

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.er Rbo. Fco.
						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"/> Inclusi n
					Da Mes Ao	<input type="checkbox"/> Exclusi n
						<input type="checkbox"/> Modificaci n

Tomador del seguro (Escribir en letras may sculas)

Apellidos o Raz n Social	Nombre									
N.I.F./C.I.F./N.I.E.	Domicilio	C digo Postal								
Localidad	Prov.	Tel fono	Tel fono m vil							
Fax	Fecha nacimiento	Medio de contacto: Tel fono	M vil	Fax	E-mail	E-mail trabajo				
	Da Mes Ao									
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="checkbox"/> 0 Propia <input type="checkbox"/> 1 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="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> U	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> 0 No <input type="checkbox"/> 1 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:

<input type="checkbox"/> Asistencia primaria	<input type="checkbox"/> Especialistas y otros medios de diagn stico	<input type="checkbox"/> Hospitalizaci n	<input type="checkbox"/> Asistencia sanitaria en caso de accidente
--	--	--	--

Coberturas Accidentes: B sico: 1 2 3 4 5

DKV Mundisalud

Complet 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

INFORMACIÓN PRELIMINAR PARA EL TOMADOR DEL SEGURO

Ci usula Preliminar

Este contrato est 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 Carlos Augusto, 33 (50004 Zaragoza), corresponde al Reino de Espa a y, en concreto, al Ministerio de Econom a, a trav s de su Direcci n General de Seguros y Fondos de Pensiones.

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

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

- › Cualquiera de las oficinas de la comp a o ante el Servicio de Atenci n al Cliente del Grupo ERGO. Las reclamaciones pueden enviarse por correo o telefax, a la direcci n Avenida Carlos Augusto, 33 (50004 Zaragoza), tel fono: 902 499 499, fax: 976 28 91 56, o por correo electr nico (atencioncliente@dkvseguros.es). El cliente podr elegir la forma en que desea que le sea cursada la contestaci n y el domicilio al que se le enviar . El expediente ser contestado por escrito, dentro del plazo m ximo de dos meses. En las oficinas de la entidad, se encuentra disponible el Reglamento del Servicio de Atenci n al Cliente del Grupo ERGO.
- › Transcurrido el citado plazo y, si el cliente discrepa de la soluci n propuesta, podr 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 tramitaci n previa de la reclamaci n ante DKV Seguros, se iniciar un expediente administrativo.
- › Adem s de estas v as de reclamaci n descritas, el cliente puede plantear una reclamaci n ante la Jurisdicci n que corresponda.

Protecci n 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 incorporan y tratan automatizadamente los datos personales (incluidos los de salud) proporcionados en la solicitud de seguro y, en su caso, los derivados de informes o reconocimientos m dicos, adem s de los obtenidos durante la vigencia del contrato para hacer posible el cumplimiento del mismo.

Los datos personales podr n tratarse automatizadamente, con las siguientes finalidades:

- a) Gestionar la actividad aseguradora. Esta gesti n supone, entre otras funciones, las de valoraci n y delimitaci n del riesgo, la tramitaci n de los siniestros, el cobro de la prima y el pago de las prestaciones. Por ello, los datos personales podr n comunicarse a los prestadores de servicios asegurados, al coasegurador y/o reasegurador del riesgo, al mediador que intermedia en la comercializaci n del contrato de seguro y a las entidades financieras a trav s de las que deba efectuarse el cobro de las primas y el pago de las prestaciones. Asimismo, con fines estad sticos o de lucha contra el fraude, los datos personales podr n comunicarse a las entidades aseguradoras que forman parte del Grupo ERGO y a los ficheros inform ticos vinculados al sector asegurador.
- b) Informar sobre productos y servicios. Para ello, los datos personales podr n 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 promoci n y comercializaci n de productos y servicios que puedan resultar del inter s del cliente.

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

Para ejercer los derechos de acceso, rectificaci n, cancelaci n y oposici n de sus datos personales, podr dirigirse a DKV Seguros (Asesor a Jur dica), Apartado de Correos 90 (50080 Zaragoza) o a la direcci n de correo electr nico: asesoria.juridica@dkvseguros.es.

Autorizaci n de acceso a la informaci n 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 m dicos proporcionados por los profesionales y centros sanitarios que les hayan atendido.

Asimismo, de acuerdo a los art culos 16.3 y 18 de la Ley de Contrato de Seguro, durante la vigencia del contrato, los asegurados autorizan a los servicios m dicos de DKV Seguros a recabar, directamente de profesionales sanitarios, datos o informaci n m dica, con la nica 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.

Ratificaci n 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. Tambi n reconoce haber recibido la informaci n preliminar relativa a las particularidades del seguro. El tomador ratifica, en especial, las cl usulas referentes al tratamiento y protecci n de datos personales y a las autorizaciones de acceso a la informaci n de salud, se reafirma en la declaraci n del estado de salud de las personas aseguradas —manifestada aunque no haya sido rellenada de su pu o y letra— y declara que no ha existido ocultaci n ni circunstancias que puedan influir en la valoraci n del riesgo objeto de cobertura por la comp a 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:



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

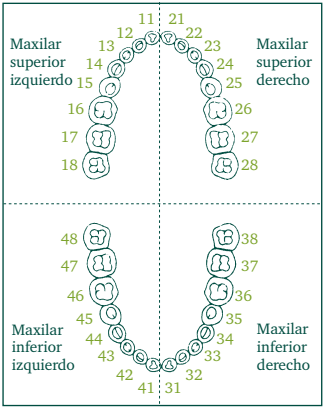
	Fecha	Motivo
Aseg. 1	_____	_____
Aseg. 2	_____	_____
Aseg. 3	_____	_____
Aseg. 4	_____	_____
Aseg. 5	_____	_____
Aseg. 6	_____	_____
Aseg. 7	_____	_____
Aseg. 8	_____	_____

2. Se ha sometido regularmente el paciente, en los últimos 3 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 _____