito del Usuario, un acuerdo de trámite que contenga un dictamen.

Cuando este dictamen consigne una obligación contractual incumplida, cierta, exigible y líquida, a juicio de la Comisión Nacional, se considerará título ejecutivo no negociable, en favor del Usuario.

La Institución Financiera podrá controvertir el monto del título, presentar las pruebas y oponer las excepciones que estime convenientes ante la autoridad judicial competente. La acción ejecutiva derivada del dictamen prescribirá a un año de su emisión.
Para la elaboración del dictamen, la Comisión Nacional podrá allegarse todos los elementos que juzgue necesarios.

El dictamen a que se refiere el presente artículo sólo podrá emitirse en asuntos de cuantías inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión. El dictamen sólo podrá tener el carácter de título ejecutivo, en los términos de este artículo, en asuntos por cuantías inferiores al equivalente en moneda nacional a cincuenta mil unidades de inversión, salvo que se trate de instituciones de seguros, sociedades mutualistas de seguros y administradoras de fondos para el retiro, en los cuales el monto deberá ser inferior a cien mil unidades de inversión. En ambos supuestos se considerará la suerte principal y sus accesorios.

“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 19 de octubre de 2021, con el número CNSF-H0714-0037-2021/ CONDUSEF-005002-01.”

Transformando la salud

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

auna.org/mx
dentegra.com.mx