

SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD



DKV Selección

ESPACIO RESERVADO  
PARA LA ETIQUETA

(Completar sólo los recuadros en blanco. Los recuadros sombreados serán rellenados por el departamento correspondiente de UNIÓN MÉDICA LA FUENCISLA)

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

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:		0	1	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"/>	<input type="text"/>	
		Día Mes Año									
E-mail trabajo				@	E-mail personal				@		
Hombre	Mujer	Nacionalidad		Código	Obrando por cuenta	Castellano	Catalán	Gallego	Euskera	Alemán	Inglés
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	0 Propia 1 Ajena	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Profesión											
<input type="text"/>											
Sustituye a la póliza: Sucursal Oficina Ramo Número Orden											
<input type="text"/>											
<input type="text"/>											
¿Desea recibir información detallada de los actos médicos realizados?											
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No											

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	<input type="text"/>
-------------------------------	------	----------------------

Domicilio de reembolso	IBAN	<input type="text"/>
------------------------	------	----------------------

Desea optar a la cobertura en la “Red DKV Selección”, 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

Cuídete mucho



Parentesco

0

Titular

1

Cónyuge

2

Hijo

3

Hija

4

Padre

5

Madre

7

Otros

H

Hombre

M

Mujer

1) Apellidos

Nombre

Sexo

Parentesco

Fecha nacimiento

N.I.F./C.I.E./N.I.E.

Nacionalidad

Código

Profesión

2) Apellidos

Nombre

Sexo

Parentesco

Fecha nacimiento

N.I.F./C.I.E./N.I.E.

Nacionalidad

Código

Profesión

3) Apellidos

Nombre

Sexo

Parentesco

Fecha nacimiento

N.I.F./C.I.E./N.I.E.

Nacionalidad

Código

Profesión

4) Apellidos

Nombre

Sexo

Parentesco

Fecha nacimiento

N.I.F./C.I.E./N.I.E.

Nacionalidad

Código

Profesión

5) Apellidos

Nombre

Sexo

Parentesco

Fecha nacimiento

N.I.F./C.I.E./N.I.E.

Nacionalidad

Código

Profesión

6) Apellidos

Nombre

Sexo

Parentesco

Fecha nacimiento

N.I.F./C.I.E./N.I.E.

Nacionalidad

Código

Profesión

7) Apellidos

Nombre

Sexo

Parentesco

Fecha nacimiento

N.I.F./C.I.E./N.I.E.

Nacionalidad

Código

Profesión

8) Apellidos

Nombre

Sexo

Parentesco

Fecha nacimiento

N.I.F./C.I.E./N.I.E.

Nacionalidad

Código

Profesión

Todas las páginas se responderán detalladamente. Añada incluso las molestias, enfermedades o secuelas de accidentes que considere intrascendentes. Los guiones y cruces no son válidos como respuesta. En caso de que no tenga espacio suficiente, responda en una hoja anexa, haciendo constar su nombre, fecha y firma.

Tomador

N.I.F. / C.I.F. / N.I.E.

El orden de los asegurados será el expresado en la página número 2 de la solicitud de seguro.

Asegurados	1	2	3	4	5	6	7	8
Peso (kg)/ Estatura (cm)	/	/	/	/	/	/	/	/
Consumo de tabaco (T), alcohol (A) y/o drogas (D) (rodrear positivo y aclarar tipo y cantidad)	TAD ..... .....	TAD ..... .....	TAD ..... .....	TAD ..... .....	TAD ..... .....	TAD ..... .....	TAD ..... .....	TAD ..... .....
Dioptrías: ojo derecho/ojo izquierdo	/	/	/	/	/	/	/	/

Si en alguna de las siguientes preguntas, la respuesta es positiva, amplíe la información en la línea correspondiente, en el cuadro que encontrará a continuación del cuestionario y/o aporte información médica detallada (deje claro de qué asegurado se trata en caso de contratar varias personas):

1. ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad, accidente, alteración congénita, enfermedad familiar hereditaria, dolores articulares así como algún otro síntoma o dolor? (Especifique respuesta)
2. ¿Han recibido, recibe o está pendiente de recibir algún tipo de tratamiento quirúrgico, médico, farmacológico, rehabilitador o dietético (Ej: Dieta Hipertensos)? (Especifique tratamientos, causas y fechas)
3. ¿Ha estado hospitalizado o está pendiente de hospitalización? (Especifique causas y fechas)
4. ¿Le han realizado o tiene pendiente de realización alguna prueba diagnóstica? (Especifique tipo de prueba, motivo, resultado y fecha)

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

[illegible]

## 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 la edad como factor de riesgo. Si los métodos matemáticos utilizados por UNION MEDICA LA FUENCISLA (en adelante DKV – UMLF) 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/umlf](http://www.dkvseguros.com/umlf) y además estarán a su disposición en las oficinas de DKV – UMLF.

### 2. Resolución del contrato

DKV - UMLF 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 - UMLF 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 – UMLF hubiere pagado alguna indemnización o hubiese asumido alguna prestación, podrá reclamar la devolución de su importe.

Igualmente DKV - UMLF 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 - UMLF 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 - UMLF de manera indiscutible.

### 4. Rehabilitación de póliza

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

Si DKV - UMLF 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 – UMLF de Servicios Sanitarios” concertada en los territorios donde se comercializa el seguro (distinta según la modalidad de seguro contratada).

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

El derecho de libertad de elección de médico y de centro supone la ausencia de responsabilidad directa, solidaria o subsidiaria de DKV - UMLF por los actos de aquéllos, sobre los que DKV - UMLF 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 - UMLF tampoco garantiza el buen fin de los actos médicos a los que la póliza da cobertura.

La información sobre la “Red DKV – UMLF de Servicios Sanitarios” está disponible en los teléfonos de atención al cliente, (913 790 403, 913 790 443, 913 790 409, oficinas de la entidad y en la página web de DKV Seguros ([www.dkvseguros.com/umlf](http://www.dkvseguros.com/umlf)).

## 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 UNIÓN MÉDICA LA FUENCISLA, S.A. (en adelante, UMLF), 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 UMLF, 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 UMLF 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 - 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 UMLF, se encuentra disponible el Reglamento del Servicio de Atención al Cliente de UMLF.
- > 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 UMLF, 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 UMLF. 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 UMLF 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 UMLF y/o a otras empresas vinculadas a UMLF 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 UMLF para su tratamiento.

Para ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos personales, podrá dirigirse a UMLF (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 UMLF, 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 UMLF 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 UMLF 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 UMLF o en el rechazo de las coberturas solicitadas.

Asimismo declara ser conocedor de que UMLF 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