

SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD

ESPACIO RESERVADO
PARA LA ETIQUETA



DKV Integral ≠ **DKV Modular** ≠ **DKV Mundisalud**
DKV Residentes ≠ **DKV Top Health**[®]

(Completar s lo los recuadros en blanco. Los recuadros sombreados ser n rellenados por el departamento correspondiente de DKV Seguros.)

Sucursal	Oficina	Ramo	N mero	Orden	N.... Aseg.	Fecha efecto	Fecha vencimiento	1.º Rbo. Fco.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
						Da Mes Ao	Da Mes Ao	

(Completar s lo para solicitud de suplementos.)

Sucursal	Oficina	Ramo	N mero de p liza	Orden de p liza	Fecha de efecto del suplemento	<input type="checkbox"/> Includi n
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Excludi n
					Da Mes Ao	<input type="checkbox"/> Modificaci n

Tomador del seguro (Escribir en letras may sculas)

Apellidos o Raz n Social	Nombre					
<input type="text"/>	<input type="text"/>					
N.I.F./C.I.F./N.I.E.	Domicilio	C digo Postal				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Localidad	Prov.	Tel fono	Tel fono m vil			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Fax	Fecha nacimiento	Medio de contacto: Tel fono	M vil	Fax	E-mail	E-mail trabajo
<input type="text"/>	Da Mes Ao	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail trabajo	@	E-mail personal	@			

Hombre	Mujer	Nacionalidad	C digo	Obrando por cuenta	Castellano	Catal n	Gallego	Euskera	Alem n	Ingl s
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Ajena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Profesi n

Sustituye a la p liza: Sucursal Oficina Ramo N mero Orden

Desea recibir informaci n detallada de los actos m dicos realizados? (s lo para DKV Integral y DKV Modular) S No S No

Claves de la entidad

Periodo	Cobro	Agencia Gestora	Agencia Cobradora	P liza/Recibo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> S

Domicilio de cobro de recibos: Entidad Oficina DC N mero

Domicilio de reembolso: Entidad Oficina DC N mero

Modalidad de seguro de salud que desea contratar

DKV Integral

DKV Modular (Marcar con una X las coberturas seleccionadas. Es necesario marcar como m nimo una cobertura de salud y una de accidentes)

Coberturas Salud: Asistencia primaria Especialistas y otros medios de diagn stico Hospitalizaci n Asistencia sanitaria en caso de accidente

Coberturas Accidentes: B sico: 1 2 3 4 5

DKV Mundisalud

Completo Plus

Classic: A) Reembolso de gastos m dicos completos B) Reembolso de gastos m dicos hospitalarios

Elite

Combinado Elecci n

DKV Residentes Cobertura b sica Cobertura b sica + Repatriaci n Cobertura b sica + Repatriaci n + Best Care

DKV Top Health[®] Sin franquicia Franquicia 600 EUR Franquicia 1.200 EUR

Prima total

Asegurados (Indicar en cada asegurado, en el apartado de sexo y parentesco, la clave que corresponda)

Parentesco

0 Titular 1 Cnyuge 2 Hijo 3 Hija 4 Padre 5 Madre 6 Familiar 7 Otros

Sexo

H Hombre M Mujer

1) Apellidos

Nombre

Sexo

Parentesco

Fecha nacimiento

N.I.F./C.I.F./N.I.E.

Nacionalidad

C digo

D a

Mes

A o

Profesi n

2) Apellidos

Nombre

Sexo

Parentesco

Fecha nacimiento

N.I.F./C.I.F./N.I.E.

Nacionalidad

C digo

D a

Mes

A o

Profesi n

3) Apellidos

Nombre

Sexo

Parentesco

Fecha nacimiento

N.I.F./C.I.F./N.I.E.

Nacionalidad

C digo

D a

Mes

A o

Profesi n

4) Apellidos

Nombre

Sexo

Parentesco

Fecha nacimiento

N.I.F./C.I.F./N.I.E.

Nacionalidad

C digo

D a

Mes

A o

Profesi n

5) Apellidos

Nombre

Sexo

Parentesco

Fecha nacimiento

N.I.F./C.I.F./N.I.E.

Nacionalidad

C digo

D a

Mes

A o

Profesi n

6) Apellidos

Nombre

Sexo

Parentesco

Fecha nacimiento

N.I.F./C.I.F./N.I.E.

Nacionalidad

C digo

D a

Mes

A o

Profesi n

7) Apellidos

Nombre

Sexo

Parentesco

Fecha nacimiento

N.I.F./C.I.F./N.I.E.

Nacionalidad

C digo

D a

Mes

A o

Profesi n

8) Apellidos

Nombre

Sexo

Parentesco

Fecha nacimiento

N.I.F./C.I.F./N.I.E.

Nacionalidad

C digo

D a

Mes

A o

Profesi n

INFORMACIÓN PRELIMINAR PARA EL TOMADOR DEL SEGURO

Cláusula Preliminar

Este contrato está sometido a la Ley de Contrato de Seguro 50/1980, de 8 de octubre. El control de la actividad aseguradora de DKV Seguros, S.A.E. (en adelante, DKV Seguros), con domicilio social en la Avenida César Augusto, 33 (50004 Zaragoza), corresponde al Reino de España y, en concreto, al Ministerio de Economía, a través de su Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Integran el contrato las siguientes partes: la Solicitud, la Declaración de Salud, las Condiciones Generales, Particulares y Especiales aparte y los Suplementos o Apéndices que se emitan al mismo. Las transcripciones o referencias a preceptos legales no requieren aceptación.

Para resolver los conflictos que puedan surgir con la compañía, los tomadores del seguro, beneficiarios, terceros perjudicados o personas a las que derivan los derechos de cualquiera de ellos podrán presentar su reclamación ante las siguientes instancias:

- Cualquiera de las oficinas de la compañía o ante el Servicio de Atención al Cliente del Grupo ERGO. Las reclamaciones pueden enviarse por correo o telefax, a la dirección Avenida César Augusto, 33 (50004 Zaragoza), tel fono: 902 499 499, fax: 976 28 91 56, o por correo electrónico (atencioncliente@dkvseguros.es). El cliente podrá elegir la forma en que desea que le sea cursada la contestación y el domicilio al que se le enviará. El expediente será contestado por escrito, dentro del plazo máximo de dos meses. En las oficinas de la entidad, se encuentra disponible el Reglamento del Servicio de Atención al Cliente del Grupo ERGO.
- Transcurrido el citado plazo y, si el cliente discrepa de la solución propuesta, podrá dirigirse al Comisionado para la Defensa del Cliente de Servicios Financieros, con domicilio en Paseo de la Castellana, 44 (28046 Madrid). Una vez acreditada la tramitación previa de la reclamación ante DKV Seguros, se iniciará un expediente administrativo.
- Además de estas vías de reclamación descritas, el cliente puede plantear una reclamación ante la Jurisdicción que corresponda.

Protección de datos personales

El tomador del seguro declara estar informado, de forma expresa y precisa, sobre la existencia de un fichero cuyo responsable es DKV Seguros. En dicho fichero, se incorporarán y tratarán automatizadamente los datos personales (incluidos los de salud) proporcionados en la solicitud de seguro y, en su caso, los derivados de informes o reconocimientos médicos, además de los obtenidos durante la vigencia del contrato para hacer posible el cumplimiento del mismo.

Los datos personales podrán tratarse automatizadamente, con las siguientes finalidades:

- a) Gestionar la actividad aseguradora. Esta gestión supone, entre otras funciones, las de valoración y delimitación del riesgo, la tramitación de los siniestros, el cobro de la prima y el pago de las prestaciones. Por ello, los datos personales podrán comunicarse a los prestadores de servicios asegurados, al coasegurador y/o reasegurador del riesgo, al mediador que intermedia en la comercialización del contrato de seguro y a las entidades financieras a través de las que deba efectuarse el cobro de las primas y el pago de las prestaciones. Asimismo, con fines estadísticos o de lucha contra el fraude, los datos personales podrán comunicarse a las entidades aseguradoras que forman parte del Grupo ERGO y a los ficheros informáticos vinculados al sector asegurador.
- b) Informar sobre productos y servicios. Para ello, los datos personales podrán comunicarse a otras sociedades que formen parte del Grupo ERGO y/o a otras empresas vinculadas a DKV o que colaboren con ella en la promoción y comercialización de productos y servicios que puedan resultar del interés del cliente.

El tomador del seguro está obligado a comunicar a los demás asegurados y beneficiarios que sus datos personales han sido recogidos por DKV Seguros para su tratamiento.

Para ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos personales, podrá dirigirse a DKV Seguros (Asesor Jurídico), Apartado de Correos 90 (50080 Zaragoza) o a la dirección de correo electrónico: asesoria.juridica@dkvseguros.es.

Autorización de acceso a la información de salud

Desde este momento y durante toda la vigencia del contrato, los asegurados autorizan a DKV Seguros, con el fin de valorar, delimitar y actualizar el riesgo, a comprobar aquellos datos que sean necesarios sobre su estado de salud, ya provengan de contratos de seguro anteriores o vigentes en la actualidad o de informes médicos proporcionados por los profesionales y centros sanitarios que les hayan atendido.

Asimismo, de acuerdo a los artículos 16.3 y 18 de la Ley de Contrato de Seguro, durante la vigencia del contrato, los asegurados autorizan a los servicios médicos de DKV Seguros a recabar, directamente de profesionales sanitarios, datos o información médica, con la única finalidad de gestionar, pagar y auditar el contrato de seguro. Los profesionales sanitarios que hayan examinado, asesorado y tratado a los asegurados quedan expresamente liberados de su secreto profesional y quedan autorizados a proporcionar a DKV Seguros las informaciones precisas, incluso cuando los asegurados hayan fallecido.

Ratificación y cierre del contrato de seguro

Mediante su firma, el tomador del seguro ratifica y otorga expresamente su conformidad a todas las manifestaciones efectuadas en la solicitud de seguro, cuyo contenido conoce, comprende y acepta. También reconoce haber recibido la información preliminar relativa a las particularidades del seguro. El tomador ratifica, en especial, las cláusulas referentes al tratamiento y protección de datos personales y a las autorizaciones de acceso a la información de salud, se reafirma en la declaración del estado de salud de las personas aseguradas —manifestada aunque no haya sido rellenada de su puño y letra— y declara que no ha existido ocultación ni circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo objeto de cobertura por la compañía o en el rechazo de las coberturas solicitadas.

_____, _____ de _____ de 200 ____

Firma personal de Tomador del Seguro

Cuestionario de salud dental (solo para Top Health y Residentes).

Si en alguna de las preguntas que le hacemos a continuación, la respuesta es afirmativa, le rogamos que amplíe la información en el cuadro siguiente:

**ESPACIO RESERVADO
PARA LA ETIQUETA**

1. Cuando se le realizó al paciente el último tratamiento dental? Por qué motivo?

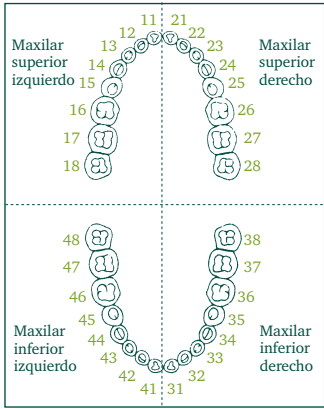
	Fecha	Motivo
Aseg. 1	_____	_____
Aseg. 2	_____	_____
Aseg. 3	_____	_____
Aseg. 4	_____	_____
Aseg. 5	_____	_____
Aseg. 6	_____	_____
Aseg. 7	_____	_____
Aseg. 8	_____	_____

2. Se ha sometido regularmente el paciente, en los 3 últimos años, a revisiones o chequeos preventivos?
En caso afirmativo indicar el tratamiento.

	S	No	
Aseg. 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Aseg. 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Aseg. 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Aseg. 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Aseg. 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Aseg. 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Aseg. 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Aseg. 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

3. Está pendiente de recibir o tiene previsto algún tratamiento bucodental? Cuál?

	S	No	
Aseg. 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Aseg. 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Aseg. 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Aseg. 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Aseg. 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Aseg. 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Aseg. 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Aseg. 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____



Estado dental actual (Cuadro de números de dientes y de códigos de lesiones)

- A = ausentes
- B = dañados o con desperfectos
- C = sustituidos o reparados

N... de asegurado	1	2	3	4	5	6	7	8
Diente / lesión	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/

El tomador/asegurado declara que los datos proporcionados en relación con el estado de salud de las personas aseguradas son veraces, y que no existe ocultación o circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo objeto de cobertura por la compañía, o el rechazo de las coberturas solicitadas.

Firma personal del Tomador del Seguro

En _____, a _____ de _____ de _____