SOLICITUD DE SEGURO

DKV Integral • DKV Modular • DKV Mundisalud
DKV Residentes • DKV Top Health® • DKV SaludPlus&Company

Espacio reservado para la etiqueta

DKV

(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 (Día Mes Año) | Fecha vencimiento (Día Mes Año) | 1.er Rbo. Fco.

Nombre del centro de trabajo | Código C. Trabajo

(Completar sólo para solicitud de suplementos.)

Sucursal | Oficina | Ramo | Número de póliza | Orden de póliza | Fecha de efecto del suplemento (Día Mes Año)

☐ Inclusión ☐ Exclusión ☐ Modificación

Tomador del seguro (Escribir en letras mayúsculas)

Apellidos o razón social | Nombre

NIF/NIE/Pasaporte | Domicilio | Código postal

Localidad | Prov. | Teléfono | Teléfono móvil

Fax | Fecha nacimiento (Día Mes Año) | Medio de contacto: Teléfono ☐ Móvil ☐ Fax ☐ E-mail ☐ E-mail trabajo ☐

E-mail trabajo @ | E-mail personal @

Hombre ☐ Mujer ☐ | Nacionalidad | Código | Obrando por cuenta: 0 Propia ☐ 1 Ajena ☐ | Castellano ☐ Catalán ☐ Gallego ☐ Euskera ☐ Alemán ☐ Inglés ☐

Profesión

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

¿Desea recibir información detallada de los actos médicos realizados? (sólo para DKV Integral y DKV Modular) ☐ Sí ☐ No

Claves de la entidad

Periodo: A ☐ S ☐ T ☐ M ☐ U ☐ | Cobro | Agencia gestora | Agencia cobradora | Póliza/Recibo: 0 No ☐ 1 Sí ☐

Domicilio de cobro de recibos IBAN

Domicilio de reembolso IBAN

Modalidad de seguro de salud que desea contratar

☐ **DKV Integral** Complet ☐ Plus ☐ Classic ☐ Élite ☐

Módulo opcional: Reembolso de ginecología, obstetricia y pediatría ☐

☐ **DKV Modular** (Marcar con una X las coberturas seleccionadas. Es necesario marcar como mínimo una cobertura de salud y una de accidentes)

Coberturas Salud:

☐ Asistencia primaria ☐ Especialistas y otros medios de diagnóstico ☐ Hospitalización ☐ Asistencia sanitaria en caso de accidente

Coberturas Accidentes: Básico ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

☐ **DKV Mundisalud** Complet ☐ Plus ☐ Empresa ☐ Classic ☐ Élite ☐ Premium ☐ Elección ☐

☐ **DKV Residentes** Cobertura básica ☐ Cobertura básica + Repatriación + Best Care ☐

☐ **DKV Top Health®** Sin franquicia ☐ Franquicia 600 EUR ☐ Franquicia 1.200 EUR ☐

☐ **DKV SaludPlus&Company**

Para todas las modalidades (DKV Modular y DKV Mundisalud con cobertura de salud completa): ¿desea optar a la cobertura en la "Red DKV de Servicios Sanitarios", 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 ☐☐☐.☐☐☐,☐☐

Mod. RE SOL-00000/marzo 2025 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 Cód. 2DNP1.FM/01_V19 C3_Confidencial

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 | 7 Otros

Sexo: H Hombre | M Mujer

1) Apellidos | Nombre

Sexo | Parentesco | Fecha nacimiento (Día Mes Año) | NIF/NIE/Pasaporte | Nacionalidad | Código

Profesión

2) Apellidos | Nombre

Sexo | Parentesco | Fecha nacimiento (Día Mes Año) | NIF/NIE/Pasaporte | Nacionalidad | Código

Profesión

3) Apellidos | Nombre

Sexo | Parentesco | Fecha nacimiento (Día Mes Año) | NIF/NIE/Pasaporte | Nacionalidad | Código

Profesión

4) Apellidos | Nombre

Sexo | Parentesco | Fecha nacimiento (Día Mes Año) | NIF/NIE/Pasaporte | Nacionalidad | Código

Profesión

5) Apellidos | Nombre

Sexo | Parentesco | Fecha nacimiento (Día Mes Año) | NIF/NIE/Pasaporte | Nacionalidad | Código

Profesión

6) Apellidos | Nombre

Sexo | Parentesco | Fecha nacimiento (Día Mes Año) | NIF/NIE/Pasaporte | Nacionalidad | Código

Profesión

7) Apellidos | Nombre

Sexo | Parentesco | Fecha nacimiento (Día Mes Año) | NIF/NIE/Pasaporte | Nacionalidad | Código

Profesión

8) Apellidos | Nombre

Sexo | Parentesco | Fecha nacimiento (Día Mes Año) | NIF/NIE/Pasaporte | Nacionalidad | Código

Profesión

DECLARACIÓN DE SALUD

Espacio reservado para la etiqueta

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

NIF/NIE/Pasaporte

Datos personales del asegurado/asegurados

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) (rodear positivo y aclarar tipo y cantidad)	T A D	T A D	T A D	T A D	T A D	T A D	T A D	T A D ....
Dioptrías de miopía*: ojo derecho/ojo izquierdo	/	/	/	/	/	/	/	/

** Cumplimentar con el número de dioptrías o, en caso de que no existan, indicarlo con un "no" (los guiones y cruces no son válidos como respuesta).*

Cuestionario de salud

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) ☐ Sí ☐ No .....
2. ¿Ha 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) ☐ Sí ☐ No .....
3. ¿Ha estado hospitalizado o está pendiente de hospitalización? (Especifique causas y fechas) ☐ Sí ☐ No .....
4. ¿Le han realizado o tiene pendiente de realización alguna prueba diagnóstica? (Especifique tipo de prueba, motivo, resultado y fecha) ☐ Sí ☐ No .....

Cuadro de ampliación de datos médicos declarados

Aseg./N.º preg.	Fecha inicio/fin	Origen	Localización	Tratamientos y fecha inicio/fin	Pruebas y resultados	Situación actual
Ejemplo	2005	Dolor espalda por mudanza	Lumbar	Rehabilitación de oct-2005 a dic-2005	TAC. Hernia lumbar pequeña	Nada, dolor pocas veces
/						
/						
/						
/						
/						
/						

El solicitante del seguro declara que las respuestas del cuestionario de valoración del riesgo, efectuadas por el suscribiente, son veraces, no existiendo ocultación de circunstancias o hechos que pudieran influir en la valoración del riesgo objeto de cobertura por la compañía o en el rechazo de las coberturas solicitadas. Si lo declarado no coincide con la realidad, la aseguradora puede rechazar las coberturas solicitadas y rescindir el seguro, en aplicación del artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro.

En _____, a _____ de _____ de _____ Firma personal del tomador del seguro

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 los siguientes factores de riesgo objetivos: edad y zona geográfica. 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 dkv.es 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, 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 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 y si se produce un agravamiento del riesgo (por cambio de domicilio, de profesión habitual y de inicio de actividades de ocio o deportivas de riesgo elevado o extremo), el contrato de seguro se prorrogará automáticamente año a año, y DKV Seguros no rescindirá 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. 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 de Servicios Sanitarios” concertada en todo el territorio nacional (distinta según la modalidad de seguro contratada).

b) Seguros mixtos de reembolso de gastos:

El seguro de reembolso de gastos se basa en un sistema mixto de cobertura, en el que el asegurado puede elegir libremente entre:

- Acceder a la prestación del servicio, mediante la libre elección de los médicos y centros hospitalarios detallados en la “Red DKV de Servicios Sanitarios” concertada en todo el territorio nacional (distinta según la modalidad de seguro contratada), denominada modalidad de medios propios.
- Acudir a cualquier médico o centro de su elección, no incluido en la “Red DKV de Servicios Sanitarios” concertada por la entidad, denominada modalidad de medios ajenos, y solicitar el reembolso del importe de las facturas pagadas por él, en el porcentaje y con los límites establecidos en la tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares de la póliza.

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

El derecho de libertad de elección de médico y de centro 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. Al ser la medicina una actividad de medios y no de resultados, DKV Seguros tampoco garantiza el buen fin de los actos médicos a los que la póliza da cobertura.

La información sobre la “Red DKV de Servicios Sanitarios” está disponible en los teléfonos de atención al cliente 900 810 072 (para clientes con pólizas de cuadro médico) o 900 814 390 (para clientes con pólizas de reembolso), oficinas de la entidad y en la página web de DKV Seguros (dkv.es).

INFORMACIÓN PRELIMINAR PARA EL TOMADOR DEL SEGURO

Cláusula Preliminar

Este contrato está sometido a la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de contrato de seguro. 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; por correo electrónico: defensacliente@dkvseguros.es; o por teléfono llamando a los números: 900 810 072 (para clientes con pólizas de cuadro médico) o 900 814 390 (para clientes con pólizas de reembolso) de nuestro Servicio de Atención al Cliente.
- El cliente podrá elegir la forma en que desea ser contestado y el domicilio al que se le enviará la respuesta. El expediente será tramitado por escrito, de no especificar ninguna modalidad previa, dentro del plazo máximo de dos meses. En las oficinas de la entidad, 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 ante DKV Seguros, se iniciará un expediente administrativo.
- Sin perjuicio de las vías de reclamación precedentes usted puede plantear una reclamación ante la Jurisdicción que corresponda.

Privacidad y derechos de protección de datos personales

El tomador del seguro declara estar informado, de forma expresa y precisa, acerca de los siguientes términos:

Responsable del tratamiento

DKV Seguros y Reaseguros S.A.E. (en adelante, la compañía) es el responsable del tratamiento y queda autorizado expresamente por el tomador para tratar los datos personales que ha proporcionado sobre sí mismo u otros beneficiarios de la póliza.

Finalidad del tratamiento y base jurídica

La compañía incorporará y tratará 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 y, una vez cancelados, al efecto de atender posibles quejas y reclamaciones y hasta la prescripción de los plazos legales.

Sus datos personales serán tratados sobre la base jurídica de la relación contractual, el cumplimiento de obligaciones legales y el interés legítimo, en concreto, con el fin de:

- Gestionar la actividad aseguradora de la compañía. Esta gestión implica, entre otras funciones, las de valorar y delimitar el riesgo, tramitar los siniestros, cobrar los recibos del seguro, comunicar los cambios en las condiciones económicas, pagar las prestaciones, y gestionar los planes de prevención y promoción de la salud y los servicios adicionales al seguro.
- Subsidiariamente, realizamos acciones con datos agregados para fines estadísticos, detección y prevención del fraude, investigación científica y de mercado. En ningún caso tomaremos decisiones únicamente basadas en el tratamiento automatizado, incluida la elaboración de perfiles, si estas pueden conllevar efectos jurídicos negativos sobre usted.
- Mantenerle **informado sobre promociones y mejoras** en el producto contratado, o sobre otros productos y servicios del grupo DKV Seguros en los que consideramos que puede tener una expectativa razonable de ser informado y que serán, en todo caso, afines al contratado; u otros del grupo asegurador ERGO, que puedan ser de su interés.

Destinatarios principales

En función de la finalidad, sus datos personales podrán comunicarse a:

- Los prestadores de servicios asegurados, al coasegurador 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 los recibos y el pago de las prestaciones, así como a todos los profesionales sanitarios o grupos hospitalarios que nos facturen dichas prestaciones.
- Las sociedades que formen parte del grupo ERGO y a otras empresas vinculadas a DKV Seguros o que colaboren con ella en la promoción y comercialización de productos y servicios que puedan ser de su interés, en cuyo caso la comunicación se regirá siempre por el principio de minimización de datos.
- La Fundación DKV Integralia, incluidas sus filiales, u otras entidades que presten el servicio de *contact center* a los asegurados, así como a terceras personas, profesionales en consultoría y asesoría especializada, relacionadas con la salud y el ámbito asegurador.

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 estos tratamientos y finalidades.

Conservación de la información

Sus datos serán conservados durante toda la vida de la póliza y, una vez concluida la relación contractual, durante los periodos mínimos establecidos legalmente a efectos de poder atender quejas y reclamaciones.

Una vez cancelados la compañía conservará los datos durante diez años y serán definitivamente suprimidos una vez extinguidos en su totalidad los plazos de conservación obligatoria de la documentación del artículo 30 del Código de Comercio, así como los de prescripción de acciones contemplados en el artículo 23 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, que pudieran ser de aplicación.

En los seguros de vida el plazo de conservación será de diez años en cumplimiento del régimen establecido en los artículos 28 a 30 del Real Decreto 304/2014 que aprueba el reglamento de la Ley 10/2010 de Prevención del Blanqueo de Capitales.

Derechos de información

Tiene derecho a obtener gratuitamente por parte de la compañía información sobre nuestro registro de tratamientos, los destinatarios de sus datos e información acerca del tratamiento de datos personales suyos o de menores de edad incluidos en la póliza.

En caso de que sus datos sean objeto de tratamiento podrá, previa acreditación de su nombre, apellidos y DNI, ejercer los derechos de acceso, portabilidad de sus datos identificativos, rectificación (en caso de datos inexactos), supresión, limitación y oposición al tratamiento de sus datos de carácter personal, así como a revocar el consentimiento prestado si hubiera lugar siendo informado en ese caso de las consecuencias de hacerlo. Para ello puede dirigirse por vía postal a DKV Seguros (Delegado de Protección de Datos), apartado de correos 8021 (50018 Zaragoza).

Si quiere ampliar la información sobre privacidad o sobre cómo ejercer sus derechos, puede consultar la Política de Privacidad en nuestra web **dkv.es**, registrarse en el área de cliente o dirigirse por vía postal al apartado antes citado. Por último, puede también ponerse en contacto con nuestro Delegado de Protección de Datos en la dirección de correo electrónico dpogrupodkv@dkvseguros.es.

Si no está de acuerdo con nuestra respuesta, podrá dirigirse a la Autoridad de Control competente para presentar la reclamación que considere oportuna; en España, la Agencia Española de Protección de Datos. Dispone de más información en **www.agpd.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 del tomador del seguro

CUESTIONARIO DE SALUD DENTAL (sólo para Mundisalud Premium, Top Health y Residentes).

Si en alguna de las preguntas que le hacemos a continuación, la respuesta es afirmativa, le rogamos que amplíe la información en el cuadro siguiente:

Espacio reservado para la etiqueta

1. ¿Cuándo se le realizó al paciente el último tratamiento dental? ¿Por qué motivo?

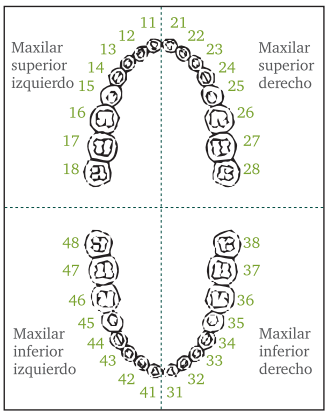
	Fecha	Motivo
Aseg. 1		
Aseg. 2		
Aseg. 3		
Aseg. 4		
Aseg. 5		
Aseg. 6		
Aseg. 7		
Aseg. 8		

2. ¿Se ha sometido regularmente el paciente, en los 3 últimos años, a revisiones o chequeos preventivos? En caso afirmativo indicar el tratamiento.

	Sí	No	
Aseg. 1	☐	☐	
Aseg. 2	☐	☐	
Aseg. 3	☐	☐	
Aseg. 4	☐	☐	
Aseg. 5	☐	☐	
Aseg. 6	☐	☐	
Aseg. 7	☐	☐	
Aseg. 8	☐	☐	

3. ¿Está pendiente de recibir o tiene previsto algún tratamiento bucodental? ¿Cuál?

	Sí	No	
Aseg. 1	☐	☐	
Aseg. 2	☐	☐	
Aseg. 3	☐	☐	
Aseg. 4	☐	☐	
Aseg. 5	☐	☐	
Aseg. 6	☐	☐	
Aseg. 7	☐	☐	
Aseg. 8	☐	☐	



Estado dental actual (Cuadro de números de dientes y de códigos de lesiones)

A = ausentes
B = dañados o con desperfectos
C = sustituidos o reparados

N.º de asegurado	1	2	3	4	5	6	7	8
Diente / lesión	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/

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 el rechazo de las coberturas solicitadas.

En _____, a _____ de _____ de _____ Firma personal del tomador del seguro