

SOLICITUD DE SEGURO

ESPACIO RESERVADO
PARA LA ETIQUETA



DKV MundiCare®

(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.
<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"/>
		0 4 1				Día Mes Año	Día Mes Año	

Nombre del centro de trabajo	Código C. Trabajo
<input type="text"/>	<input type="text"/>

(Completar sólo para solicitud de suplementos.)

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

Tomador del seguro (Escribir en letras mayúsculas)

Apellidos o razón social	Nombre					
<input type="text"/>	<input type="text"/>					
N.I.F./C.I.F./N.I.E.	Domicilio	Código postal				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Localidad	Prov.	Teléfono	Teléfono móvil			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Fax	Fecha nacimiento	Medio de contacto: Teléfono	Móvil	Fax	E-mail	E-mail trabajo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Día Mes Año					
E-mail trabajo	@	E-mail personal	@			
<input type="text"/>		<input type="text"/>				

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

Profesión

Sustituye a la póliza: Sucursal Oficina Ramo Número Orden

Claves de la entidad

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

Domicilio de cobro de recibos IBAN

Domicilio de reembolso IBAN

Prima total

Cód. 2DNP1.FM/35_V1
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-04301 / enero 2017

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"/>
		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"/>
		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"/>
		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"/>
		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"/>
		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"/>
		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"/>
		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"/>
		Día	Mes	Año										

Profesión

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

Cuadro de ampliación de datos médicos declarados:

ASEG./N.º PREG.	FECHA INICIO/ ÚLTIMO EPISODIO	PATOLOGÍA, SÍNTOMA, DIAGNÓSTICO, MEDICACIÓN, PRUEBAS	TRATAMIENTOS REALIZADOS O PREVISTOS (con fecha y resultado)	PRUEBAS REALIZADAS O PREVISTAS (con fecha y resultado)	SITUACIÓN ACTUAL ¿tiene secuelas? ¿síntomas actuales? ¿está de alta?
EJEMPLO Aseg. 1 / 1.e.	2015	Accidente cerebrovascular, ictus	Hospitalización 15 días / Rehabilitación 3 meses	RNM cerebral. Control anual por neurólogo	Ninguna secuela
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					

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

La prima de cada asegurado se calcula en función del siguiente factor de riesgo objetivo: la edad. 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 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.

3. Prórroga del contrato

La póliza se prorrogará automáticamente 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, se produjera un agravamiento del riesgo por cambio de domicilio, y/o se hubiese alcanzado la edad máxima de cobertura del seguro o el límite económico máximo cubierto previsto en el contrato, éste 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. Límites y condiciones de libertad de elección de prestador

La prestación de la asistencia sanitaria (fuera de España) de las enfermedades graves y procedimientos médicos objeto de cobertura de este seguro, será siempre programada y se realizará con la prescriptiva autorización de DKV Seguros, en alguno de los centros sanitarios u hospitales que previamente se haya recomendado en el informe de segunda opinión médica.

El informe de segunda opinión médica, que tendrá carácter previo antes de recibir cualquier tratamiento, incluirá, en el caso de tratarse de una enfermedad cubierta por la póliza, la identificación y selección por parte de expertos de primer nivel mundial especialistas en la enfermedad que padece el asegurado y con experiencia contrastada en casos similares, de los centros internacionales más adecuados para recibir el tratamiento, en función de la patología y la situación clínica del asegurado.

El cliente podrá optar por recibir el tratamiento en alguno de los centros sanitarios internacionales recomendados.

El derecho de libertad de optar por el tratamiento en alguno de los centros recomendados 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. Por este motivo, DKV Seguros no puede garantizar que los actos médicos cubiertos por la póliza tengan siempre un resultado positivo.

En caso de que el asegurado opte por recibir el tratamiento fuera de España y decida en qué centro quiere tratarse de entre los seleccionados por DKV, se activarán dos líneas de servicio al asegurado:

a) Gestión de citas en el centro seleccionado, así como la gestión directa entre DKV y dicho centro para emitir la correspondiente autorización, con garantía de pago por parte de DKV Seguros, previo presupuesto estimado del coste del tratamiento. Todo a cargo de DKV, hasta los límites establecidos en póliza para estas prestaciones asistenciales.

b) Activación de servicios de apoyo: el cliente puede decidir activar estos servicios, consistentes en la búsqueda de las opciones de traslado y alojamiento tanto para el asegurado como para un acompañante y el donante en su caso. Los gastos del viaje y alojamiento serán a cargo de DKV Seguros y abonados directamente al proveedor, siempre que sean gestionados por ésta y hasta los límites establecidos en póliza.

El seguro también incluye, siempre que sean gestionados por DKV Seguros, la cobertura de los gastos de la repatriación internacional de los restos mortales en caso de fallecimiento del asegurado y/o del donante en su caso mientras se recibía el tratamiento fuera de España, hasta los límites establecidos en póliza.

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: el documento preliminar de información del seguro (solicitud de seguro), 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:

- › En cualquiera de las oficinas de DKV Seguros, ante el Servicio de Defensa del Cliente de DKV Seguros o a través de nuestro Servicio de Atención al Cliente. Las reclamaciones pueden enviarse por correo a la dirección de Defensa del Cliente de DKV Seguros: Torre DKV, Avenida María Zambrano 31, 50018 Zaragoza, o por correo electrónico: defensacliente@dkvseguros.es. O por teléfono llamando a cualquiera de estos números: 902 499 499 - 913 438 596 - 934 797 539 de nuestro Servicio de Atención al Cliente. 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 plazo de dos meses, si el cliente discrepa de la solución propuesta, podrá dirigirse al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, con domicilio en el 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