

# SOLICITUD DE SEGURO DE RENTA

ESPACIO RESERVADO PARA LA ETIQUETA



**DKV Renta**  
**DKV Renta Familiar**  
**DKV Renta Colectivo. Asegurados**

(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.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 0	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha suplemento				Día	Mes	Año		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

## 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	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"/>
Obrando por cuenta						<input type="text"/> 0 Propia	<input type="text"/> 1 Ajena
E-mail trabajo @				E-mail personal @			
Sustituye a la póliza: Sucursal				Oficina	Ramo	Número	Orden
<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E.C.						<input type="text"/> Sí	<input type="text"/> No

## Asegurado

Apellidos				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
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mail trabajo @				E-mail personal @			
Hombre	Mujer	Nacionalidad		Código	Castellano	Catalán	Gallego
<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Código profesión		Profesión				Tarifa	Perceptor Indemnización
<input type="text"/>		<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/> 0
Trabajador por cuenta: Propia		Ajena		Detalle actividad profesional			
<input type="text"/> 0		<input type="text"/> 1		<input type="text"/>			

## Domicilio profesional

Domicilio						Código Postal	
<input type="text"/>						<input type="text"/>	
Localidad			Prov.	Teléfono			
<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>			

<b>Domicilio de cobro de recibos</b>	Entidad	Oficina	DC	Número
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<b>Domicilio de pago de prestaciones</b>	Entidad	Oficina	DC	Número
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Modalidad de seguro de renta que desea contratar

<input type="checkbox"/> DKV Renta	<input type="checkbox"/> DKV Renta Familiar	<input type="checkbox"/> DKV Renta Colectivo. Asegurados
------------------------------------	---	--



# DKV RENTA FAMILIAR

## Garantías

Indemnización diaria por Hospitalización por cualquier causa

**Opción A**

90 EUR

**Opción B**

120 EUR

**Opción C**

150 EUR

Indemnización máxima por Intervención Quirúrgica por cualquier causa

1.800 EUR

2.400 EUR

3.000 EUR

## Claves de la entidad

Periodo de pago

A  S  T  M  U

Cobro

Agencia gestora

Agencia cobradora

## 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  6 Familiar

Sexo

H Hombre  M Mujer

1) Apellidos

Nombre

Sexo

Parentesco

Fecha nacimiento

Día

Mes

Año

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

Nacionalidad

Código

2) Apellidos

Nombre

Sexo

Parentesco

Fecha nacimiento

Día

Mes

Año

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

Nacionalidad

Código

3) Apellidos

Nombre

Sexo

Parentesco

Fecha nacimiento

Día

Mes

Año

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

Nacionalidad

Código

4) Apellidos

Nombre

Sexo

Parentesco

Fecha nacimiento

Día

Mes

Año

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

Nacionalidad

Código

5) Apellidos

Nombre

Sexo

Parentesco

Fecha nacimiento

Día

Mes

Año

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

Nacionalidad

Código

6) Apellidos

Nombre

Sexo

Parentesco

Fecha nacimiento

Día

Mes

Año

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

Nacionalidad

Código

7) Apellidos

Nombre

Sexo

Parentesco

Fecha nacimiento

Día

Mes

Año

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

Nacionalidad

Código

8) Apellidos

Nombre

Sexo

Parentesco

Fecha nacimiento

Día

Mes

Año

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

Nacionalidad

Código

# DECLARACIÓN DE SALUD

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



Apellidos  Nombre  Fecha de nacimiento     
Día Mes Año

Peso (kg)  Estatura (cm)  Tensión arterial: Normal  Alterada  Cifras: Máx.  Mín.

Consumo usted  Tabaco Cantidad   Alcohol Cantidad   Otras drogas Tipo  Cantidad

Es usted  Diestro  Zurdo  Enfermedades familiares hereditarias

1. ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad, accidente, alteración congénita, intervención quirúrgica, así como algún síntoma o dolor crónico?  Sí  No
2. En caso afirmativo, ¿le han incapacitado para su actividad laboral habitual?  ¿Durante cuánto tiempo?
3. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad o accidente que le haya obligado a hospitalizarse? ¿Durante cuánto tiempo?  Sí  No
4. ¿Ha recibido, recibe o está pendiente de recibir algún tipo de tratamiento médico, dietético, farmacológico o quirúrgico?  Sí  No
5. ¿Le han realizado chequeos médicos, pruebas radiológicas, análisis de sangre, transfusiones u otros exámenes médicos? (Si tiene los resultados, por favor, apórtelos)  Sí  No
6. ¿Padece alguna Invalidez Permanente, minusvalía o secuela? Indique la descripción y grado de la misma.  Sí  No
7. En caso de ser mujer, ¿ha tenido algún trastorno ginecológico?  Sí  No
- ¿Está embarazada o sospecha que pueda estarlo?

8. Si alguna vez ha padecido alguno de los síntomas o procesos que a continuación le exponemos, por favor, márquelos:

<input type="checkbox"/> Dolores de espalda/articulares	<input type="checkbox"/> Trastornos en la rodilla	<input type="checkbox"/> Tendinitis	<input type="checkbox"/> Hernia inguinal
<input type="checkbox"/> Vértigos	<input type="checkbox"/> Cólicos	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hernia discal
<input type="checkbox"/> Fisura/fístula anal	<input type="checkbox"/> Portador VIH	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Hemorroides
<input type="checkbox"/> Alteraciones de próstata	<input type="checkbox"/> Defectos Visuales: tipo <input type="text"/> grados	<input type="checkbox"/> Ojo D <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ojo I <input type="text"/>
	Auditivos: tipo <input type="text"/> grados	<input type="checkbox"/> Oído D <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oído I <input type="text"/>

9. En caso de haber contestado positivamente a alguna de las preguntas anteriores, complete el siguiente cuadro de aclaraciones:

N.º de aseg.	N.º de preg.	Patología, pruebas realizadas, diagnóstico o medicación	Indique fecha de inicio/realización/alta o frecuencia	Tipo de tratamiento (Realizado/previsto y lugar)	Situación actual (Secuelas y fecha de alta)

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 en el rechazo de las coberturas solicitadas.

**No olvide firmar la solicitud en el reverso**

# 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), teléfono: 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:

- 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 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 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 del Grupo ERGO y a los ficheros informáticos vinculados al sector asegurador.
- b) 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 (Asesoría Jurídica), Apartado de Correos 7110 (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.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ El Tomador del Seguro Firma del asegurado cuando no sea perceptor