

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	A o	Da
							Mes	A o

(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	A o	<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	A o	<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

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:

- 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.
- 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

DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

En cumplimiento de lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos personales han sido incorporados a un fichero titularidad de MOISÉS NÚÑEZ DE BIEN, con dirección en Av. José Ortega y Gasset. 124. 1ª Oficina 24 29006 Málaga.- España, con la finalidad de mantener la relación de mediación y asesoramiento profesional para la cobertura de los riesgos objeto de aseguramiento, así como para la gestión de la contratación de pólizas de seguros y el seguimiento de su ejecución, cumplimiento e incidencias que se produzcan. También utilizaremos sus datos para remitirle información y publicidad sobre productos relacionados con la actividad aseguradora que puedan ser de su interés. Salvo que a continuación nos indique lo contrario. No autorizo el envío de comunicaciones comerciales por parte de Moisés Núñez de Bien Corredor de Seguros.

Le informamos que sus datos serán cedidos a las entidades aseguradoras intervinientes en los procedimientos de contratación para el normal desenvolvimiento del servicio contratado al objeto de garantizar la cobertura total de la póliza correspondiente.

Asimismo, le informamos que puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación de sus datos personales y oposición al tratamiento de los mismos, mediante comunicación dirigida a la dirección indicada.

INFORMACIÓN PREVIA AL CLIENTE ANTES DE LA CELEBRACIÓN DE UN CONTRATO DE SEGURO

El tomador, solicitante y/o asegurado, abajo firmante, reconoce haber recibido en esta fecha y antes de la celebración del contrato de seguro solicitado, toda la información recogida en los artículos 42 al 46 de la Ley 26/2006, del 17 de Julio de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados, y que, de modo ejemplificativo y no limitativo, a continuación detallamos:

a) El Corredor de Seguros de la presente póliza es D/Dª NÚÑEZ DE BIEN MOISÉS CORREDOR DE SEGUROS, con DNI/CIF: 28588113-X, residente y domiciliado en España, Av. José Ortega y Gasset.124.1º Oficina 24. Teléfono: 952038410, fax: 952038464, correo electrónico: moises@nunezdebien.es

b) El Corredor, NÚÑEZ DE BIEN MOISÉS CORREDOR DE SEGUROS, está inscrito en el Registro Administrativo Especial de Mediadores de Seguros, Corredores de Reaseguros y de sus Altos Cargos de la JUNTA DE ANDALUCÍA. CONSEJERÍA ECONOMÍA Y HACIENDA. Con el nº: CS-F44, pudiéndose acceder a él a efectos de que el cliente pueda realizar las comprobaciones oportunas, dirigiéndose a dicho Organismo en Juan Antonio Vizarron. S/N Torre Triana. - 41092, fax: 955064852, teléfono: 955064854 o a la página: www.juntadeandalucia.es/economiayhacienda/.

c) El Corredor, NÚÑEZ DE BIEN MOISÉS CORREDOR DE SEGUROS, no posee participación directa ni indirecta superior al 10% en el capital social o en los derechos de voto de ninguna entidad aseguradora.

d) Ninguna entidad aseguradora o empresa matriz de este tipo de entidades, posee ni directa ni indirectamente, una participación superior al 10% en los derechos de voto o del capital social del Corredor, NÚÑEZ DE BIEN MOISÉS CORREDOR DE SEGUROS.

e) Los clientes y otras partes interesadas del Corredor de Seguros, NÚÑEZ DE BIEN MOISÉS CORREDOR DE SEGUROS, podrán formular sus quejas y reclamaciones derivadas de los servicios prestados tanto en lo referente al asesoramiento en la intermediación de pólizas de seguro como en las obligaciones y derechos derivados de los contratos de seguro en los que haya intervenido el Corredor de Seguros, NÚÑEZ DE BIEN MOISÉS CORREDOR DE SEGUROS, y hayan sido finalmente celebrados a su instancia, en conformidad con el artículo 44 de la Ley 26/2006 de Mediación de Seguros y reglamento del servicio de atención al cliente de este Corredor de Seguros, es Don Francisco Javier Santamaria Garrido, Avda. Blas Infante. 6. 10º C, 41011 - SEVILLA, y cuyo titular es D/Dña. Don Francisco Javier Santamaria Garrido, correo electrónico: fjsanta-maria@terra.es, teléfono: 954452342 y fax: 954003284. Responsabilidad Civil asegurada bajo póliza 20033434-1 con la compañía HELVETIA SEGUROS. S. A -POOL RC- y capacidad financiera conforme a la ley.

f) El Corredor, NÚÑEZ DE BIEN MOISÉS CORREDOR DE SEGUROS, informa al tomador del seguro, abajo firmante de que el asesoramiento prestado por mí, para prestación, propuesta o realización de todos los trabajos previos a la celebración del contrato de seguro solicitado por parte del mencionado tomador, se efectuará con arreglo al artículo 42.4 de la Ley 26/2006 de Mediación de Seguros, sobre la obligación de llevar a cabo un análisis objetivo del riesgo/s presupuesto/s, así como de todas y cada una de las circunstancias y condiciones que por parte del tomador y/o asegurado, se me ha planteado previamente a la contratación del seguro deseado.

El asesoramiento, antes mencionado, se facilitará sobre la base del análisis de un número suficiente de contratos de seguros ofrecidos en el mercado en los riesgos objeto de cobertura, de modo que pueda formular una recomendación, ateniéndome a criterios profesionales, respecto del contrato de seguro, que sería más adecuado a las necesidades del cliente antes mencionado.

Del mismo modo, el tomador es informado que en ciertas ocasiones, para poder cumplir el asesoramiento con arreglo a la obligación de llevar a cabo un análisis objetivo, se diseñará específicamente el seguro solicitado por parte de este Corredor de Seguros y negociado su contratación con al menos tres Entidades Aseguradoras, que operan en el mercado de los riesgos objeto de cobertura solicitados, todo ello en función de las características o necesidades generales del cliente y fundado en el criterio profesional de este Corredor de Seguros.

A modo de resumen final, este Corredor, basándose en las informaciones facilitadas por el tomador y/o asegurado, dará respuesta a todas y cada una de las exigencias y necesidades que el cliente me plantee en la solicitud de seguro, además de los motivos que justifican cualquier tipo de asesoramiento que pueda dar, sobre un determinado tipo de seguro, y que modularé en función de la complejidad del contrato de seguro propuesto.

A elección del tomador del seguro, toda la información proporcionada en virtud del artículo 42 de la Ley de Mediación se comunica a través de papel, de forma clara y precisa, comprensible para el cliente y en Lengua Española u otra cualquier Lengua acordada por las partes.

El Corredor, NÚÑEZ DE BIEN MOISÉS CORREDOR DE SEGUROS, dando cumplimiento al artículo 32.2 de la Ley 26/2006 de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados, en el riesgo objeto de cobertura, la actividad mediadora la ejerce bajo la dirección de MOISÉS NÚÑEZ DE BIEN.

Esta información ha sido recogida por el corredor de acuerdo con las instrucciones del tomador o asegurado que suscribe, en cumplimiento del art. 42, 5 de la Ley 26/2006 de Mediación de Seguros, y es necesario para la prestación del servicio.

El Tomador o Asegurado

El Corredor.

Nombre: _____

DNI: _____

En MÁLAGA a _____