

SOLICITUD DE SEGURO DE RENTA

DKV Renta
DKV Renta Baremado
DKV Renta Colectivo. Asegurados
DKV Renta Familiar

ESPACIO RESERVADO
PARA LA ETIQUETA



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

Sucursal	Oficina	Ramo	Número	Fecha efecto	Fecha vencimiento	Índice % Rev.	Tipo rev.	1.º Rbo. Fco.
				Día Mes Año	Día Mes Año			

(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

Cambio a tarifa actual No Sí Cambio de Modalidad No Sí

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 _____ Medio de contacto: Teléfono Móvil Fax E-mail E-mail trabajo Obrando por cuenta

_____ @ _____ @

Sustituye a la póliza: Sucursal Oficina Ramo Número Orden E.C. No Sí

Asegurado

Apellidos _____ 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

_____ @ _____ @

Hombre 1 Mujer 2 Nacionalidad _____ Código _____ Castellano Catalán Gallego Euskera Alemán Inglés

Código profesión _____ Profesión que determine el riesgo a asegurar _____ Tarifa _____ Perceptor Indemnización Aseg. Tom.

_____ 0 _____ 1

Trabajador por cuenta: Propia Ajena 0 1 Detalle actividad profesional _____

Régimen S. Social en que está inscrito (General, Autónomos, Agrario, Mutualidad, otros) _____

¿Se encuentra actualmente en situación de desempleo o asimilada? Sí No

Domicilio profesional

Domicilio _____ Código Postal _____

Localidad _____ Prov. _____ Teléfono _____

Domicilio de cobro de recibos IBAN _____

Domicilio de pago de prestaciones IBAN _____

Modalidad de seguro de renta que desea contratar

DKV Renta DKV Renta Baremado DKV Renta Colectivo. Asegurados DKV Renta Familiar

Cuídate mucho

DKV RENTA **DKV RENTA BAREMADO** **DKV RENTA COLECTIVO. ASEGURADOS**

Coberturas y garantías

Indemnización enfermedad Periodos: Franquicia:

_____, _____ EUR 1 2 3 4 5 0 3 7 10 15

1-30 31-90 91-365 366-547 548-730

Cobertura accidentes Progresividades Ind. hospitalización c.c.

0 1 0 2 3 4 _____, _____ EUR

No Sí No (1;1,5;2;2,5;3) (1;1,5;2,5;2,5;2,5) (1;1;1;2;2)

Int. quirúrgica c. c. Invalidez absoluta y permanente Asistencia Médica Acte. Servicios

_____, _____ EUR 0 1 2 3 0 1 1 Incluido

2,5 anualidades 3 anualidades 4 anualidades No Sí

Cumplimentar solo para Renta y/o Renta Baremado

Indemnización Baremada Modalidad: RENTA BAREMADO

_____, _____ (Elegir una) 01 02 03 04

Normal Reducida Sólo IT Con compl.

Cumplimentar solo para Asegurados de Colectivos de Renta

N.º Orden Prov. C. Trab. C. Trab. Versión Renta Renta Baremado Progresividades Rec. Fracc.

_____, _____ _____ _____ (Elegir una) N1 N2 N3 0 _____ 0 1

Normal Sólo IT Con compl. No Otra No Sí

DKV RENTA FAMILIAR

(En caso de haber más asegurados responda en hoja anexa con los mismos datos).

Garantías

	<input type="checkbox"/> Opción A	<input type="checkbox"/> Opción B	<input type="checkbox"/> Opción C	<input type="checkbox"/> Opción D
Indemnización diaria por Hospitalización por cualquier causa	90 EUR	120 EUR	150 EUR	45 EUR
Indemnización máxima por Intervención Quirúrgica por cualquier causa	1.800 EUR	2.400 EUR	3.000 EUR	900 EUR

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

Parentesco Sexo

0 Titular 1 Cónyuge 2 Hijo 3 Hija 4 Padre 5 Madre 6 Familiar 7 Otros H Hombre M Mujer

1) Apellidos Nombre

_____, _____ _____

Sexo Parentesco Fecha nacimiento N.I.F./C.I.F./N.I.E. Nacionalidad Código

 ____/____/____ _____ _____ _____

Día Mes Año

2) Apellidos Nombre

_____, _____ _____

Sexo Parentesco Fecha nacimiento N.I.F./C.I.F./N.I.E. Nacionalidad Código

 ____/____/____ _____ _____ _____

3) Apellidos Nombre

_____, _____ _____

Sexo Parentesco Fecha nacimiento N.I.F./C.I.F./N.I.E. Nacionalidad Código

 ____/____/____ _____ _____ _____

Cumplimentar para cualquiera de los productos

¿Tiene usted contratado este tipo de Seguro con esta entidad u otra? Sí No

En caso de respuesta afirmativa señale indemnización diaria y Compañía y fecha de contrato

Beneficiarios en caso de fallecimiento

_____, _____

_____, _____

Claves de la entidad

Periodo de pago T. Vto. Cód. cobro Agencia gestora Agencia cobradora

A S T M U _____ _____

EXTRACTO DE LAS CONDICIONES GENERALES Y CLAUSULAS LIMITATIVAS DE LA POLIZA SOLICITADA

4.1 INCAPACIDAD TEMPORAL DIARIA. Normas de aplicación y Delimitación de la cobertura

- a) Se tendrá derecho a la indemnización por cada día en que el asegurado esté en situación de total incapacidad temporal. Además, el asegurado deberá requerir y recibir asistencia médica adecuada al proceso por el que se vea afectado.
- b) El día de alta se considerará laborable a todos los efectos y por lo tanto no se percibirá indemnización.
- c)...”Cuando el asegurado rehúse la realización de la prueba según lo estipulado en este punto c), cesará el devengo de la prestación a los treinta días de la propuesta de DKV Seguros. El periodo de baja sólo podrá reanudarse cuando los informes médicos realizados con posterioridad a la realización de la prueba diagnóstica justifiquen la inactividad laboral.
- d) En consecuencia, el derecho al cobro de la renta diaria cesará: > En el momento en que el asegurado esté en condiciones de reanudar, o de hecho reanude, su actividad profesional aun de manera parcial y a pesar de no haber alcanzado su total curación (la incapacidad ya no será total). > Cuando el estado del asegurado pase a ser de invalidez o incapacidad permanentes para el ejercicio de su profesión, o solicite un reconocimiento de dicho estado, o perciba una pensión o indemnización por dicha causa, o su estado de salud sea irreversible determinado de forma objetiva según criterios médicos e independientemente de resoluciones administrativas (la incapacidad ya no será temporal). > Cuando se produzcan las circunstancias descritas en el apartado c) anterior. > Cuando el asegurado pase a la situación de jubilación o desempleo o situación asimilada al mismo (ya no habrá objeto de seguro). e) En el supuesto de que el asegurado sufriera nuevas bajas de incapacidad temporal por la misma causa o por causas médicas directamente relacionadas con la anterior, los nuevos periodos de incapacidad temporal se consideran, a todos los efectos, continuación del inicial. A efectos de indemnización la suma de todos los periodos no podrá superar los límites máximos establecidos en las Condiciones Particulares para un siniestro. DKV Seguros no aplicará, en ningún caso, la cláusula anterior si entre la fecha de alta médica de un periodo y la fecha de baja médica del consecutivo han transcurrido más de seis meses, durante los cuales el asegurado haya realizado o haya podido realizar su trabajo.
- f) Si el asegurado padeciera varias dolencias al mismo tiempo o si sobreviniera una nueva a la inicialmente declarada, las indemnizaciones no podrán acumularse. Empezará a contar un nuevo plazo desde la fecha en que haya tenido lugar el comienzo de la última dolencia, si bien no tendrá derecho a indemnización por ésta, hasta el momento en que se encuentre de alta por la primera.
- g) En el caso de siniestros cubiertos por pólizas que hayan contratado tanto garantías de Incapacidad Temporal Diaria como de Incapacidad Temporal Baremada, la indemnización por cada una de ellas no será acumulable durante los días de incapacidad temporal en que los plazos cubiertos por ambas coincidan. La garantía de Incapacidad Temporal Diaria sólo comenzará a devengar indemnización a partir del día en que finalice el periodo cubierto por la garantía de Incapacidad Temporal Baremada.

INCAPACIDAD TEMPORAL BAREMADA. Normas de aplicación y Delimitación de la cobertura

- a) Se tendrá derecho a la indemnización cuando el asegurado se encuentre en situación de total incapacidad temporal y deba requerir y recibir asistencia médica adecuada al proceso por el que se vea afectado.
- b) Si el asegurado padeciera varias dolencias al mismo tiempo o si sobreviniera una nueva a la inicialmente declarada, las indemnizaciones sólo serán acumulables hasta un máximo del 130% de la que tenga asignado un mayor número de días en la Tabla de Baremo.
- c) En ningún caso se indemnizará con más de 365 días en cada anualidad de la póliza.
- d) Las enfermedades o lesiones de igual o similar causa que tengan asociado en el Baremo un número de días de 15 o menos, sólo podrán indemnizarse tres veces durante un periodo de 365 días. e) En el caso de que el asegurado sufriera nuevas bajas de incapacidad temporal por la misma causa o por causas médicas directamente relacionadas con la anterior, sólo procederá la indemnización del segundo o sucesivos periodos cuando entre la fecha de baja de uno de ellos y la del periodo anterior haya transcurrido al menos el doble de los días indemnizados por el periodo precedente; con un mínimo de 90 días.

5.1. RIESGOS EXCLUIDOS

Quedan excluidos de las garantías del presente contrato de seguro, y por tanto, no darán derecho a indemnización alguna los siguientes hechos causantes:

a) Cualquier alteración del estado de salud, crónica o no, lesión o defecto constitucional de origen anterior a la fecha de efecto de la póliza, y sus consecuencias. b) Los procesos patológicos manifestados exclusivamente por dolores, algias o vértigos, es decir, sin otros signos objetivos médicamente comprobables. c) La depresión, el estrés, la fibromialgia o síndrome de fatiga crónica, el síndrome del quemado o 'burnout', las enfermedades psicosomáticas, las demencias, y cualquier forma de trastorno mental. d) El embarazo, aborto, parto, y puerperio. e) Las enfermedades o complicaciones derivadas o agravadas por el embarazo, aborto, parto, y puerperio. f) Las enfermedades o lesiones ocasionadas o acaecidas en estado de embriaguez, alcoholismo, toxicomanía o consumo de drogas o estupefacientes sin prescripción médica. A efectos de esta póliza, se considera que hay embriaguez cuando el grado de alcohol en sangre supere los límites legalmente establecidos para calificar la conducta como delictiva o cuando el asegurado sea condenado o sancionado por esta causa, así mismo, se considera que se ha consumido drogas o estupefacientes, cuando se detecte su presencia mediante determinación en sangre. g) Las enfermedades o lesiones consecuencia de actos de guerra, terrorismo, tumultos o alteraciones de orden público, hechos extraordinarios o catastróficos como terremotos, huracanes, inundaciones, fugas radiactivas y epidemias oficialmente declaradas. h) Los accidentes derivados de la participación del asegurado en riñas (salvo que el asegurado haya actuado en legítima defensa) y actos delictivos. En estos casos podrá realizarse provisionalmente el pago del 25% de la indemnización, sin esperar a la sentencia definitiva, cuando en la demanda presentada por el asegurado se constate claramente que el asegurado no fue el que originó la riña. Las lesiones derivadas del intento de suicidio y la autolesión. i) Los accidentes derivados de: > La práctica del submarinismo, escalada, artes marciales, barranquismo y otras actividades de riesgo objetivo. > Eventos con ganado bravo en el recinto acotado para su desarrollo; y los derivados de la participación voluntaria del asegurado en este tipo de eventos. > La utilización de todo tipo de vehículos en entrenamientos, competiciones, acrobacias, y su uso en vías no asfaltadas o privadas. j) Los accidentes provocados en el ejercicio o práctica de cualquier deporte como profesional. k) Cualquier tipo de tratamiento no curativo y cualquiera de sus consecuencias y secuelas al que se someta voluntariamente el asegurado, como cirugía estética, vasectomía, ligadura de trompas, etc., salvo los que sean consecuencia de enfermedad o accidente. El tratamiento quirúrgico de la obesidad, incluso con prescripción médica. Las técnicas de reproducción asistida.

6.1. BASES DEL CONTRATO

El cambio de la actividad profesional o laboral que desarrolla el asegurado y la forma en que la desempeña -por cuenta propia o ajena-, que figuran indicadas en las Condiciones Particulares son circunstancias que modifican el riesgo y que deben ser comunicadas a DKV Seguros (Artículos 11 y 12 de la Ley de Contrato de Seguro)

Si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad o de la actividad laboral, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación de la entidad se reducirá en proporción a la prima percibida. Si por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, DKV Seguros está obligada a restituir el exceso de primas percibidas sin intereses.

INFORMACIÓN PRELIMINAR PARA EL TOMADOR DEL SEGURO

Tomador _____ N.I.F./C.I.F./N.I.E. _____

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 Torre DKV, Avenida 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, Avenida María Zambrano, 31 (50018 Zaragoza), teléfono: 902 499 499, 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 (Asesoría Jurídica), 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 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 rellena 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.

Asimismo 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.

La eficacia del presente contrato queda en suspenso, incluso abonada la prima hasta que el tomador, o el asegurado, hayan entregado de manera probada a DKV Seguros la solicitud de seguro, con su cuestionario de salud, así como las condiciones generales y particulares debidamente firmadas en prueba de aceptación. Si trascurren más de quince días desde la emisión de la póliza sin haber sido devuelta firmada dicha documentación, DKV Seguros podrá optar por requerir nuevamente su entrega o cancelar definitivamente la solicitud sin que el contrato haya entrado en vigor; todo ello mediante comunicación formal.

En _____, a _____ de _____ de _____

El Tomador
del Seguro

Firma del asegurado
cuando no sea perceptor