

# SOLICITUD DE SEGURO

ESPACIO RESERVADO  
PARA LA ETIQUETA



DKV Integral • DKV Modular • DKV Mundisalud  
DKV Residentes • DKV Top Health®

(Completar sólo los recuadros en blanco. Los recuadros sombreados serán rellenados por el departamento correspondiente de DKV Seguros.)

Sucursal	Oficina	Ramo	Número	Orden	N.º Aseg.	Fecha efecto	Fecha vencimiento	1.º Rbo. Fco.
						Día Mes Año	Día Mes Año	

Nombre del centro de trabajo	Código C. Trabajo

(Completar sólo para solicitud de suplementos.)

Sucursal	Oficina	Ramo	Número de póliza	Orden de póliza	Fecha de efecto del suplemento	<input type="checkbox"/> Inclusión
					Día Mes Año	<input type="checkbox"/> Exclusión
						<input type="checkbox"/> Modificación

**Tomador del seguro** (Escribir en letras mayúsculas)

Apellidos o razón social \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

N.I.F./C.I.F./N.I.E. \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono móvil \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento \_\_\_\_\_ Medio de contacto: Teléfono Móvil Fax E-mail E-mail trabajo

\_\_\_\_\_ Día Mes Año \_\_\_\_\_

E-mail trabajo \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ E-mail personal \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Hombre	Mujer	Nacionalidad	Código	Obrando por cuenta	Castellano	Catalán	Gallego	Euskera	Alemán	Inglés
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			0 Propia 1 Ajena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Profesión \_\_\_\_\_

Sustituye a la póliza: Sucursal Oficina Ramo Número Orden E.C.

\_\_\_\_\_ Sí  No

¿Desea recibir información detallada de los actos médicos realizados? (sólo para DKV Integral y DKV Modular)  Sí  No

**Claves de la entidad**

Periodo	Cobro	Agencia gestora	Agencia cobradora	Póliza/Recibo
A S T M U	<input type="checkbox"/>			0 No 1 Sí

**Domicilio de cobro de recibos** IBAN \_\_\_\_\_

**Domicilio de reembolso** IBAN \_\_\_\_\_

**Modalidad de seguro de salud que desea contratar:**

**DKV Integral** Complet  Plus  Classic  Élite

Módulo opcional: Reembolso de ginecología, obstetricia y pediatría

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

Coberturas Salud:  Asistencia primaria  Especialistas y otros medios de diagnóstico  Hospitalización  Asistencia sanitaria en caso de accidente

Coberturas Accidentes: Básico:  1  2  3  4  5

**DKV Mundisalud**

Complet  Plus  Classic: A) Reembolso de gastos médicos completos  B) Reembolso de gastos médicos hospitalarios

Elite  Combinado  Elección

**DKV Residentes** Cobertura básica  Cobertura básica + Repatriación  Cobertura básica + Repatriación + Best Care

**DKV Top Health®** Sin franquicia  Franquicia 600 EUR  Franquicia 1.200 EUR

Para todas las modalidades (Modular y Mundisalud con cobertura de salud completa):

Desea optar a la cobertura en la "Red DKV de Servicios Sanitarios", mediante el pago de una sobreprima y la correspondiente selección de riesgo, de aquellas alteraciones de la salud (enfermedades o lesiones) y/o condiciones médicas (embarazo o gestación) anteriores a la contratación del seguro.  Sí  No

Prima total \_\_\_\_\_

Cód. 2DNP1.FM/01\_V12  
DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E. Torre DKV, Avda. María Zambrano, 31. 50018 Zaragoza, inscrita en el Registro Mercantil de la Provincia de Zaragoza, tomo 1.711, folio 214, hoja n.º Z-15.152. CIF: A-50004209  
Mod. RE SOL-00000/junio 2016

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

Parentesco

0 Titular    1 Cónyuge    2 Hijo    3 Hija    4 Padre    5 Madre    7 Otros

Sexo

H Hombre    M Mujer

1) Apellidos

Nombre

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sexo	Parentesco	Fecha nacimiento			N.I.F./C.I.F./N.I.E.					Nacionalidad					Código	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Día Mes Año

Profesión

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2) Apellidos

Nombre

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sexo	Parentesco	Fecha nacimiento			N.I.F./C.I.F./N.I.E.					Nacionalidad					Código	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Día Mes Año

Profesión

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3) Apellidos

Nombre

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sexo	Parentesco	Fecha nacimiento			N.I.F./C.I.F./N.I.E.					Nacionalidad					Código	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Día Mes Año

Profesión

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4) Apellidos

Nombre

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sexo	Parentesco	Fecha nacimiento			N.I.F./C.I.F./N.I.E.					Nacionalidad					Código	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Día Mes Año

Profesión

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5) Apellidos

Nombre

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sexo	Parentesco	Fecha nacimiento			N.I.F./C.I.F./N.I.E.					Nacionalidad					Código	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Día Mes Año

Profesión

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6) Apellidos

Nombre

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sexo	Parentesco	Fecha nacimiento			N.I.F./C.I.F./N.I.E.					Nacionalidad					Código	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Día Mes Año

Profesión

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7) Apellidos

Nombre

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sexo	Parentesco	Fecha nacimiento			N.I.F./C.I.F./N.I.E.					Nacionalidad					Código	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Día Mes Año

Profesión

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

8) Apellidos

Nombre

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sexo	Parentesco	Fecha nacimiento			N.I.F./C.I.F./N.I.E.					Nacionalidad					Código	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Día Mes Año

Profesión

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



## Nota informativa

En cumplimiento del artículo 126 del Real Decreto 1060/2015 de 20 de noviembre (ROSSEAR), relativo al deber particular de información en los seguros de enfermedad.

### 1. Factores de riesgo objetivos a considerar en la tasa de prima a aplicar en las sucesivas renovaciones de la póliza (en cualquiera de las modalidades de cobertura que se contrate el seguro de enfermedad)

La prima de cada asegurado se calcula en función de los siguientes factores de riesgo objetivos: edad y zona geográfica. Si los métodos matemáticos utilizados por DKV Seguros para calcular la prima de riesgo revelaran algún otro factor de riesgo objetivo significativo se informaría de su inclusión en el cálculo de la tarifa antes de la renovación de la póliza.

En el cálculo de la prima también intervienen otros factores como el incremento del coste asistencial y las innovaciones tecnológicas médicas que se incorporen a las coberturas.

En el caso de las pólizas colectivas también se tendrá en cuenta en las renovaciones el resultado del colectivo y el número de tramos de prima aplicados.

Las primas para el ejercicio actual para los productos de salud en su modalidad individual se pueden consultar en [www.dkvseguros.com](http://www.dkvseguros.com) y además estarán a su disposición en las oficinas de DKV Seguros.

### 2. Resolución del contrato

DKV Seguros tiene derecho a rescindir el contrato en el supuesto de que el tomador del seguro no pague la primera prima o las sucesivas, de acuerdo a lo previsto en el punto 4 de esta nota informativa. DKV Seguros también podrá rescindir el contrato mediante una comunicación dirigida al tomador del seguro, en el plazo de un mes a contar desde el momento en que haya tenido conocimiento de cualquier reserva o inexactitud del tomador del seguro o del asegurado al cumplimentar la solicitud de seguro y la declaración de salud.

En este caso, si DKV Seguros hubiere pagado alguna indemnización o hubiese asumido alguna prestación, podrá reclamar la devolución de su importe. Igualmente DKV Seguros podrá rescindir el contrato si se produce agravamiento del riesgo por cambio de domicilio, de profesión habitual y de inicio de actividades de ocio o deportivas de riesgo elevado o extremo.

### 3. Prórroga del contrato

La póliza se prorrogará tácitamente por periodos anuales. DKV Seguros puede oponerse a dicha prórroga mediante notificación escrita al tomador del seguro con una antelación mínima de dos meses a la fecha de conclusión del año en curso.

Asimismo, el tomador del seguro puede oponerse a la prórroga de la póliza, con una antelación mínima de un mes a la fecha de vencimiento expresada en la misma, siempre que se lo notifique a DKV Seguros de manera indiscutible.

Excepto si el tomador o el asegurado hubiesen respondido de manera incierta en el cuestionario de salud o incumplieren alguna de sus obligaciones legales o contractuales y si se produce un agravamiento del riesgo (por cambio de domicilio, de profesión habitual y de inicio de actividades de ocio o deportivas de riesgo elevado o extremo), el contrato de seguro se prorrogará automáticamente año a año, y DKV Seguros no rescindiré la póliza a los que permanezcan durante tres anualidades consecutivas en la misma. Esta renuncia de DKV Seguros a su derecho de oponerse a la continuidad de la póliza tiene como condición que el tomador acepte que las primas variarán anualmente conforme a los criterios técnicos expuestos en el apartado 1 de esta nota informativa, y que el tomador acepte las modificaciones de las condiciones generales que se propongan a todos los asegurados del mismo ramo con el fin de adaptar la póliza a las nuevas realidades y que no supongan limitaciones de los derechos ya contratados.

### 4. Rehabilitación de póliza

En caso de impago de la segunda o sucesivas primas, o de sus fraccionamientos, la cobertura de DKV Seguros quedará suspendida un mes después del día del vencimiento de dicha prima o de su fracción.

Si DKV Seguros no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido.

Si el contrato no se resuelve o extingue conforme a las condiciones anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto no retroactivo a las veinticuatro horas siguientes del día en el que el tomador pague la prima.

### 5. Libertad de elección del prestador

#### a) Seguros de asistencia sanitaria:

Este seguro de asistencia sanitaria se basa en la libre elección de los médicos y centros hospitalarios, entre los detallados en la “Red DKV de Servicios Sanitarios” concertada en todo el territorio nacional (distinta según la modalidad de seguro contratada).

#### b) Seguros mixtos de reembolso de gastos:

El seguro de reembolso de gastos se basa en un sistema mixto de cobertura, en el que el asegurado puede elegir libremente entre:

- > Acceder a la prestación del servicio, mediante la libre elección de los médicos y centros hospitalarios detallados en la “Red DKV de Servicios Sanitarios” concertada en todo el territorio nacional (distinta según la modalidad de seguro contratada), denominada modalidad de medios propios.
- > Acudir a cualquier médico o centro de su elección, no incluido en la “Red DKV de Servicios Sanitarios” concertada por la entidad, denominada modalidad de medios ajenos, y solicitar el reembolso del importe de las facturas pagadas por él, en el porcentaje y con los límites establecidos en la tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares de la póliza.

En ningún caso DKV Seguros indemnizará o reembolsará en metálico el coste de facturas emitidas por facultativos o centros incluidos en la “Red DKV de Servicios Sanitarios” que le corresponda según la modalidad de seguro contratada, si el asegurado no se identificó previamente con su tarjeta DKV Medi-Card®.

El derecho de libertad de elección de médico y de centro supone la ausencia de responsabilidad directa, solidaria o subsidiaria de DKV Seguros por los actos de aquéllos, sobre los que DKV Seguros no tiene capacidad de control a causa de la protección del secreto profesional, la confidencialidad de los datos sanitarios y la prohibición del intrusismo de terceros en la actividad sanitaria. Al ser la medicina una actividad de medios y no de resultados, DKV Seguros tampoco garantiza el buen fin de los actos médicos a los que la póliza da cobertura.

La información sobre la “Red DKV de Servicios Sanitarios” está disponible en los teléfonos de atención al cliente 902 499 499, 913 438 596, 934 797 539, oficinas de la entidad y en la página web de DKV Seguros ([www.dkvseguros.com](http://www.dkvseguros.com)).

# 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 Torre DKV, Avda. María Zambrano, 31 (50018 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 DKV Seguros, 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 DKV Seguros o ante el Servicio de Atención al Cliente. Las reclamaciones pueden enviarse por correo o telefax, a la dirección Torre DKV, Avda. María Zambrano, 31 (50018 Zaragoza), teléfonos: 902 499 499 - 913 438 596 - 934 797 539, fax: 976 28 91 35, o por correo electrónico (defensacliente@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 DKV Seguros, se encuentra disponible el Reglamento del Servicio de Atención al Cliente de DKV Seguros.
- › 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 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, 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, el pago de las prestaciones, la gestión de planes de prevención y promoción de la salud y de los servicios adicionales al seguro. Por ello, los datos personales podrán comunicarse a los prestadores de servicios asegurados, al coasegurador y/o reasegurador del riesgo, al mediador que intermedió 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 de DKV Seguros y a los ficheros vinculados al sector asegurador.
- b) Informar sobre productos, planes de prevención y promoción de la salud y servicios. Para ello, los datos personales podrán comunicarse a otras sociedades que formen parte de DKV Seguros y/o a otras empresas vinculadas a DKV Seguros 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 (Departamento Legal), Apartado de Correos 8021 (50018 Zaragoza) o a la dirección de correo electrónico: arco@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, actualizar y gestionar el riesgo, prevenir la enfermedad y promocionar la salud, 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 de la solicitud 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 DKV Seguros o en el rechazo de las coberturas solicitadas.

Así mismo declara ser conocedor de que DKV Seguros no cubrirá ninguna prestación derivada o relacionada con estados de salud anteriores a la contratación del seguro que no estén reflejados en la declaración de salud.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma personal de tomador del seguro

**Cuestionario de salud dental** (sólo 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. ¿Cuándo 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.

	Sí	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?

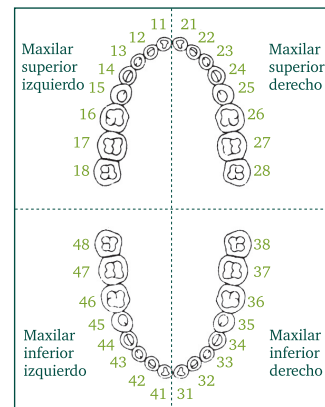
	Sí	No	
Aseg. 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Aseg. 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Aseg. 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Aseg. 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Aseg. 5	<input type="checkbox"/>	<input 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.º 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.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma personal de tomador del seguro