



TÉRMINOS Y CONDICIONES CAMPAÑA SEGUROS CENTAURO PLAN DENTAL INDIVIDUAL / FAMILIAR

- Sin deducible.
- Sin límite de edad de contratación.
- En tu primera consulta incluye radiografías de diagnóstico y limpieza.
- Mayor descuento al asegurar familiares directos (Esposo(a) – Hijos menores de 25 años)

PLAN IDEAL INDIVIDUAL (1 asegurado)

Comisión 15%		SUMA ASEGURADA 10 UMAM	
Cobertura	Participación del Asegurado	Coaseguro	Suma Asegurada
Individual	Módulos Básico, Operatoria y Radiología	20%	10 UMAM
	⁽¹⁾ Módulos Endodoncia, Cirugía y Terceros Molares.	50%	
	Deducible	No Aplica	
Rango	Número de asegurados (1 asegurado)	Prima Neta Anual Por Asegurado	
	Prima Neta Anual:	\$2,250.00	
	Derecho de Póliza:	\$396.55	
	I.V.A. 16%:	\$423.45	
Prima Total Anual por Asegurado:		\$3,070.00	

⁽¹⁾ **PERIODO DE ESPERA:** 60 días para los módulos de Endodoncia, Cirugía y Terceros Molares. Esto NO aplica para renovaciones.

PLAN IDEAL INDIVIDUAL (2 asegurados)

Comisión 15%		SUMA ASEGURADA 10 UMAM	
Cobertura	Participación del Asegurado	Coaseguro	Suma Asegurada
Individual	Módulos Básico, Operatoria y Radiología	20%	10 UMAM
	⁽¹⁾ Módulos Endodoncia, Cirugía y Terceros Molares.	50%	
	Deducible	No Aplica	
Rango	Número de asegurados (2 asegurados)	Prima Neta Anual Por Asegurado	
	Prima Neta Anual:	\$1,805.00	
	Derecho de Póliza:	\$320.00	
	I.V.A.16%:	\$340.00	
Prima Total Anual por Asegurado:		\$2,465.00	
Prima Total Anual Por 2 Asegurados:		\$4.930.00	

⁽¹⁾ **PERIODO DE ESPERA:** 60 días para los módulos de Endodoncia, Cirugía y Terceros Molares. Esto NO aplica para renovaciones.

PLAN IDEAL FAMILIAR (De 3 a más asegurados)

Comisión 15%		SUMA ASEGURADA 10 UMAM	
Cobertura	Participación del Asegurado	Coaseguro	Suma Asegurada
Individual	Módulos Básico, Operatoria y Radiología	20%	10 UMAM
	⁽¹⁾ Módulos Endodoncia, Cirugía y Terceros Molares.	50%	
	Deducible	No Aplica	
Rango	Número de asegurados (De 3 a más asegurados)	Prima Neta Anual Por Asegurado	
	Prima Neta Anual:	\$1,655.00	
	Derecho de Póliza:	\$293.28	
	I.V.A.16%:	\$311.72	
	Prima Total Anual por Asegurado:	\$2,260.00	
	Prima Total Anual Por 3 Asegurados:	\$6,780.00	

⁽¹⁾ **PERIODO DE ESPERA:** 60 días para los módulos de Endodoncia, Cirugía y Terceros Molares. Esto NO aplica para renovaciones.

Por cada persona adicional a la póliza familiar se le cobrará un monto adicional de \$2,260.00

PLAN PLENITUD
PLAN PLENITUD INDIVIDUAL (De 1 a 2 Asegurados)

Comisión 15%		SUMA ASEGURADA	
		Módulos del I al V	10 UMAM
		Módulos VI	4 UMAM
		Módulos VII	2 UMAM
Cobertura	Participación del Asegurado	Coaseguro	Suma Asegurada
Individual	Módulos Básico y Radiología	0%	10 UMAM
	Módulos Operatoria y ⁽¹⁾ Cirugía	20%	
	Módulos ⁽¹⁾ Endodoncia y ⁽¹⁾ Terceros Molares.	40%	
	Módulos ⁽¹⁾ Prótesis	50%	4 UMAM
	Módulos ⁽¹⁾ Periodoncia.	50%	2 UMAM
	Deducible	No Aplica	
Rango	Número de asegurados (De 1 a 2 Asegurados)	Prima Neta Anual Por Asegurado	
Prima Neta Anual:		\$3,705.00	
Derecho de Póliza:		\$652.76	
I.V.A. 16%:		\$697.24	
Prima Total Anual por Asegurado:		\$5,055.00	

⁽¹⁾ **PERIODO DE ESPERA:** 60 días para los módulos de Endodoncia, Cirugía y Terceros Molares. Esto NO aplica para renovaciones.

PLAN PLENITUD FAMILIAR (Mínimo 3 asegurados a más)

Comisión 15%		SUMA ASEGURADA	
		Módulos del I al V	10 UMAM
		Módulos VI	4 UMAM
		Módulos VII	2 UMAM
Cobertura	Participación del Asegurado	Coaseguro	Suma Asegurada
Familiar	Módulos Básico y Radiología	0%	10 UMAM
	Módulos Operatoria y ⁽¹⁾ Cirugía	20%	
	Módulos ⁽¹⁾ Endodoncia y ⁽¹⁾ Terceros Molares.	40%	
	Módulos ⁽¹⁾ Prótesis	50%	4 UMAM
	Módulos ⁽¹⁾ Periodoncia.	50%	2 UMAM
	Deducible	No Aplica	
Rango	Número de asegurados (De 3 a más asegurados)	Prima Neta Anual Por Asegurado	
Prima Neta Anual:		\$2,915.00	
Derecho de Póliza:		\$516.035	
I.V.A. 16%:		\$548.965	
Prima Total Anual por Asegurado:		\$3,980.00	
Prima Total Anual Por 3 Asegurados:		\$11,940.00	

⁽¹⁾ **PERIODO DE ESPERA:** 60 días para los módulos de Endodoncia, Cirugía y Terceros Molares. Esto NO aplica para renovaciones.

Por cada persona adicional a la póliza familiar se le cobrará un monto adicional de \$3,980.00



- **PERIODO DE CARENIA DEL BENEFICIO:** Es el número de días no cubiertos por la póliza, contados a partir del inicio de vigencia.
 - **REQUISITOS DE CONTRATACIÓN:** Este producto está dirigido a personas interesadas en adquirir un paquete de coberturas de seguro dental el contratante y el asegurado titular deben de ser mayor a 18 años.
 - **PAGO DE LA PRIMA:** El pago de primas será responsabilidad del Contratante. El pago de primas se realizará en el domicilio de CENTAURO que aparece en la carátula de la póliza, mediante transferencia electrónica o mediante cargos en la tarjeta de crédito o cuenta bancaria del Contratante. En caso de que el cargo no se realice por causas imputables al Contratante, éste se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la prima o parcialidad correspondiente en las oficinas de CENTAURO, o abonarlo en la cuenta que le indique esta última, cuyo comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento. Si el Contratante omite dicha obligación, el seguro cesará sus efectos una vez transcurridos el periodo de gracia. Se entenderán causas imputables al Contratante: la cancelación de su tarjeta de crédito o cuenta bancaria, la falta de saldo o crédito disponible o cualquier situación similar. Queda bajo la responsabilidad de CENTAURO, entregar al Contratante acuse de recibo de la autorización otorgada para que se realice el cobro de la prima a través de cargo a tarjeta de crédito o cuenta bancaria. El estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente de las primas hará prueba suficiente del pago hasta en tanto CENTAURO no entregue al Contratante el recibo de pago respectivo.
 - **SISTEMAS DE PAGO DE RECLAMACIONES:** Los Sistemas de Pago de Reclamaciones previstos para la presente Póliza son: Pago Directo: Procede siempre que el Asegurado requiera atención dental, se identifique con su credencial y obtenga los servicios de la Red Odontológica Centauro. La prestación de servicios dirigidos a mantener y restaurar la salud dental de los Asegurados dentro de este plan de seguros se llevará a cabo mediante prestadores de servicios de salud dental contratados por CENTAURO, los cuales integran la RED ODONTOLÓGICA CENTAURO y se encuentran ubicados en las principales ciudades de la República Mexicana. Al momento de emitir la Póliza de Seguro, se proporcionará al Asegurado, el Directorio de Odontólogos en convenio con "CENTAURO", el cual contiene los nombres, direcciones, teléfonos y especialidades de cada uno de los ODONTÓLOGOS que integran la RED ODONTOLÓGICA CENTAURO. El Asegurado deberá elegir para su primera consulta un ODONTÓLOGO GENERAL, el cual hará un diagnóstico y Plan de tratamiento dental del Asegurado. Los menores de 14 años de edad, deberán acudir con el ODONTOPEDIATRA. Una vez que haya elegido ODONTÓLOGO GENERAL, el Asegurado deberá hacer una cita telefónica proporcionando el nombre del paciente, del Asegurado Principal, del Contratante, número de póliza y un número telefónico donde pueda ser localizado. Previamente a la atención del paciente, el Odontólogo verificará con "CENTAURO" que la póliza se encuentre vigente. El paciente deberá acudir a su cita con el Odontólogo presentando su credencial de Asegurado autorizada por CENTAURO, y otra identificación con fotografía. Con base en el diagnóstico que lleve a cabo el ODONTÓLOGO GENERAL, en caso de que el Asegurado requiera la atención de un Especialista, será remitido con uno de los que forman parte de la RED ODONTOLÓGICA CENTAURO en Convenio con CENTAURO. El Asegurado podrá cambiar de Odontólogo dando aviso a CENTAURO vía telefónica, por escrito ó por correo electrónico a los números y dirección que aparecen en el membrete de este contrato, explicando los motivos por los cuales tomó esa decisión. Lo anterior, con la finalidad de que el nuevo ODONTÓLOGO que elija pueda cumplir con el programa de control de eficiencia y calidad de la RED ODONTOLÓGICA CENTAURO. Venta en la República mexicana y el servicio en nuestra red de proveedores odontológicos afiliados a Seguros Centauro.
 - **TERMINACIÓN DEL CONTRATO:** La vigencia de la cobertura contratada concluirá en la fecha de terminación indicada en esta Póliza o antes si se presenta cualquiera de los siguientes supuestos:
 1. La cancelación de la presente Póliza a solicitud del Contratante.
 2. La terminación del periodo de gracia para el pago de la prima vencida, salvo que sea rehabilitado en términos de la presente Póliza.El Contratante podrá dar por terminada esta póliza, con anterioridad a su vencimiento, mediante aviso por escrito dado a CENTAURO, quien devolverá la prima pagada no devengada deduciendo los gastos administrativos y de adquisición correspondientes a dicha prima, siempre y cuando no se hayan presentado reclamaciones por parte del Asegurado y/o sus Dependientes, caso en el cual se hará exigible el pago de la totalidad de la prima estipulada en la carátula de la póliza. La devolución que proceda efectuar CENTAURO al Contratante, la realizará a través del mismo medio en que fue pagada la prima y dentro de un plazo no mayor a 15 días hábiles siguientes a la recepción de la solicitud de Terminación del Contrato en las oficinas de CENTAURO. Se entiende por prima pagada no devengada el monto de la prima pagada que corresponde proporcionalmente al tiempo que falte de transcurrir de la vigencia del contrato, contado a partir de la fecha de baja o cancelación hasta la fecha de fin de vigencia del último recibo pagado.
- ¿COMO HACER USO DEL SERVICIO? A través de nuestro Contact Center 800 800 8040
- Aquí, podrás encontrar los siguientes servicios:
 - Información de tu cobertura contratada
 - Información sobre las sucursales de Clínica Dental Centauro
 - Coordinación, reprogramación y cancelación de citas
 - Atención de quejas
 - Información de reembolsos, altas y bajas de asegurados, garantías, vigencias y tratamientos.
 - Validación de cobertura con aseguradora principal.
- Lo anterior es informativo por lo que se pone a disposición las CONDICIONES GENERALES PLAN DENTAL INDIVIDUAL / FAMILIAR. Asimismo, para tener acceso a los beneficios descritos en los presentes términos y condiciones, bajo protesta de decir verdad, declaro que no he realizado solicitud alguna de inscripción ni me encuentro en trámite de inscripción o dado de alta en el Registro Público de Usuarios de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, específicamente en el Listado de personas físicas que NO deseen que su información sea utilizada para fines mercadotécnicos o publicitarios (en lo sucesivo "REUS"). En caso contrario a lo señalado anteriormente, me comprometo a dejar habilitado a Seguros Centauro, Salud Especializada, S.A. de C.V. ("Seguros Centauro") para que me provea de los beneficios establecidos en el presente documento y por tanto me encuentre habilitado para adquirir el producto Individual /familiar y, a coadyuvar y proporcionar la información o documento que me sea requerida por Seguros Centauro o la autoridad, en relación a la contratación del producto aquí referido, dejando en paz y a salvo a Seguros Centauro en todo lo relacionado con el REUS.
- **VIGENCIA:** Los costos aquí brindados tienen una vigencia hasta del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025.