

ODONTOCER (Centro de Estética y Rehabilitación Oral) NIT 901160343-5**AFILIACIÓN A POLIZA DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS****CONVENIO con:** _____ **Fecha Afiliación:** _____**Apellidos y Nombres del Titular:** _____**Documento:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____**Dirección Residencia:** _____ **Barrio:** _____**E-mail:** _____ **Teléfonos:** _____

APELLIDOS	NOMBRE	EDAD	Fecha Nacimiento (DMAA)			Parentesco
Total Protegidos: ____		Observaciones: _____				

Forma de pago: deducción mensual**Valor Cuota Mensual:** \$ 8.000**SERVICIOS A LOS QUE TIENE DERECHO****Servicios incluidos sin ningún costo para todas las personas inscritas a la Póliza:**

Profilaxis, aplicación de fluor, sellantes, detartraje, urgencias de dolor, hasta 3 restauraciones gingivales, hasta 3 terapias periodontales y exodoncia simple, que tenga movilidad por enfermedad periodontal y exodoncia simple, que tenga movilidad por enfermedad periodontal. **Tarifas preferenciales para Nuestros Afiliados en todos nuestros servicios**

Consulta sin ningún costo con nuestros Especialistas: Ortodoncista, Cirujano, Estomatólogo, Periodoncista, Endodoncista.

Descuentos de tratamientos con nuestros especialistas**TENGA EN CUENTA:**

Que tienen derecho a los servicios de nuestra póliza, solo las personas que aparecen inscritas en el formato de afiliación

El cubrimiento de la Póliza, comienza a partir del día siguiente en que se diligencie el formulario de afiliación.

La falsedad en edades, nombres, parentesco son causales para no prestar el servicio, suspender el tratamiento que se este llevando a cabo, cambiar las tarifas y las condiciones de prestación del servicio desde el momento que se identifica la inconsistencia.

Si una persona se desvincula de la entidad por medio de la cual adquiere la Póliza, los cubrimientos de la póliza se suspenden. Si la persona manifiesta el deseo de continuar disfrutando los beneficios de la Póliza debe adquirir la Póliza en la modalidad Particular

A QUIEN CUBRE LA POLIZA:

Al tomador, si es casado a su cónyuge, y a sus hijos menores de 25 años que dependan de él.

Al tomador, si es soltero a sus padres.

El Tomador, puede adicionar personas no incluidas en su grupo familiar, con un costo adicional anual.

REQUISITOS:

Durante la vigencia de afiliación a la Póliza, se podrá modificar el número y nombre de las personas inscritas, siempre y cuando cumpla con los requisitos establecidos para afiliación.

Se pueden afiliar personas Adicionales al grupo familiar (la afiliación de estas personas tiene un costo adicional, diferente al establecido como costo mensual para la póliza).

AFILIACIÓN A POLIZA DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS

COMO SOLICITAR UN SERVICIO

Comuníquese con nuestra línea de atención: **314 7940775** (whatsApp). A través de esta línea usted podrá separar una cita de valoración (primera vez), programar citas, pedir orientación sobre servicios que ofrecemos, requisitos para acceder a nuestros servicios.

La póliza se extenderá por un periodo de 12 meses a partir de la firma de este documento. Y se renueva automáticamente por un año más. La póliza será revisada anualmente, pero se aceptan cambios menores siempre que ambas partes estén de acuerdo con el cambio

Los convenios a través de empresas o cooperativas, cuentan con renovación automática siempre y cuando el afiliado titular no exprese por escrito su decisión de no dar continuidad al mismo

DOMICILIO PARA PRESTACIÓN DE SERVICIOS:

Todos los servicios se prestarán en la sede de Odontocer. Y en caso de que sea necesario cambio de lugar para prestación de alguno de los servicios ofrecidos y contratados a través de la Póliza, se le notificará con anterioridad al Afiliado.

AUTORIZACION DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Odontocer, implementa las estrategias y acciones necesarias para dar efectividad al derecho consagrado en la Ley estatutaria 1581 de 2012, y demás normativas que la complementen, modifique o derogue para la protección de datos.

ACUERDO DE PAGO:

Sr. Pagador: en mi calidad de Tomador de la Póliza autorizo expresa e irrevocablemente para que de mi sueldo, salario, bonificaciones, prestaciones sociales o de cualquier suma de la que sea acreedor, me sea descontada el valor correspondiente a la cuota mensual de la afiliación arriba mencionada y/o cualquier suma de las cuales sea deudor ante Comfamigos para que la suma descontada mensualmente en los términos aquí indicados sea girada directamente y entregada en forma mensual a **Odontocer S.A.S.** dentro del término fijado para tal efecto, amortizando de esta forma el pago del plan en el cual estoy afiliado. Si la entidad a la cual me encuentro vinculado no descuenta y no paga a Odontocer S.A.S. el valor de las cuotas mensuales del respectivo plan, no quedo exonerado de la responsabilidad de pagar la cuota mensual que Odontocer S.A.S. ofrezca a sus clientes. También autorizo para que se descuente a descontar de mi salario, sueldo, bonificaciones, prestaciones sociales e indemnizaciones a que tengo derecho, la cuota que esté adeudando si llegare a terminarse mi contrato de trabajo o desvincularme de la entidad. Declaro que he leído y conozco todas las condiciones generales y específicas de este contrato que se encuentran al reverso.

Efectos de la Firma:

Titular: El titular que firma abajo, garantiza que conoce y acepta todas las condiciones del plan que adquiere, detallados al respaldo, bajo el cual queda vigente.

Asesor: El asesor que firma abajo, garantiza que toda la información sobre el cliente en esta inscripción es la correcta.

Firma Tomador de la póliza

Firma Asesor