

SOLICITUD DE SEGURO DENTAL

Datos de Producción

Subcentral Intervención 1 CD10
Oficina Intervención 2

Nº Solicitud/Póliza Fecha de efecto solicitada

DATOS DEL SOLICITANTE Tipo de Documento: NIF NIE Nº de Documento:

Razón Social

Nombre Apellido 1 Apellido 2

Fecha de nacimiento Sexo E. Civil Profesión

Domicilio

Localidad C. Postal Provincia

Teléfono particular Teléfono trabajo Correo electrónico

Domicilio familiar Rellenar este apartado si el domicilio del grupo familiar asegurado es distinto al domicilio del solicitante

Dirección

Código Postal Localidad Provincia

Domicilio cobro de recibos y/o pago de la indemnización

Entidad Cobro IBAN: ES

Entidad Abono IBAN: ES

Forma de pago: Anual

DATOS DE LOS ASEGURADOS La edad máxima de contratación es de 65 años

Asegurado Titular/Nombre

Apellidos

NIF/NIE Fecha nacimiento Sexo E. Civil.....

Profesión Parentesco con Tomador

Asegurado 2/Nombre.....

Apellidos

NIF/NIE Fecha nacimiento Sexo E. Civil.....

Profesión Parentesco con Titular.....

Asegurado 3/Nombre.....

Apellidos

NIF/NIE Fecha nacimiento Sexo E. Civil.....

Profesión Parentesco con Titular.....

Asegurado 4/Nombre.....

Apellidos

NIF/NIE Fecha nacimiento Sexo E. Civil.....

Profesión Parentesco con Titular.....

SOBREPRIMAS

Esta solicitud no obliga a la entidad a formalizar el contrato de seguro ni da derecho a utilizar sus prestaciones hasta el momento en que MAPFRE ESPAÑA acepte la solicitud emitiendo la póliza correspondiente y siempre que, salvo pacto expreso en contrario, se haga efectiva la primera prima del seguro.

Firma del Solicitante / Asegurado Titular En a de de.....

Cláusulas

CONTROL DE CONTRATACIÓN

EXTRACTO DE LAS CLÁUSULAS LIMITATIVAS DE LOS DERECHOS DE LOS ASEGURADOS DEL SEGURO "DENTAL"

En este Extracto figuran las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados, que han sido leídas y aceptadas expresamente por el Tomador, lo que se acredita mediante su firma en el presente documento.

A) COBERTURA ODONTOLÓGICA

ARTÍCULO 3. OBJETO Y EXTENSIÓN DE LA GARANTÍA

Garantiza una serie de servicios odonto-estomatológicos básicos, de los que podrá hacer uso sin coste alguno, y otros servicios específicos con un precio convenido, todo ello de acuerdo con lo estipulado en las Condiciones Generales.

No se incluyen dentro de esta garantía los honorarios profesionales, gastos hospitalarios ni de anestesia, cuando se precise medio hospitalario para la realización de los actos garantizados.

2. Precios convenidos:

El Asegurado participará en el coste de determinados servicios mediante el pago del importe que, en concepto de precio convenido, figure en el apartado de **ACTOS GARANTIZADOS**.

3. Prestación de los servicios dentales:

El asegurado podrá elegir libremente el profesional sanitario entre los que figuren en la Guía Médica. Asistencia que el Asegurador ofrece a nivel nacional. El especialista seleccionado le realizará el examen oportuno, facilitándole un presupuesto bucodental que deberá ser firmado por ambas partes.

ARTÍCULO 4. RIESGOS EXCLUIDOS

1. Quedan en todo caso excluidos los servicios odontoestomatológicos que pudieran ordenar facultativos no concertados con MAPFRE ESPAÑA, salvo autorización previa y por escrito de la Compañía.

B) INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN POR CUALQUIER CAUSA

ARTÍCULO 6. OBJETO Y EXTENSIÓN DE LA GARANTÍA

Mediante esta garantía el Asegurador se obliga al pago de la indemnización diaria indicada en dichas Condiciones si, como consecuencia de una enfermedad contraída o un accidente sufrido durante la vigencia de la póliza y que resulten cubiertos por esta garantía, el Asegurado tuviera que ser necesariamente internado en un hospital más de 24 horas.

1. Devengo de la indemnización:

La indemnización se devengará durante el tiempo que el Asegurado figure como paciente interno del hospital y con un máximo de 365 días, salvo los supuestos especiales siguientes, cuyo periodo máximo indemnizable por siniestro, Asegurado y por anualidad será el que se indica:

- Enfermedades psiquiátricas y trastornos psicológicos: máximo 20 días.

Si dentro del periodo de doce meses siguientes a una hospitalización del Asegurado, por la cual se hubieran abonado INDEMNIZACIONES por esta cobertura, el Asegurado tuviera que ser ingresado nuevamente en un hospital por la misma causa o por causas relacionadas con el anterior internamiento, el nuevo internamiento será considerado, a todos los efectos, como prolongación del anterior. Cuando el periodo transcurrido entre ambos internamientos sea superior a doce meses, el segundo internamiento será considerado como nuevo periodo de hospitalización.

ARTÍCULO 7. BONIFICACIÓN POR INGRESO EN DIFERENTE PROVINCIA

Si el Asegurado tuviera que ser ingresado en un hospital que esté ubicado en una provincia distinta a la de su residencia habitual, se le abonará el capital garantizado incrementado en un 50%.

ARTÍCULO 10. PAGO DE INDEMNIZACIONES

1. Recibida de conformidad por el Asegurador la documentación requerida que se especifica en las presentes Condiciones, el Asegurador abonará al Asegurado la indemnización que corresponda.

2. El cálculo de la indemnización que corresponda, se realizará tomando como base la cuantía asegurada a la fecha en que se haya iniciado la hospitalización del Asegurado. No se tomarán en consideración para el cálculo las revalorizaciones anuales de las sumas aseguradas o mejora de las coberturas que se produzcan con posterioridad a dicha fecha.

El importe máximo de indemnización diaria que abonará el Asegurador será el señalado en las Condiciones Particulares, aún en el caso de que el Asegurado sufriera varias enfermedades simultáneas y durante un máximo de 365 días, menos los días de franquicia en su caso convenidos.

4. Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro el Asegurado no hubiese cumplido su prestación por causa no justificada o que le fuese imputable, la indemnización se incrementará en un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50%. Una vez transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual a partir de ese día no podrá ser inferior al 20%.

ARTÍCULO 11. RIESGOS EXCLUIDOS

Se excluyen de las coberturas de la póliza los riesgos que se indican a continuación:

- a) Enfermedades, defectos y malformaciones preexistentes a la fecha de contratación del seguro que, siendo conocidas por el Asegurado, no hayan sido declaradas en el correspondiente cuestionario de salud.
- b) Accidentes producidos con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza.
- c) Las esterilizaciones para ambos sexos, la fecundación in vitro, la inseminación artificial y el estudio o tratamiento de la esterilidad.
- d) Los tratamientos para adelgazar, las curas de sueño o reposo y los tratamientos psicológicos.
- e) La participación del Asegurado en apuestas, desafíos y riñas, salvo que en este último caso hubiese actuado en legítima defensa.
- f) El suicidio y sus tentativas, así como la autolesión.
- g) Los actos de guerra, (haya o no declaración de guerra), terremotos, huracanes, erupciones volcánicas, fugas radioactivas y otros hechos que sean declarados de carácter extraordinario o catastrófico.
- h) Las enfermedades psiquiátricas o trastornos psicológicos que no requieran ingreso hospitalario.
- i) El consumo por parte del Asegurado de estupefacientes no prescritos médicamente, la ingestión de bebidas alcohólicas, la toxicomanía y el alcoholismo.
- j) La cirugía de refracción (corrección de miopía, hipermetropía, astigmatismo, etc.), y cirugía de la presbicia.
- k) Las intervenciones y/o tratamientos por razones estéticas, salvo si la operación de cirugía plástica o reparadora o el tratamiento son necesarias como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.
- l) Epidemias oficialmente declaradas.
- m) La utilización como pasajero o tripulante de cualquier medio de navegación aérea no autorizado para el transporte público de viajeros.
- n) La práctica como profesional de cualquier deporte y, la práctica como profesional o aficionado de actividades aéreas, submarinismo con uso de pulmón artificial, boxeo, escalada, carrera de vehículos, incluidos los entrenamientos, espeleología, toreo, encierro de reses bravas y cualquier otro deporte de alto riesgo.
- ñ) La interrupción voluntaria del embarazo, así como toda indemnización relacionada con dicha interrupción.

Estas exclusiones comprenden tanto la enfermedad, accidente o hecho que se señala, como las secuelas, complicaciones, reagudizaciones, tratamientos específicos y demás consecuencias, así como los siniestros causados por, o a consecuencia de, todo lo anterior.

ARTÍCULO 13. PERFECCIÓN, TOMA DE EFECTO Y DURACIÓN DEL CONTRATO

5. En cualquier caso, el seguro se extinguirá, cesando automáticamente sus coberturas:

- a. Cuando el Asegurado traslade su domicilio fuera de España.

La extinción del contrato surtirá efectos desde la fecha en la que se haya producido el hecho que de lugar a la misma.

El Asegurado deberá comunicar inmediatamente al Asegurador la ocurrencia de cualquiera de las circunstancias expresadas, al objeto de proceder al extorno de la prima que, en su caso, corresponda efectuar.

En el supuesto de que el Tomador del Seguro o el Asegurado no hayan efectuado dicha comunicación y sobreviniera un siniestro, el Asegurador quedará liberado de su prestación.

ARTÍCULO 14. PLAZOS DE CARENIA

Las coberturas de la póliza tomarán efecto, una vez transcurrido el periodo de UN MES desde la fecha de efecto del alta del Asegurado en la póliza, salvo prescripción médica de urgencia.

MAPFRE, en su compromiso con la transparencia, informa al cliente de que el Documento de Información de Seguro está a su disposición en su oficina y en la página web de MAPFRE www.mapfre.es/Información de interés; donde también puede consultar la siguiente documentación: Condicionado General, Informe de Solvencia, Notas Informativas, Cláusulas de Indemnización de Compensación de Seguros, etc.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Información básica sobre protección de datos	
Responsable	MAPFRE ESPAÑA
Finalidades	Gestión del contrato de seguro, elaboración de perfiles para el adecuado desarrollo del contrato de seguro, gestión integral y centralizada de su relación con el Grupo MAPFRE y envío de información y publicidad sobre ofertas de productos y servicios del Grupo MAPFRE.
Legitimación	Ejecución del contrato y consentimiento del interesado.
Destinatarios	Podrán comunicarse datos a terceros y/o realizarse transferencias de datos a terceros países en los términos señalados en la Información Adicional.
Derechos	Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, detallados en la Información Adicional de Protección de Datos.
Información Adicional	Puede consultar la Información Adicional de Protección de Datos incluida en http://www.mapfre.es/RGPD#/Docs/ESPESPPERCLIPART01401ESES02

El Tomador/Asegurado/Afectado queda informado y consiente expresamente mediante la firma del presente documento, el tratamiento de los datos suministrados voluntariamente en el mismo, así como el de todos aquellos datos que pudiera facilitar a MAPFRE ESPAÑA, directamente o a través de su mediador, y los que se obtengan de médicos y prestadores de servicios sanitarios o mediante grabación de conversaciones telefónicas, o como consecuencia de su navegación por las páginas web de Internet u otro medio, con motivo del desarrollo del contrato o de la consulta, solicitud o contratación de cualquier servicio o producto, incluso una vez finalizada la relación precontractual o contractual incluidas, en su caso, las comunicaciones o las transferencias internacionales de los datos que pudieran realizarse, todo ello para las finalidades detalladas en la Información Adicional de Protección de Datos incluida en <http://www.mapfre.es/RGPD#/Docs/ESPESPPERCLIPART01401ESES02>.

El Tomador/Asegurado/Afectado consiente a su vez, la grabación de las conversaciones telefónicas que se mantengan con MAPFRE ESPAÑA por razón del contrato de seguro. MAPFRE ESPAÑA podrá consultar sus datos en ficheros sobre cumplimiento e incumplimiento de obligaciones dinerarias o de prevención del fraude.

En caso de que los datos facilitados se refieran a terceras personas físicas distintas del Tomador/Asegurado/Afectado, éste garantiza haber recabado y contar con el consentimiento previo de los mismos para la comunicación de sus datos y haberles informado, con carácter previo a su inclusión en el presente documento, de las finalidades del tratamiento, comunicaciones y demás términos previstos en el mismo y en la Información Adicional de Protección de Datos.

El Tomador/Asegurado/Afectado declara que es mayor de dieciocho años. De igual modo, en caso de que los datos que proporcione sean de menores de edad, como padre/madre o tutor del menor, autoriza expresamente el tratamiento de dichos datos incluidos, en su caso, los relativos a la salud, para la gestión de las finalidades detalladas en la Información Adicional de Protección de Datos incluida en <http://www.mapfre.es/RGPD#/Docs/ESPESPPERCLIPART01401ESES02>.

El Tomador/Asegurado/Afectado garantiza la exactitud y veracidad de los datos personales facilitados, comprometiéndose a mantenerlos debidamente actualizados y a comunicar a MAPFRE ESPAÑA cualquier variación que se produzca en los mismos. Del mismo modo autoriza a MAPFRE ESPAÑA a solicitar o verificar de los médicos y prestadores de servicios sanitarios los datos y antecedentes de salud necesarios para garantizar el pleno desenvolvimiento del contrato y la satisfacción de sus intereses legítimos.

Vd. puede marcar esta casilla en caso de oponerse al tratamiento y comunicación de los datos de carácter personal por MAPFRE ESPAÑA para el envío de información y publicidad sobre ofertas de productos y servicios de MAPFRE ESPAÑA, de las distintas entidades del Grupo MAPFRE, así como de aquellas entidades terceras con las que cualquier empresa del Grupo MAPFRE haya suscrito acuerdos de colaboración, en cuyo caso no podremos informarle de los descuentos, obsequios, promociones y otras ventajas asociadas a los planes de fidelización de Grupo MAPFRE.

En todo caso, el consentimiento para el tratamiento de sus datos con dicha finalidad tiene carácter revocable, pudiendo retirar en cualquier momento el consentimiento prestado o ejercitar cualquiera de los derechos mencionados en la forma indicada en la Información Adicional de Protección de Datos, incluida en <http://www.mapfre.es/RGPD#/Docs/ESPESPPERCLIPART01401ESES02>.

Recibí un ejemplar de las Condiciones Generales del seguro, así como la copia del presente documento, que he leído y acepto en su integridad.

PÓLIZA Nº

Nombre y Apellidos del Tomador / Asegurado Titular

Antes de firmar este documento, debe leer la información básica sobre protección de datos que se presenta en la cláusula llamada "TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES". Mediante la firma de este documento consiente el tratamiento de sus datos personales en los términos y condiciones incluidos en dicha cláusula.

Firma: