

INDICE

CAPÍTULO I DEFINICIONES.....	2
CAPÍTULO II COBERTURA.....	7
PRIMERA- OBJETO	
SEGUNDA- TRATAMIENTOS CUBIERTOS	
TERCERA- EXCLUSIONES	
CAPÍTULO III PAGO DE RECLAMACIONES.....	12
PRIMERA- PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN UNA RECLAMACIÓN	
SEGUNDA- SISTEMAS DE PAGO DE RECLAMACIONES	
TERCERA-CUANTÍA DE LA INDEMNIZACIÓN	
CUARTA- PERÍODO DE BENEFICIO	
CAPÍTULO IV CLAUSULAS GENERALES.....	15
PRIMERA- CONTRATO	
SEGUNDA- OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES	
TERCERA- RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA	
CUARTA- MODIFICACIONES AL CONTRATO	
QUINTA- EDAD	
SEXTA- RESIDENCIA	
SÉPTIMA- MONEDA	
OCTAVA- PRIMAS	
NOVENA- PERÍODO DE GRACIA	
DÉCIMA- REHABILITACIÓN	
DÉCIMA PRIMERA-ALTAS DE ASEGURADOS	
DÉCIMA SEGUNDA- BAJAS DE ASEGURADOS	
DÉCIMA TERCERA- REGISTRO DE ASEGURADOS	
DÉCIMA CUARTA- RENOVACIÓN	
DÉCIMA QUINTA- CAMBIO DE CONTRATANTE	
DÉCIMA SEXTA- RESPONSABILIDAD DE LA INSTITUCIÓN	
DÉCIMA SÉPTIMA- INTERÉS MORATORIO	
DÉCIMA OCTAVA- PRESCRIPCIÓN	
DÉCIMA NOVENA- COMPETENCIA	
VIGÉSIMA- COMISIONES A INTERMEDIARIOS	
VIGÉSIMA PRIMERA- NOTIFICACIONES	
VIGÉSIMA SEGUNDA- VIGENCIA	
VIGÉSIMA TERCERA- TERMINACIÓN DEL CONTRATO	
VIGÉSIMA CUARTA- DERECHO DE LOS PACIENTES	

CAPÍTULO I. DEFINICIONES

Para efectos del presente contrato los siguientes términos tendrán los significados que a continuación se establecen que serán igualmente aplicados a las formas singular o plural de dichos términos:

1. Accidente:

Acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produce lesiones corporales en la persona del Asegurado y que requiere atención médica dentro de los 90 días naturales siguientes al evento que le dio origen. No se considera accidente, cualquier lesión provocada intencionalmente por el Asegurado.

2. Amalgamas:

Aleación de 2 o más materiales que se emplea para llenar cavidades dentales.

3. Amalgama y Resina Compuesta:

Restauraciones que abarcan dos superficies del diente.

4. Amalgama y Resina Simples:

Restauraciones que abarcan una sola cara del diente.

5. Apicectomía:

Procedimiento quirúrgico para remover la parte final de la raíz o ápice.

6. Apicoformación:

Limpiar los conductos radiculares necróticos e introducir un material de obturación con capacidad de inducir el cierre apical.

7. Asegurado:

Es aquella persona física que se encuentra cubierta por la presente póliza, designándose indistintamente bajo este término tanto al Asegurado

Titular como a los Dependientes Económicos que cumplan con la definición contenida en el presente capítulo.

8. Asegurado Titular:

Persona física residente en territorio de los Estados Unidos Mexicanos, integrante de la Colectividad Asegurada a quien corresponde la obligación de pagar los gastos ocasionados por la atención médica de sus Dependientes Económicos y de su propia persona.

9. Carátula de la Póliza:

Documento que contiene las especificaciones bajo las cuales debe operar este contrato, en donde se estipulan los datos del Contratante, de la Colectividad Asegurada y los correspondientes a las coberturas contratadas, al deducible y coaseguro, así como la vigencia del seguro.

10. CENTAURO ó La Institución:

Seguros Centauro Salud Especializada, S.A. de C.V., Institución de Seguros Especializada en Salud, quien otorga las coberturas contratadas y que será responsable del pago de los tratamientos estipulados en la póliza.

11. Certificado Individual:

Documento que expide La Institución y entrega por conducto del Contratante a cada Asegurado integrante de la Colectividad Asegurada en el que aparecen además de los datos relativos al Asegurado; el número de póliza y

**CONDICIONES GENERALES
PRODUCTO DENTAL FLEX ADVANCE
GASTOS MEDICOS COLECTIVO**

certificado y la vigencia de ambos; la suma asegurada o regla para determinarla; entre otros.

12. Cirugía:

a. Rama de la Medicina que trata las Enfermedades y Accidentes, totalmente o en parte.

b. Procedimiento manual y operatorio, bajo infiltración anestésica aplicada localmente para tener acceso y/o visibilidad a estructuras u órganos afectados.

13. Coaseguro:

Porcentaje a cargo del Asegurado, especificado en la carátula de la póliza así como en el certificado individual, que se aplica al monto total de los tratamientos cubiertos en cada reclamación, solo aplicable a las coberturas odontológicas.

14. Cobertura:

Tratamientos Odontológicos cubiertos por el presente seguro, especificados en la carátula de la póliza y en el certificado individual.

15. Colectividad Asegurable:

Cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro debiendo participar un mínimo de 10 integrantes como Asegurados Titulares,

los cuales representen al menos el 75% de la Colectividad.

16. Colectividad Asegurada

Es el conjunto de personas que perteneciendo a la Colectividad Asegurable aparezcan en el registro de asegurados.

17. Consulta:

Entrevista entre el paciente y el ODONTÓLOGO a fin de lograr un diagnóstico y, en su caso un tratamiento, que se indica en el expediente clínico y el examen físico pertinente, para la recuperación o mantenimiento de la salud bucal.

18. Contratante:

Es la persona física o moral que suscribe con "CENTAURO" una póliza de seguro. Es responsable ante CENTAURO de pagar la prima correspondiente y de informar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo materia del seguro.

19. Credencial o Tarjeta:

Tarjeta de Identificación de cada integrante de la Colectividad Asegurada, que lo acredita ante la Red Odontológica CENTAURO como Asegurado de la presente póliza.

20. Deducible:

Cantidad a cargo del Asegurado especificada en la carátula y en el certificado individual, que se debe pagar una sola vez por periodo de vigencia de la póliza y se aplica en la primera reclamación.

21. Dependientes económicos:

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

a. El Cónyuge, que para efectos de esta póliza se entenderá como la persona con quien el Asegurado principal hubiere contraído matrimonio civil o viviere en concubinato.

b. Los hijos del Asegurado principal que dependan económicamente del mismo.

c. Los padres del Asegurado Principal, siempre y cuando dependan económicamente del mismo.

22. Diagnóstico:

Procedimiento consistente en entrevista, examen físico, pruebas médicas y otros auxiliares orientados a reconocer e identificar el problema o enfermedad a través de sus signos y síntomas.

23. Endodoncia:

Rama de la Odontología que estudia la etiología, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan a la cavidad pulpar, raíz y tejido periapical.

24. Endoso:

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

25. Enfermedad:

Toda alteración en la salud del Asegurado, debida a causas anormales, internas o externas, por las cuales amerite tratamiento médico o quirúrgico.

26. Evento:

Cada uno de los tratamientos por accidente o enfermedad, amparados por esta póliza.

27. Exclusiones:

Se refiere a todo hecho, situación o condición no cubierta por la póliza y que se encuentren expresamente indicadas en estas condiciones generales.

28. Extracción:

Es el procedimiento que consiste en quitar una pieza dentaria, temporal o permanentemente.

29. Frenilectomía Labial:

Procedimiento quirúrgico que elimina o modifica la inserción del frenillo labial.

30. Frenilectomía Lingual:

Procedimiento quirúrgico que elimina o modifica la inserción del frenillo lingual.

31. Gastos Cubiertos:

Erogaciones en las que incurra el Asegurado para la atención de los Tratamientos que se describen en el Capítulo II, siempre que hayan sido originados dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos y el Asegurado se encuentre dentro del período de cobertura al momento de ocurrir el tratamiento.

32. Gastos Hospitalarios:

Erogaciones efectuadas por la prestación de SERVICIOS para la atención del Asegurado en un hospital para corregir un padecimiento.

33. Gasto Usual y Acostumbrado (GUA):

Monto o valor que ha sido convencionalmente pactado entre los prestadores de servicios de la Red y La Institución, aplicable únicamente para reembolso.

34. Historia Clínica:

Recopilación de los datos generales del paciente, para su expediente personal.

35. Honorarios Odontológicos:

Remuneración que obtiene el odontólogo, legalmente autorizado para ejercer su profesión, por los servicios que presta al Asegurado.

36. Odontología:

Rama de la Medicina que estudia las estructuras bucales sanas y sus

alteraciones para su prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

37. Odontólogo:

Persona que ha recibido el título de Cirujano Dentista y que está legalmente autorizado para practicar la Odontología.

38. Odontopediatría:

Rama de la Odontología especializada en el cuidado de la salud oral de los niños.

39. Odontopediatra:

Odontólogo que se especializa en el cuidado de la salud oral de los niños, desde bebés hasta adolescentes.

40. Padecimiento:

Daño producido por un accidente o enfermedad sufrido por el Asegurado.

41. Padecimientos Preexistentes:

Lesión o enfermedad bucal cuyo inicio tuvo lugar en fecha anterior al inicio del conjunto de vigencias sucesivamente ininterrumpidas de la cobertura para cada Asegurado y de las anteriores de las que constituya renovación, y cuya existencia se compruebe mediante la existencia de un resumen médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un odontólogo con cédula profesional o mediante pruebas de gabinete o de cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Asimismo, se considera que un padecimiento es preexistente cuando previamente a la celebración del contrato, el Asegurado hubiere hecho gastos comprobables documentadamente para recibir el tratamiento odontológico que de se trate. Para efectos de Preexistencia no se considerará que la vigencia se ha

interrumpido si opera la rehabilitación de la póliza.

42. Pago Directo:

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

43. Plan De Tratamiento:

Propuesta de actividades que presenta el Odontólogo al Asegurado para restablecer su salud bucal.

44. Póliza De Seguro:

Documento que instrumenta el contrato de seguro y que contiene las normas que de forma general y particular regulan las relaciones contractuales convenidas entre CENTAURO y el Asegurado y/o Contratante y del cual forman parte las condiciones generales, la carátula de la póliza, la solicitud del seguro, los certificados individuales, endosos y las cláusulas adicionales que se agreguen, los cuales constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y CENTAURO, donde se establecen los términos y condiciones del seguro contratado.

45. Pulpotomía:

Extirpación quirúrgica de la porción coronaria del paquete vásculo nervioso y tratamiento para la preservación de las porciones radiculares.

46. Radicectomía:

Procedimiento quirúrgico para la eliminación de las raíces de un órgano dentario.

47. Radiografía:

Examen diagnóstico realizado con Rayos X para obtener imágenes internas del diente y de los tejidos circundantes.

48. Radiografía de Aleta de mordida:

Radiografía para el examen interproximal donde aparecen dientes superiores e inferiores.

49. Radiografía Oclusal:

Radiografía para el examen de áreas amplias del maxilar superior o de la mandíbula.

50. Radiografía Periapical:

Radiografía para el examen de la pieza dental completa y las estructuras circundantes.

51. Reembolso:

Sistema de pago de gastos, erogados previamente por el Asegurado, a consecuencia de un evento.

52. Red Odontológica Centauro:

Se refiere al grupo de prestadores de servicio (Odontólogos) que tienen contrato con SEGUROS CENTAURO, SALUD ESPECIALIZADA, S.A. DE C.V. (CENTAURO), y que están autorizados para la atención de los Asegurados.

53. Resina:

Es una mezcla plástica del color del diente relleno de vidrio.

54. Restos Radiculares:

Restos de raíces.

55. Solicitud De Seguro:

Documento que deberá llenarse y firmarse por el Contratante. Indispensable para la emisión de la Póliza.

56. Suma Asegurada:

Cantidad máxima de responsabilidad de la Institución, por Asegurado, a consecuencia de cada evento.

57. Tratamiento:

Conjunto de medios físicos, químicos, biológicos y/o quirúrgicos, que se ponen en práctica para la curación o alivio de las enfermedades o las lesiones ocasionadas por un accidente o enfermedad.

58. Tratamientos De Conductos:

Ver Endodoncia.

59. Urgencia o Emergencia:

Necesidad impostergable de suministrar servicios al Asegurado, para evitar su muerte o un daño inminente y grave a su salud o integridad física

CAPÍTULO II. COBERTURA

PRIMERA.- OBJETO

Si a consecuencia de un accidente o enfermedad el Asegurado incurre en gastos por los tratamientos recibidos para su recuperación, a Institución cubrirá el costo de los mismos hasta por la suma asegurada contratada de acuerdo a las condiciones y límites estipulados en esta póliza, siempre y cuando los gastos sean erogados dentro de la República Mexicana, en tanto la póliza y el certificado individual se encuentren vigentes al ocurrir el evento cubierto.

SEGUNDA.- TRATAMIENTOS CUBIERTOS.

“CENTAURO” se obliga a prestar al Asegurado y a sus Dependientes, a través de la Red Odontológica CENTAURO, los siguientes tratamientos encaminados a restaurar la salud bucal en concordancia con los términos, condiciones y exclusiones del contrato.

a) TRATAMIENTOS BÁSICOS

COBERTURA BÁSICA

MÓDULO I.BÁSICO

PACIENTE ADULTO (PA)

- Consulta oral detallada y extensiva, Diagnóstico y Plan de Tratamiento, 4 radiografías de diagnóstico, Profilaxis en Adulto 1a. cita
- Consulta de emergencia en horario normal.

PACIENTE INFANTIL (PI)

- Consulta oral detallada y extensiva, Diagnóstico y Plan de Tratamiento, 4 radiografías de diagnóstico, Profilaxis en niños menores de 14 años.
- Consulta de emergencia en horario normal.

RADIOGRAFÍAS

PACIENTE ADULTO (PA) y PACIENTE INFANTIL (PI)

- Periapical
- Oclusal
- Aleta de mordida

MÓDULO II.OPERATORIA DENTAL

PACIENTE ADULTO (PA)

- Amalgama simple en diente permanente (una superficie del diente)

- Amalgama compuesta en diente permanente (dos superficies del diente, aún cuando no exista comunicación entre sí)
- Amalgama compleja en diente permanente (tres superficies aún cuando no exista comunicación)
- Amalgama complementaria clase I diente posterior permanente
- Resina simple (una superficie del diente anterior permanente)
- Resina compuesta en diente anterior (más de una superficie del diente anterior permanente)
- Resina una superficie en diente posterior permanente.
- Resina complementaria clase I diente posterior permanente.

PACIENTE INFANTIL (PI)

- Amalgama simple en diente temporal (una superficie del diente)
- Amalgama compuesta en diente temporal (dos superficies del diente, aun cuando no exista comunicación entre sí)
- Amalgama compleja en diente temporal (tres superficies aún cuando no exista comunicación)
- Amalgama complementaria clase I diente posterior temporal
- Resina simple en diente anterior temporal (una superficie del diente)
- Resina compuesta (más de una superficie del diente anterior temporal)
- Resina Simple en diente posterior temporal (una superficie del diente)
- Resina dos superficies diente posterior temporal
- Resina complementaria clase I diente posterior temporal.

MÓDULO III. ENDODONCIA

PACIENTE ADULTO (PA)

- Recubrimiento pulpar indirecto (no incluye restauración)
- Tratamiento de conductos en diente anterior permanente
- Tratamiento de conductos en premolar
- Tratamiento de conductos en molar permanente
- Retratamiento en diente anterior
- Retratamiento en premolar
- Retratamiento en molar
- Apexificación (apicoformación) con dos citas incluidas para su control
- Apicectomía, cirugía periradicular en diente anterior
- Apicectomía, cirugía periradicular en premolar
- Apicectomía, cirugía periradicular en molar
- Obturación retrógrada
- Radicectomía o amputación radicular

PACIENTE INFANTIL (PI)

- Pulpotomía en dientes temporales.

MÓDULO IV. CIRUGÍA

PACIENTE ADULTO (PA)

- Extracción simple
- Extracción de restos radiculares o raíces expuestas
- Biopsia de tejidos orales duros (sin costo de laboratorio)
- Biopsia de tejidos orales blandos (sin costo de laboratorio)
- Incisión y Drenaje de absceso intraoral, involucra incisión a través de la mucosa
- Frenilectomía lingual
- Frenilectomía labial

PACIENTE INFANTIL (PI)

- Extracción de diente temporal
- Recolocación de dientes accidentalmente desplazados (No incluye ferulización)

MÓDULO V. TERCEROS MOLARES

PACIENTE ADULTO (PA)

- Extracción de diente impactado parcialmente cubierto por hueso.
- Extracción de diente impactado totalmente cubierto por hueso.

Quedan cubiertos los padecimientos preexistentes, según se definen estos en el Capítulo I de la presente póliza.

b) TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS ADICIONALES

Siempre que aparezcan como contratadas en la carátula de la póliza y en el certificado individual, se cubrirán uno o más de los siguientes tratamientos:

PLAN STEEL 20 Y PLAN STEEL 50

Estas coberturas comprenden los tratamientos básicos de la cobertura más los siguientes:

MÓDULO VII.PERIODONCIA

PACIENTE ADULTO (PA)

- Evaluación periodontal
- Raspado coronal, raspado y alisado radicular uno a tres dientes por cuadrante
- Alargamiento coronario un diente
- Terapia de mantenimiento periodontal

PLAN SILVER

Estas coberturas comprenden los tratamientos básicos de la cobertura más los siguientes:

MÓDULO VI.PRÓTESIS

PACIENTE ADULTO (PA)

- Corona o Póntico metal porcelana
- Poste de fibra de vidrio
- Onlay porcelana
- Onlay metálica plata paladio

PACIENTE INFANTIL (PI)

- Corona acero cromo
- Corona de policarbonato

PLAN TITANIUM 50

Estas coberturas comprenden los tratamientos básicos de la cobertura más los siguientes:

MÓDULO VI.PRÓTESIS

PACIENTE ADULTO (PA)

- Corona o Póntico metal porcelana
- Poste de fibra de vidrio
- Onlay porcelana
- Onlay metálica plata paladio
- Dentadura total superior, acrílico cocido
- Dentadura total inferior, acrílico cocido
- Rebase de dentadura completa superior
- Rebase de dentadura completa inferior

PACIENTE INFANTIL (PI)

- Corona acero cromo
- Corona de policarbonato

MÓDULO VII.PERIODONCIA**PACIENTE ADULTO (PA)**

- Evaluación periodontal
- Raspado coronal, raspado y alisado radicular uno a tres dientes por cuadrante
- Alargamiento coronario un diente
- Terapia de mantenimiento periodontal

Quedan cubiertos asimismo los padecimientos preexistentes según se describen estos en el Capítulo I del presente contrato.

TERCERA.- EXCLUSIONES.

La presente póliza en ningún caso cubre los gastos que se originen por:

- 1. Medicamentos**
- 2. Anestesia General o Sedaciones.**
- 3. Gastos Hospitalarios.**
- 4. Tratamientos y erogaciones fuera del Territorio Nacional.**
- 5. Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico por las lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en el contrato.**
- 6. Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico por negligencia del paciente a las indicaciones del odontólogo tratante.**
- 7. Cualquier complicación derivada o que se manifieste durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico realizado por Odontólogos fuera de la RED ODONTOLOGICA CENTAURO.**
- 8. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de naturaleza experimental o de investigación.**
- 9. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético para mejorar la apariencia del Asegurado mediante restauración plástica, corrección o eliminación de defectos.**
- 10. Tratamientos que no estén especificados dentro de las Coberturas del plan contratado.**

- 11. Resinas compuestas en dientes posteriores en adulto y/o con restauración previa (reincidencia de caries).**
- 12. Retratamiento de endodoncia, sólo se cubrirá una sola vez por pieza dental durante la vigencia de la póliza y en caso de fractura procederá a cargo de “CENTAURO” la extracción únicamente.**
- 13. Cualquier tratamiento de Odontología Preventiva.**
- 14. Obturaciones de desgaste incisales y cervicales**
- 15. Los tratamientos de las especialidades no cubiertas como: Prótesis (Salvo plan TITANIUM 50 y plan SILVER), Periodoncia(Salvo plan TITANIUM 50, plan STEEL 20 y plan STEEL 50) , Ortodoncia, Cosmética Dental y Cirugía Ortognática.**

CAPÍTULO III. PAGO DE RECLAMACIONES

La Institución sólo pagará los tratamientos especificados en la cobertura derivados del evento, en los términos y condiciones establecidos en la presente póliza.

Las reclamaciones que resulten conforme a la presente póliza, serán liquidadas dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que la Institución reciba todos los documentos, datos e informes, que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

PRIMERA.- PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN UNA RECLAMACIÓN.

En toda reclamación a consecuencia de un evento relacionado con la cobertura dental, el Asegurado cubrirá el coaseguro contratado, el cual se especifica en la carátula y certificado individual, conforme a los términos y condiciones establecidos en la presente póliza.

SEGUNDA.- SISTEMAS DE PAGO DE RECLAMACIONES.

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

1) Pago Directo:

- i. **COBERTURA DENTAL:** 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 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.

**CONDICIONES GENERALES
PRODUCTO DENTAL FLEX ADVANCE
GASTOS MEDICOS COLECTIVO**

Al momento de emitir la Póliza de Seguro, se proporcionará a cada uno de los Asegurados Titulares a través del Contratante, 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 Titular, del Contratante, número de certificado y un número telefónico donde pueda ser localizado.

Previamente a la atención del paciente, el Odontólogo verificará con CENTAURO que tanto la póliza como el certificado individual en su caso, se encuentren vigentes.

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.

El Asegurado podrá cambiar de Odontólogo dando aviso a CENTAURO vía telefónica o correo electrónico a los números y dirección que aparecen en el membrete de este contrato así como en el certificado individual, explicando los motivos por los cuales tome esa decisión. Lo anterior, con la finalidad de que CENTAURO pueda cumplir con el programa de control de eficiencia y calidad de la Red Odontológica CENTAURO.

- 2) **Reembolso:** Si no se llegara a utilizar el Sistema de Pago Directo, por no contar con los Servicios de la Red en la localidad del Asegurado o por tratarse de una emergencia, los gastos efectuados por el Asegurado se cubrirán, en su caso, mediante reembolso, previa autorización por parte de la Institución. Dicha autorización deberá obtenerse comunicándose telefónicamente a los teléfonos 01 (55) 5596-3540 en el D.F. y Área Metropolitana o al 01-800- 800-80-40 desde el interior de la República, en el horario de atención de 8:00 am a 9:00 pm los 365 días del año.

COBERTURA DENTAL:

Si no se llegara a utilizar el Sistema de Pago Directo, los gastos efectuados por el Asegurado y que sean procedentes se cubrirán, en su caso, mediante reembolso, previa autorización por parte de CENTAURO.

El Asegurado puede elegir Odontólogos distintos a la Red Odontológica CENTAURO de CENTAURO, mediante el pago de la cantidad diferencial que resulte entre el tabulador respectivo de CENTAURO y el costo del servicio que le preste el Odontólogo.

En caso de que la reclamación proceda a través del Sistema de Reembolso, el Asegurado deberá comprobar a CENTAURO la realización del evento, presentando su reclamación acompañada de las formas y documentos que a continuación se enumeran, en los cuales deberá consignar todos los datos e informes que en los mismos se indican:

- i. Formato de Declaración del Reclamante, que proporcione CENTAURO, debidamente llenado y firmado.
- ii. Formato de Declaración del Odontólogo Tratante, que proporcione CENTAURO, debidamente llenado y firmado.
- iii. Facturas originales de cada uno de los gastos que se hayan hecho y que satisfagan los requisitos fiscales.
- iv. Los recibos de honorarios dentales deberán especificar claramente el concepto que se está cobrando.
- v. Radiografías previas y posteriores a un tratamiento.

Únicamente el proceso de reembolso se podrá autorizar por falta de red en su localidad ó por emergencia médica.

3) Pago Mixto: Comprende todos aquellos casos en que una parte de los gastos son liquidados por La Institución al prestador del servicio y la otra parte mediante el Sistema de Reembolso, al propio Asegurado.

TERCERA.-CUANTÍA DE LA INDEMNIZACIÓN

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

1. Se sumarán todos los gastos de los tratamientos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en la póliza, certificado individual y/o endosos de la misma.
2. A la cantidad resultante se le descontará, el coaseguro de acuerdo al porcentaje establecido en la carátula de esta Póliza y certificado individual. En consecuencia "CENTAURO" cubrirá la diferencia.
3. El coaseguro será aplicado por cada evento.

**CONDICIONES GENERALES
PRODUCTO DENTAL FLEX ADVANCE
GASTOS MEDICOS COLECTIVO**

4. El pago que La Institución realice al Asegurado, por haberse atendido con Odontólogos con los que no se tenga convenio de pago directo, no podrá exceder a lo establecido como “gasto usual y acostumbrado” en el Capítulo I Definiciones del presente contrato.

5. La suma asegurada máxima en vigor para cada Asegurado, es la que se indica en la carátula de la póliza y en el certificado individual, misma que estará expresada en pesos o en número de veces el Salario Mínimo General Mensual vigente en el Distrito Federal en el momento del inicio del tratamiento.

CUARTA.- PERÍODO DE BENEFICIO.

El periodo de beneficio comenzará a partir de la fecha en que se efectúe el primer gasto y finalizará dentro de los siguientes treinta días naturales a la fecha de terminación de la vigencia del seguro, salvo que el certificado se renueve anualmente y sin interrupción, caso en el que el periodo de beneficio será prorrogado por otro período de seguro.

En todo caso, si a la terminación del contrato, el Asegurado se encontrare bajo algún tratamiento iniciado durante la vigencia de la póliza y del respectivo certificado, la Institución tendrá la obligación de continuar prestando el servicio para la atención de dicho tratamiento, teniendo como límite lo que ocurra primero de lo siguiente:

- i. Al certificarse la curación del padecimiento de que se trate, al ser dado de alta por el odontólogo, o
- i. ii) Al agotarse el límite de la Suma Asegurada, o
- i. iii) Al vencimiento del período de beneficio previsto en el primer párrafo de la presente cláusula.

CAPÍTULO IV. CLAUSULAS GENERALES

PRIMERA.- CONTRATO.

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

La Institución se reserva el derecho de excluir mediante endosos, la cobertura de determinados padecimientos que por su naturaleza influyan en la agravación del riesgo. Esto se hará en el momento de la contratación del seguro o en la renovación de la presente póliza

SEGUNDA.- OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES.

El Contratante está obligado a declarar por escrito a la Institución, de acuerdo con la solicitud relativa al seguro, los hechos importantes para la apreciación del riesgo, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del presente contrato.

La omisión o inexacta declaración de la información que conste en la solicitud, aun cuando no haya influido en la realización de cualquier siniestro, facultará a la Institución para considerar rescindido de pleno derecho este contrato.

TERCERA.- RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA.

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente, dentro de los treinta días naturales que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones (Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Este derecho se hace extensivo al Contratante.

CUARTA.- MODIFICACIONES AL CONTRATO.

Las Condiciones Generales de la presente póliza, así como los endosos respectivos, sólo podrán modificarse por escrito, previo acuerdo entre el Contratante y la Institución, mediante endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia, ni los Agentes ni cualquier otra persona no autorizada específicamente por La Institución, tienen facultad para hacer modificaciones ni concesiones al presente contrato.

QUINTA.- EDAD.

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

SEXTA.- RESIDENCIA.

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

SÉPTIMA.- MONEDA.

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sean por parte del Contratante, del Asegurado o de la Institución, se efectuarán en moneda nacional en los términos de la Ley Monetaria vigente en la época de los mismos.

En caso de las pólizas denominadas en moneda extranjera, se conviene que los pagos que el Contratante tenga que hacer a la Institución o los que ésta haga al Asegurado por cualquier concepto derivado del presente contrato, se efectuarán en moneda

nacional conforme al tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación al momento de efectuar dicho pago.

OCTAVA.- PRIMAS.

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

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

El pago de primas se realizará en el domicilio de la Institución 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, este se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la prima o parcialidad correspondiente en las oficinas de La Institución, 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 transcurrido 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 La Institución, 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 La Institución no entregué al Contratante el recibo de pago respectivo.

NOVENA.- PERÍODO DE GRACIA.

El Contratante gozará de un término de 30 días naturales para liquidar el total de la prima anual o cada una de las fracciones de la misma, pactadas en el presente contrato. Durante este período sólo aplicará el Sistema de Reembolso. Los efectos de este contrato cesarán automáticamente, a las 12 horas del último día del término mencionado, si el Contratante no ha cubierto el total de la prima anual o de la fracción pactada.

DÉCIMA.- REHABILITACIÓN.

La póliza podrá ser rehabilitada bajo los términos contratados inicialmente, no obstante lo estipulado en las Cláusulas Generales Octava.-Primas y Novena.- Período de Gracia, dentro de los 30 días naturales siguientes al último día del período de gracia señalado, pagando la prima anual de este seguro o la parte correspondiente si se ha pactado su pago fraccionado, en el entendido que dicho pago deberá cubrir en su totalidad la(s) prima(s) vencida(s).

En la rehabilitación se conservará la antigüedad generada por cada Asegurado, considerándose que la póliza tuvo vigencia ininterrumpida.

DÉCIMA PRIMERA.-ALTAS DE ASEGURADOS.

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

Las personas que ingresan a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser Asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la Colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Institución, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando La Institución exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contando a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza. Los hijos del Asegurado nacidos dentro de la vigencia de esta Póliza, quedarán cubiertos desde el momento de su nacimiento, siempre que se haya notificado a la Institución su inclusión, dentro de los 30 días naturales siguientes a que este ocurra.

Si el Asegurado contrae matrimonio, su cónyuge podrá quedar cubierto por la presente Póliza desde la fecha de la celebración del mismo, siempre y cuando se notifique a la Institución dentro de los 30 días naturales siguientes a la ocurrencia del hecho.

En los casos de los dos párrafos precedentes, se requerirá que el Contratante lo notifique por escrito a la Institución, anexando copia certificada del acta de nacimiento o de matrimonio, según sea el caso.

DÉCIMA SEGUNDA.- BAJAS DE ASEGURADOS.

Causarán baja de la póliza aquellos Asegurados que hayan dejado de pertenecer a la Colectividad Asegurada, para lo cual el Contratante se obliga a participarlo de inmediato y por escrito a la Institución, entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento en que CENTAURO reciba dicha notificación.

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

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de CENTAURO a causa de omisión o negligencia en el aviso por parte del Contratante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a CENTAURO.

Los ajustes correspondientes en primas se podrán realizar con base al procedimiento de administración que se haya estipulado al momento de la contratación de la póliza.

Asimismo, causaran baja de la póliza los Dependientes del Asegurado Principal que dejen de cumplir con la definición de DEPENDIENTES ECONOMICOS establecida en las presentes Condiciones Generales.

DÉCIMA TERCERA.- REGISTRO DE ASEGURADOS.

Con base en los datos proporcionados por el Contratante, adjuntando solicitud y los avisos de Altas y Bajas que conforme a esta póliza deben efectuarse, la Institución elaborará un Registro de Asegurados para el periodo de seguro pactado. Dicho registro formará parte de la póliza y contendrá el nombre, la fecha de nacimiento y sexo de cada uno de los miembros de la Colectividad Asegurada, la suma asegurada que le corresponda, el número de certificado individual que la Institución deberá expedir a favor de los Asegurados, y la fecha de inicio y terminación de la vigencia de los seguros para cada uno de los integrantes de la Colectividad Asegurada.

Una copia autorizada de este registro será entregada a solicitud del Contratante.

DÉCIMA CUARTA.- RENOVACIÓN.

La póliza se renovará de forma automática por períodos de igual duración si dentro de los últimos 20 días hábiles de vigencia de cada período, el Contratante no notifica fehacientemente a la Institución su voluntad de no renovarla.

**CONDICIONES GENERALES
PRODUCTO DENTAL FLEX ADVANCE
GASTOS MEDICOS COLECTIVO**

La Institución procederá a realizar la renovación mediante endoso a la póliza, en las mismas condiciones en que fue contratada, siempre que a la fecha de vencimiento del contrato se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo

para la Operación de Accidentes y Enfermedades. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa y coaseguros, obtenidos conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.

En cada renovación, la Institución deberá dar a conocer al Contratante y/o Asegurado, el importe de la prima así como los porcentajes de coaseguro aplicables a los tratamientos de la cobertura del plan de seguro respectivo.

La renovación deberá ofrecer condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas, por lo que no se podrán cambiar las limitaciones de las coberturas de los riesgos en detrimento del asegurado, ampliar períodos de espera, reducir límites de edad, ni solicitar requisitos de asegurabilidad, salvo lo previsto en el párrafo anterior. Asimismo, el nuevo contrato deberá prever un servicio de Red de Odontólogos con una calidad, servicio y ubicación que sea similar a la originalmente contratada, de conformidad con los productos que estén registrados en ese momento ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

DÉCIMA QUINTA.- CAMBIO DE CONTRATANTE

Cuando el objeto del presente seguro sea el de otorgar una prestación laboral y exista cambio de Contratante, la Institución podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos integrantes a la Colectividad Asegurada, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.

DÉCIMA SEXTA.- RESPONSABILIDAD DE LA INSTITUCIÓN.

El límite de responsabilidad a cargo de la Institución, ante el Contratante, el Asegurado y sus Dependientes Económicos, se constriñe al pago de las cantidades estipuladas en la Cláusula Tercera del Capítulo III Pago de Reclamaciones de la presente póliza.

DÉCIMA SÉPTIMA.- INTERÉS MORATORIO.

En caso de que La Institución, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la cantidad procedente, dentro del plazo de 30 días establecido en el artículo

71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, pagará al Asegurado y/o a sus Dependientes una indemnización por mora de conformidad por lo dispuesto en el **Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y fianzas.**

**CONDICIONES GENERALES
PRODUCTO DENTAL FLEX ADVANCE
GASTOS MEDICOS COLECTIVO**

I.- Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal 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.

Además, la empresa de seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, 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 empresa de seguros estará obligada a pagar un interés moratorio que 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 no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables.

IV.- En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia 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.

DÉCIMA OCTAVA.- PRESCRIPCIÓN.

Todas las acciones que se deriven de esta póliza de seguro prescribirán en dos años, contados en los términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Consultas y Reclamaciones de CENTAURO.

DÉCIMA NOVENA.- COMPETENCIA.

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Institución de 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 sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y

Defensa al Usuario de Servicios Financieros, y **277 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas**. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o en su caso, de la negativa por parte de la Institución de satisfacer las pretensiones del reclamante.

De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

VIGÉSIMA- COMISIONES A INTERMEDIARIOS

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

VIGÉSIMA PRIMERA.- NOTIFICACIONES.

Cualquier notificación relacionada con el presente contrato, deberá hacerse a la Institución por escrito, en el domicilio señalado en la carátula de la Póliza, obligándose ésta a comunicar al Contratante y al Asegurado en caso de que dicho domicilio llegará a ser diferente. Las notificaciones y comunicaciones que a Institución deba hacer al Contratante o Asegurado, las dirigirá al último domicilio de que tenga conocimiento.

VIGÉSIMA SEGUNDA.- VIGENCIA.

Esté contrato estará vigente durante el período pactado, que aparece en la carátula de la presente póliza. La vigencia para cada Asegurado se indicará en el certificado individual.

VIGÉSIMA TERCERA.- 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 mediante aviso dado a La Institución por escrito con 15 días de anticipación a la fecha en que cesará el contrato, devolviendo ésta última al Contratante, 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,

caso en el cual se hará exigible el pago de la totalidad de la prima estipulada en la carátula de la póliza. 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.

2. La terminación del período de gracia sin que se hubiere efectuado el pago de prima vencida salvo que sea rehabilitado en términos de la presente póliza.

VIGÉSIMA CUARTA.- DERECHOS DE LOS PACIENTES.

La Institución se obliga a garantizar en la prestación del servicio que brinde a través de la Red Odontológica CENTAURO, que se respeten al Asegurado y sus Dependientes los siguientes derechos:

Acceso: Los Asegurados tendrán la misma oportunidad de acceso expedito a los servicios.

Respeto y dignidad: El trato al paciente deberá proporcionarse en todo momento en forma respetuosa.

Privacidad y confidencialidad: Los servicios proporcionados deberán cuidar siempre un profundo respeto a la privacidad. Asimismo, la información deberá preservar la confidencialidad.

Seguridad personal: El individuo tendrá derecho a que durante su atención se le brinden tanto a él como a sus acompañantes y pertenencias medidas de seguridad.

Identidad: El paciente 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.

Información: El usuario 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.

Comunicación: El enfermo tendrá derecho a mantenerse en todo momento en comunicación con su familia y a ser informado en forma comprensible para él.

Consentimiento: El paciente no deberá ser sometido a ningún procedimiento, diagnóstico o terapéutico sin ser informado precisamente de sus riesgos, beneficios y alternativas.

**CONDICIONES GENERALES
PRODUCTO DENTAL FLEX ADVANCE
GASTOS MEDICOS COLECTIVO**

Consultas: El paciente tendrá derecho a solicitar otras opiniones sobre su padecimiento, conforme a lo estipulado en el contrato de seguros respectivo.

Negativa al tratamiento: el paciente tendrá derecho a no aceptar las propuestas terapéuticas. Selección de médico y hospital: el paciente tiene derecho de seleccionar el médico y hospital para su atención y cambiar cuando lo considere pertinente, conforme a lo estipulado en el contrato de seguros respectivo.

"En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedarán registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 20 de agosto de 2013, con el número CNSF-H0712-0042-2013/CONDUSEF-000406-01.