



Elijo solo lo que necesito

DKV Modular

Cuídate mucho

Índice

	Páginas
RESPONDEMOS A SUS PREGUNTAS	5
PLAN DE VIDA SALUDABLE: “VIVE LA SALUD”	14
DKV CLUB SALUD Y BIENESTAR	18
1. Servicios de e-Salud	19
2. Servicio Bucodental	21
3. Servicios adicionales premium	21
4. Centro de Atención Telefónica.	26
CONTRATO DEL SEGURO: CONDICIONES GENERALES	27
1. Cláusula preliminar	29
2. Conceptos básicos. Definiciones	31
3. Modalidad y extensión del seguro.	41
3.1 Objeto del seguro.	41
3.2 Modalidad del seguro	41
3.3 Acceso a las coberturas	43
3.4 Asistencia en medios ajenos a la “Red DKV de Servicios Sanitarios”.	44
3.5 Cláusula de subrogación o de cesión de derechos.	45
4. Descripción de las coberturas	47
4.1 Asistencia primaria	47
4.2 Urgencias	48
4.3 Especialidades médicas y quirúrgicas	48
4.4 Medios de diagnóstico	50
4.5 Métodos terapéuticos	52
4.6 Asistencia hospitalaria	54
4.7 Coberturas complementarias	56

4.8	Coberturas exclusivas	60
4.9	Asistencia en viaje	60
5.	Coberturas excluidas	61
6.	Periodos de carencia	67
7.	Las prestaciones según el módulo o módulos de asistencia contratados	69
7.1	Asistencia médica primaria	69
7.2	Asistencia médica especializada sin hospitalización	70
7.3	Asistencia médica hospitalaria	70
7.4	Asistencia médica extrahospitalaria	71
7.5	Asistencia médica especializada con hospitalización	72
7.6	Asistencia médica primaria con hospitalización	72
7.7	Asistencia médica completa	72
8.	Bases del contrato	73
8.1	Formalización del contrato y duración del seguro	73
8.2	Otras obligaciones, deberes y facultades del tomador o asegurado	74
8.3	Otras obligaciones de DKV Seguros	74
8.4	Pago del seguro (primas)	75
8.5	Pérdida de derechos y rescisión del contrato de seguro	76
8.6	Comunicaciones	77
8.7	Riesgos sanitarios especiales	77
8.8	Impuestos y recargos	77
9.	Seguro de Accidentes	79
10.	Seguro de Decesos	95
11.	Regulación Complementaria	97
	ANEXO I: ASISTENCIA EN VIAJE	99
	ANEXO II: COBERTURAS EXCLUSIVAS DEL SEGURO DKV MODULAR EN SU MODALIDAD INDIVIDUAL	106

Respondemos
a sus preguntas

Estas condiciones generales le permitirán conocer con detalle el marco del contrato que usted establece con DKV Seguros al aceptar este seguro.

A lo largo del documento, le explicamos la mayoría de las cuestiones que se le pueden plantear al utilizar su seguro. En este capítulo, pretendemos dar respuesta de forma clara y sencilla a algunas de las preguntas más frecuentes que nos formulan nuestros asegurados. Esperamos que le resulten útiles.

Sobre el contrato

¿Qué documentos integran el contrato del seguro?

El contrato del seguro esta integrado por la solicitud del seguro, la declaración de salud, las condiciones generales, las condiciones particulares, los suplementos y apéndices, y en los casos que corresponda las condiciones especiales.

¿Qué suponen las condiciones?

Las “condiciones generales” y/o “condiciones particulares”, recogen los derechos y obligaciones de DKV Seguros y los del asegurado o persona que contrata el seguro.

¿Qué documentación le entregamos al contratar su seguro?

Las condiciones generales y particulares, su(s) tarjeta(s) DKV Medi-Card® e información del cuadro médico o “Red DKV de Servicios Sanitarios”.

Compruebe que sus datos personales estén correctamente reflejados.

¿Qué tiene que hacer con esta documentación?

Firmar las condiciones particulares y generales, guardar un ejemplar de las mismas y enviar a DKV Seguros otro firmado. La entrega de la documentación contractual del seguro debidamente firmada, junto con el pago de la prima inicial, implican la aceptación del mismo. Hasta que no se cumplen ambos requisitos, firma y pago, la póliza no entra en vigor, aunque se consigne una fecha para ello en las condiciones particulares.

Si tiene alguna duda, póngase en contacto con nosotros. Será un placer atenderle

¿Hay que comunicar la prórroga del contrato?

El contrato se renueva automáticamente cada año, no hace falta confirmar la continuación.

Sin embargo, tanto usted como DKV Seguros pueden cancelarlo antes de la fecha de vencimiento natural del mismo, siempre que se comunique de manera probada a la otra parte. En el caso del tomador del seguro el plazo de preaviso mínimo es de un mes, y para DKV Seguros de dos meses.

¿Cuál es el tratamiento que damos a los datos personales?

DKV Seguros queda expresamente autorizada para solicitar, tratar y ceder a entidades de su grupo asegurador los datos personales del tomador y/o el asegurado.

Por lo que se refiere a los datos de salud del asegurado podrán cederse a un tercero cuando sea necesario, y con la exclusiva finalidad de gestionar las prestaciones sanitarias, los planes de prevención y promoción de la salud y los servicios adicionales cubiertos por el seguro.

Asimismo, DKV Seguros queda autorizada para remitir información al tomador y/o el asegurado, sobre las prestaciones sanitarias, planes de prevención o promoción de la salud y los bienes o servicios que pudieran ser del interés de éstos.

El tomador del seguro y/o asegurado podrán dirigirse a DKV Seguros para consultar dichos datos o para actualizarlos, rectificarlos o cancelarlos de acuerdo con la Ley Orgánica 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Modalidad asistencial y extensión del seguro

¿Cuál es la principal característica que define al seguro de “DKV Modular”?

“DKV Modular” es un producto que combina un seguro de accidentes y decesos, para el tomador o titular de la póliza, con un seguro de salud cuyas coberturas se estructuran escalonadamente, de menor a mayor grado de complejidad asistencial, en tres módulos que se pueden contratar por separado o conjuntamente:

1. Módulo de “Asistencia primaria”.
2. Módulo de “Asistencia por especialistas y medios complementarios de diagnóstico y tratamiento”.
3. Módulo de “Asistencia hospitalaria y cirugía”.

¿En qué fundamenta su cobertura el seguro “DKV Modular”?

En la prestación de los servicios descritos en los diferentes módulos a través de la “Red DKV de Servicios Sanitarios” concertada por DKV Seguros e implantada en todo el territorio nacional.

¿Cómo se accede a las prestaciones sanitarias incluidas en los distintos módulos de cobertura?

El asegurado podrá elegir libremente entre los facultativos o centros incluidos en la “Red DKV de Servicios Sanitarios” pero, únicamente, entre los que correspondan a las especialidades incluidas en las coberturas contratadas. Recibirá el servicio previa identificación con su tarjeta DKV Medi-Card® y, para aquellos casos que lo requieran, con la necesaria autorización.

En caso de que desee contratar dos o más módulos, ¿cómo puede combinarlos en “DKV Modular”?

Los módulos se pueden combinar libremente entre sí para adaptarse a las necesidades del asegurado.

Tarjeta DKV Medi-Card®

¿Puede un médico de la “Red DKV de Servicios Sanitarios” solicitarle, además de la autorización de determinados servicios, la Tarjeta DKV Medi-card®?

Sí. La tarjeta DKV Medi-Card® es el medio por el cual usted se identifica como asegurado de DKV Seguros ante la “Red DKV de Servicios Sanitarios” y le será solicitada.

¿Cuánto hay que abonar por cada acto médico?

Las cantidades prefijadas por cada acto médico que se detallan en la “Tabla de grupos de actos médicos y copagos”

de las condiciones particulares y/o especiales de la póliza.

¿Qué debe hacer si pierde la tarjeta DKV Medi-Card®?

Ponerse en contacto con DKV Seguros.

Le enviaremos una nueva.

¿Cómo puede ponerse en contacto con DKV Seguros?

Por teléfono, a través del Centro de Atención Telefónica de DKV Seguros, llamando a cualquiera de estos números 902 499 499 | 913 438 596 | 934 797 539; por Internet, en la dirección: www.dkvseguros.com, o acudiendo a cualquiera de las oficinas de DKV Seguros.

Autorizaciones

¿Qué pruebas o servicios necesitan autorización en la “Red DKV de Servicios Sanitarios”?

Las pruebas diagnósticas complejas, los traslados en ambulancia, las prótesis e implantes quirúrgicos, las sesiones de psicoterapia, los programas o chequeos preventivos, los tratamientos médicos o quirúrgicos así como los ingresos hospitalarios.

Si tiene alguna duda consulte en la web de DKV Seguros y/o en el cuadro médico “Red DKV de Servicios Sanitarios” del año en curso el capítulo 2 de “Consejos de utilización”, para conocer el listado de actos de diagnóstico y/o terapéuticos que no requieren autorización previa de DKV Seguros.

¿Cómo solicitar una autorización si no se puede acudir a una oficina de DKV Seguros?

Por teléfono, en nuestro Centro de Atención Telefónica llamando a cualquiera de estos números 902 499 499 | 913 438 596 | 934 797 539, por fax (902 499 000), a través de la web de DKV Seguros (www.dkvseguros.com) o por medio de cualquier persona que presente, en su oficina de DKV Seguros, su tarjeta y la prescripción facultativa de la prueba médica.

Pago del seguro

¿Todos los meses se paga lo mismo?

No. Algunos meses usted recibirá además el cargo por los copagos de los actos médicos realizados.

¿Qué quiere decir que el contrato es anual, si se paga mensualmente?

La duración del contrato establecido en la póliza es anual prorrogable por años naturales, lo cual es compatible con el pago mensual de la prima. También puede optarse por un pago trimestral, semestral o anual.

El fraccionamiento elegido para el pago de la prima no exime al tomador del seguro de su obligación de abonar la prima anual completa. En caso de devolución o impago de los recibos, DKV Seguros está facultada a reclamar el importe de la parte de la prima anual no satisfecha.

Prestaciones sanitarias

¿Qué es el Plan de Vida Saludable: “Vive la Salud”?

A través de internet, en www.programas.vivelasalud.com, DKV Seguros ofrece a sus asegurados la posibilidad de acceder a diversos programas específicos de promoción de la salud y prevención de enfermedades que se irán incorporando progresivamente.

¿Se puede ir al médico al día siguiente de contratar la póliza de salud?

Sí, desde el primer día en que entra en vigor la póliza, excepto para algunos servicios que tienen periodo de carencia (ver apartado 6, “Periodos de carencia”).

¿Hay que solicitar autorización para acudir a las consultas de las especialidades médicas o quirúrgicas?

No. Las consultas de las especialidades médicas y quirúrgicas son de libre acceso en la “Red DKV de Servicios Sanitarios”, siempre que estén incluidas en el módulo contratado.

¿Y para acceder a la psicología clínica necesito autorización?

Sí, para acceder a esta especialidad, no médica, en la “Red DKV de Servicios Sanitarios” será necesario haber contratado el módulo de “Especialistas” y será preciso solicitar la correspondiente autorización.

¿Y para hacerme una mamografía o una ortopantomografía necesito autorización?

No, no necesita autorización. Sólo es necesaria la prescripción escrita de un médico incluido en la “Red DKV de Servicios Sanitarios”.

¿Cuándo se puede solicitar un servicio a domicilio?

Cuando, por el estado del enfermo, el desplazamiento a una consulta o centro hospitalario es médicamente desaconsejable.

También las visitas de ATS/DUE (practicantes) pueden ser a domicilio si así lo prescribe un médico de la “Red DKV de Servicios Sanitarios”.

¿Se cubren las enfermedades anteriores a la contratación de la póliza?

Por la naturaleza del contrato las enfermedades anteriores no están cubiertas, pero existe la posibilidad de cubrirlas mediante el pago de una sobreprima en algunos casos, por ejemplo asma alérgica.

¿Qué está cubierto en la especialidad de odontología?

En cualquier módulo de “DKV Modular” el seguro incluye las consultas, las extracciones, las curas estomatológicas, las fluorizaciones, las limpiezas de boca y la radiología dental asociada a estos tratamientos; pero sólo si se ha contratado el módulo de “Especialistas” quedan incluidos hasta los 14 años los selladores de fisuras y las obturaciones (empastes).

El resto de tratamientos dentales que no cubre el seguro se prestarán, con la participación del asegurado en su coste, a través del servicio bucodental (ver “Servicios adicionales”).

¿Cuántas limpiezas de boca cubre al año la póliza?

Las necesarias, siempre que sean prescritas por un médico de la “Red DKV de Servicios Sanitarios”.

¿Cubre “DKV Modular” los medicamentos?

Únicamente en el caso de ingreso o internamiento hospitalario, siempre que se haya contratado el módulo de “Hospitalización y cirugía”, con una excepción los medicamentos biológicos y biomateriales medicalizados no detallados en el apartado 4.7 “Prótesis quirúrgicas”.

¿Está cubierta la anestesia epidural en el parto?

Sí y también en cualquier otra intervención quirúrgica en la que esté indicada, si ha contratado el módulo de “Hospitalización y cirugía”.

¿Quedan cubiertas las intervenciones de miopía en “DKV Modular”?

Con la contratación de cualquier módulo, DKV Seguros ofrece la posibilidad de acceder al servicio de cirugía láser de la miopía, en todo el territorio nacional, a través de una red de centros oftalmológicos concertados por DKV Seguros.

¿Está cubierta la psicología clínica en “DKV Modular”?

Sí, queda cubierta en el módulo de “Especialistas” con carácter individual en régimen ambulatorio, previa prescripción de un médico psiquiatra o pediatra de la “Red DKV de Servicios Sanitarios”, practicada por un psicólogo concertado, y con la necesaria autorización de DKV Seguros.

Los asegurados pueden acceder a esta prestación en las siguientes patologías susceptibles de intervención psicológica, abonando el copago que se establezca para cada acto o sesión en la “Tabla de grupos de actos médicos y copagos” de las condiciones particulares y/o especiales de su póliza, hasta un límite máximo de 20 sesiones por asegurado y año natural, excepto en los trastornos alimentarios (anorexia/bulimia) que el límite anual es de 40 sesiones.

- › Enfermedades psiquiátricas: depresión, esquizofrenia y trastornos psicóticos.
- › Trastornos de conducta: neuróticos, de ansiedad, de personalidad y obsesivo compulsivos.
- › Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia.
- › Trastornos del sueño: enuresis, insomnio, sonambulismo y terrores nocturnos.
- › Trastornos de adaptación: estrés laboral y postraumático, duelo, divorcio, adolescencia, síndrome postvacacional, etc.
- › Trastornos del aprendizaje: hiperactividad y fracaso escolar.

En el caso de requerir más sesiones, DKV Seguros le ofrece la posibilidad de continuar las sesiones a un precio franquiciado, previa solicitud a DKV Seguros.

¿Y la planificación familiar?

Las técnicas de planificación familiar, que incluyen la ligadura de trompas, la oclusión tubárica histeroscópica y la vasectomía, están cubiertas si se ha suscrito el módulo de “Hospitalización y cirugía”.

En todos los casos, por tratarse de intervenciones quirúrgicas o precisar prótesis, se establece un periodo de carencia de seis meses.

Sin embargo, la implantación del DIU (**salvo el coste del dispositivo intrauterino**) está incluida con la contratación del módulo de “Especialistas”.

Si se produce una fractura durante la práctica deportiva, ¿queda cubierta la asistencia sanitaria?

Sí, siempre que tenga contratado el módulo asistencial correspondiente a la prestación sanitaria recibida y no se trate de una práctica profesional, de una competición oficial o que el deporte en cuestión esté definido como de alto riesgo.

¿Qué ocurre si en su provincia no existe nadie que pueda hacerle una prueba determinada?

DKV Seguros le facilitará el acceso al servicio en en la provincia que usted elija en la que existan los medios para realizar dicha prueba, siempre que esté incluida en el módulo o módulos suscritos.

¿Se cubre la asistencia en el extranjero?

Sólo en caso de urgencia por enfermedad o accidente, mediante una cobertura de asistencia en viaje complementaria, se garantiza la prestación de la asistencia médica en el extranjero hasta un máximo de 180 días por viaje o desplazamiento (ver Anexo I).

¿A qué número de teléfono debe llamar cuando está en el extranjero y se le presenta una urgencia médica?

Al número +34 91 379 04 34.

Le orientarán y le indicarán el centro médico al que acudir para recibir asistencia médica.

Ingresos hospitalarios

¿Qué debe hacerse en caso de ingreso hospitalario programado?

Si usted ha contratado el módulo de “Hospitalización y cirugía”, el ingreso debe ser solicitado por un médico de la “Red DKV de Servicios Sanitarios” y debe ser autorizado previamente por DKV Seguros (consulte en el apartado AUTORIZACIONES de “Respondemos a sus preguntas” que prestaciones sanitarias necesitan autorización previa).

Para ello, es necesaria la solicitud escrita de un médico que indique el motivo de dicho ingreso.

En caso de urgencia, ¿qué pasa si no hay un hospital concertado en la zona?

Si usted ha contratado el módulo de “Asistencia Médica Hospitalaria” en caso de urgencia vital podrá acudir a cualquier hospital, pero lo deberá comunicar a DKV Seguros dentro de las 72 horas siguientes al ingreso. Siempre que no exista contraindicación médica para ello, DKV Seguros podrá disponer la atención hospitalaria en un centro concertado, facilitando los medios de traslado oportunos.

En caso de hospitalización, ¿cuándo queda incluida la cama de acompañante?

La habitación individual con cama de acompañante está incluida en las coberturas del módulo de “Hospitalización”, salvo ingreso psiquiátrico, en U.V.I. o con incubadora.

Sugerencias y reclamaciones

¿Qué debe hacerse para presentar una sugerencia o una queja?

Puede presentarla por escrito en cualquiera de nuestras oficinas o enviarla al servicio de Atención al Cliente. Para ello, debe dirigirse al domicilio social de DKV Seguros: Torre DKV, Avenida María Zambrano 31, (50018 Zaragoza), teléfono: llamando a cualquiera de estos números 902 499 499 | 913 438 596 | 934 797 539, fax: 976 28 91 35; o remitirla por e-mail a la dirección de correo electrónico: defensacliente@dkvseguros.es.

Asimismo puede enviarla al Comisionado para la Defensa del Cliente de Servicios Financieros: Paseo de la Castellana 44, (28046 Madrid).

En este caso, es necesario haber reclamado previamente ante el servicio de Atención al Cliente de DKV Seguros. (Ver información más detallada sobre el procedimiento a seguir en el apartado “Cláusula preliminar”).

Plan de Vida Saludable: “Vive la Salud”

DKV Seguros pone a disposición de sus asegurados la posibilidad de acceder al **Plan de Vida Saludable: “Vive la Salud”** con el que busca fomentar actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a través de diversos programas específicos, disponibles a través de Internet y con apoyo de las líneas médicas telefónicas.

a) Los objetivos de estos programas son:

- › Adquirir estilos de vida saludables.
- › Afianzar los hábitos adecuados que ya tiene por costumbre.
- › Educar en la prevención de factores de riesgo de las enfermedades.
- › Enseñar a reconocer los síntomas precoces de cada enfermedad y las actuaciones necesarias en cada caso.
- › Disponer de un asesoramiento médico personalizado: definición de un plan de salud personalizado con unos objetivos de salud concretos y apoyo continuado para conseguirlos.
- › Facilitar las actividades preventivas eficaces.
- › Vivir en condiciones saludables y prevenir complicaciones si algún problema de salud ya está presente.

Para conseguirlos se dispone de las siguientes herramientas:

- › Información, formación y participación en eventos.
- › Herramientas online de evaluación, seguimiento y control.
- › Asesoramiento médico personalizado a distancia para cumplir los objetivos terapéuticos.

b) Los programas que se irán incorporando progresivamente son los siguientes:

1. Vida saludable. Dirigido a clientes que no presentan factores de riesgo cardiovascular y que quieren adquirir y mantener hábitos de vida saludable. El programa facilitará planes personalizados de alimentación y ejercicio.

2. Prevención cardiovascular. Dirigido a clientes que presenten algunos de los factores de riesgo cardiovascular más frecuentes: hipertensión arterial, colesterol, sedentarismo, tabaquismo, etc. El programa facilitará asesoramiento personalizado para mejorar el autocontrol y evitar complicaciones.

3. Embarazo y parto saludable.

Dirigido a todas las aseguradas mayores de edad que estén embarazadas. El programa pretende que todas las aseguradas de DKV Seguros gestantes dispongan de la información y asesoramiento específico sobre distintos aspectos relacionados con el embarazo, el parto y el posparto, con el objetivo de mejorar los conocimientos, las actitudes y las conductas que influyen positivamente en la evolución y los resultados del embarazo, el parto y el posparto, así como la atención al recién nacido.

4. Obesidad. Dirigido a clientes mayores de 18 años que presenten problemas de sobrepeso u obesidad. El objetivo del programa es la disminución de peso a través del asesoramiento de dietistas que marcarán unos objetivos y diseñarán dietas y ejercicio físico a medida para conseguirlos.

5. Obesidad infantil. Dirigido a clientes que sean padres de niños con problemas de sobrepeso u obesidad. El objetivo principal del programa es educar en la adquisición de hábitos de alimentación saludables, a través de materiales educativos preparados para niños y del asesoramiento personalizado de dietistas.

6. Escuela de padres. Con este programa se pretende conseguir un desarrollo adecuado del niño e inculcarle unos hábitos saludables de vida desde su nacimiento hasta la adolescencia. Ofrece a los padres información sobre los cuidados que necesita el bebé (alimentación, higiene, vacunas, prevención de accidentes, juegos, ropa, etc..) además de posibilitar el asesoramiento online sobre las distintas etapas del crecimiento o maduración de los hijos (infancia, pubertad y adolescencia) y un plan individualizado para que su hijo crezca saludable.

7. Prevención del cáncer de mama. Dirigido a mujeres que tengan 35 años o más. El objetivo del programa es prevenir el cáncer de mama de forma eficaz y detectarlo de la forma más precoz posible. El programa facilita asesoramiento personalizado y recomendaciones sobre las actividades preventivas más eficaces en función de las características personales de cada asegurada.

8. Prevención del cáncer de próstata. Dirigido a hombres que tengan 45 años o más. El objetivo del programa es prevenir el cáncer de próstata de forma eficaz y detectarlo de la forma más precoz posible. El programa facilita asesoramiento personalizado y recomendaciones sobre las actividades preventivas más eficaces en función de las características personales de cada asegurado.

9. Prevención del cáncer de cuello de útero:

El programa de prevención de cáncer de cuello de útero va dirigido a todas las mujeres de entre 18 y 65 años activas sexualmente, e incluye la realización de citologías vaginales periódicas, lo que permite detectar y tratar precozmente las lesiones displásicas, antes de que se conviertan en un cáncer.

10. Prevención del cáncer de colon:

El cáncer de colon es el tumor maligno de mayor incidencia en España.

Este programa de prevención va dirigido a la población general y especialmente a los mayores de 50 años, con antecedentes familiares de cáncer de colon, y ofrece a través de herramientas on line evaluar los factores de riesgo y ayudar a evitarlos. Dispone además de un equipo de profesionales expertos en prevención y hábitos saludables que proporcionan asesoramiento continuado e individualizado.

11. Prevención del ictus: El ictus o accidente cerebrovascular transitorio es actualmente en España la segunda causa de muerte, después de la enfermedad isquémica del corazón. Se define como el desarrollo súbito de alteraciones en la función cerebral, de duración superior a 24 horas, de causa vascular ya sea hemorrágica o isquémica. El programa de prevención del ictus va dirigido a la población adulta y en especial a la que presenta factores de riesgo o antecedentes de enfermedad cardiovascular (diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia u obesidad) poniendo a disposición de los asegurados herramientas on line para evaluar estos factores de riesgo y un equipo de profesionales expertos que le ayudarán a adquirir hábitos saludables mediante un programa de atención individualizado y continuado.

12. Prevención del estrés laboral: El programa va dirigido a todos aquellos que desempeñen una actividad laboral de forma genérica y sean conscientes de que hay una afectación de alguna de las diferentes esferas de realización de la persona (familiar, social, laboral) que les impide ser felices, o bien no han desarrollado estrés pero cuentan con varios factores de riesgo para el mismo.

c) Acceso:

El acceso a los mismos se realiza de forma exclusiva **a través de Internet en: www.programas.vivelasalud.com**

Puede tener más información acerca de los mismos **llamando a cualquiera de estos números de teléfono:**
902 499 499 | 913 438 596 |
934 797 539.

DKV Club Salud y Bienestar

La contratación del seguro de salud “DKV Modular” tanto en su modalidad individual como colectiva, permite al asegurado el acceso a los servicios adicionales del DKV Club Salud y Bienestar, distintos de la cobertura del seguro, descritos a continuación.

Los detalles para el acceso a estos servicios se incluyen en la página web www.dkvclubdesalud.com o pueden consultarse a través de los teléfonos de contacto indicados en el cuadro médico de DKV Seguros.

1. Servicios de e-salud

Asesoramiento médico a distancia

1.1 Asistencia 24 horas

Los asegurados de DKV Seguros disponen de un teléfono de asistencia 24 horas, atendido por personal médico y administrativo, especializado en la coordinación y activación de servicios de asistencia médica en el domicilio, en función del tipo de seguro contratado y la zona geográfica de residencia.

1.2 Médico DKV 24 horas

Este servicio facilita al asegurado de DKV Seguros asesoramiento médico telefónico, proporcionando información y resolviendo dudas sobre síntomas, pruebas diagnósticas, problemas de salud o medicamentos.

1.3 Línea médica pediátrica 24 horas

Este servicio facilita al asegurado de DKV Seguros asesoramiento médico telefónico por parte de médicos o especialistas en Pediatría, proporcionando información y resolviendo dudas sobre síntomas, pruebas diagnósticas o problemas de salud que presenten los asegurados menores de 14 años.

1.4 Línea médica obesidad infantil

Este servicio proporciona a los padres de niños/as asegurados en DKV Seguros asesoramiento telefónico, por parte de médicos o técnicos en dietética y nutrición, proporcionando estrategias y documentación médica sobre la prevención y tratamiento del sobrepeso y obesidad infantil.

1.5 Línea médica del embarazo

Este servicio facilita a la asegurada de DKV Seguros embarazada, asesoramiento médico telefónico, por parte de médicos o especialistas en Obstetricia, proporcionando información y resolviendo dudas sobre síntomas, pruebas diagnósticas, problemas de salud o medicamentos propios de la etapa de gestación.

1.6 Línea médica de la mujer

Este servicio facilita a la asegurada de DKV Seguros asesoramiento médico telefónico por parte de doctoras, proporcionando información y resolviendo dudas sobre síntomas, pruebas diagnósticas, problemas de salud o medicamentos propios de la salud de la mujer.

1.7 Línea médica deportiva

Este servicio facilita al asegurado de DKV Seguros asesoramiento telefónico, relacionado con Medicina del Deporte, atendido por especialistas en medicina deportiva, médicos o técnicos en nutrición, proporcionando información y resolviendo dudas sobre la prevención de lesiones, adecuación del ejercicio en la practica deportiva y asesoramiento en aquellas patologías que incluyen el ejercicio físico como parte del tratamiento prescrito por su médico.

1.8 Línea médica nutricional

Este servicio facilita al asegurado de DKV Seguros asesoramiento dietético telefónico, por parte de médicos o técnicos en dietética y nutrición, proporcionando información y resolviendo dudas sobre la prevención de la salud y el control dietético en patologías que incluyen la dietoterapia como parte del tratamiento prescrito por su médico.

1.9 Línea médica tropical

Este servicio facilita al asegurado de DKV Seguros asesoramiento médico a través del teléfono e Internet, proporcionando información y resolviendo dudas sobre síntomas, pruebas diagnósticas, problemas de salud, quimioprofilaxis o medicamentos propios de la especialidad.

1.10. Línea de atención psicoemocional

El asegurado puede realizar tres consultas al año de carácter psicológico, de treinta minutos cada una, y obtener orientación a través de un cualificado equipo de psicólogos que estudiarán cada caso de manera personalizada. Horario de 8:00 a 21:00 horas de lunes a viernes, y acceso previa cita.

1.11 Médico Virtual DKV

Asesoramiento médico por internet

Este servicio facilita al asegurado de DKV Seguros asesoramiento médico a través de la web (www.dkvseguros.com) y del correo electrónico, proporcionando información médica de Internet y resolviendo dudas sobre pruebas diagnósticas, problemas de salud o medicamentos.

Asesoramiento por enfermedad grave

1.12 Segunda opinión médica

Mediante este servicio gratuito, en caso de enfermedad grave, el asegurado o su médico tendrán acceso al asesoramiento y segunda opinión a distancia por parte de médicos especialistas de reconocido prestigio mundial.

Estos expertos estudiarán el historial médico y ofrecerán su opinión sobre el diagnóstico y las posibles alternativas de tratamiento.

1.13 Segunda opinión bioética

Mediante este servicio gratuito, en caso de enfermedad grave, el asegurado o su médico tendrán acceso al asesoramiento y segunda opinión de médicos expertos en bioética que de forma confidencial y a distancia estudiarán su historial médico y ofrecerán su opinión sobre los aspectos bioéticos de un tratamiento o una decisión médica delicada.

2. Servicio bucodental

Este servicio pone a disposición de los asegurados el acceso a los servicios odontológicos no cubiertos en su póliza en condiciones económicas ventajosas cuando acudan a las clínicas dentales incluidas en la “Red DKV de Servicios Sanitarios”.

En cada renovación del contrato de seguro, DKV Seguros podrá modificar los odontólogos de la “Red de Servicios Sanitarios”, las franquicias dentales y los servicios bucodentales incluidos.

3. Servicios adicionales premium

El asegurado podrá acceder, directamente o mediante bonos, y siempre asumiendo el coste, a la “Red de Servicios DKV Club Salud y Bienestar”, que le permitira disfrutar de distintos servicios adicionales relacionados con la promoción de la salud, la prevención, la estética, el cuidado personal, la reeducación y el bienestar físico y emocional, así como de servicios sanitarios de diversa índole, con unos descuentos y/o tarifas especiales inferiores a los precios de mercado.

Así, dependiendo del tipo servicio que se quiera utilizar en la “Red de Servicios DKV Club Salud y Bienestar”, se distinguen dos formas de acceso:

- › **Acceso directo al servicio:** el asegurado consulta en la web www.dkvclubdesalud.com las tarifas de los centros o profesionales disponibles, solicita cita directamente con el proveedor y, al llegar al centro, se identifica con su tarjeta o nº cliente de DKV Seguros, necesario para que el proveedor le aplique **la tarifa especial DKV Club Salud y Bienestar**. Finalmente, el asegurado paga el servicio al proveedor.
- › **Acceso con bono:** en otros casos sin embargo, para disfrutar de algunos servicios de la “**Red de Servicios DKV Club Salud y Bienestar**” es necesario adquirir un bono previamente. Se pueden obtener entrando en www.dkvclubdesalud.com, llamando al teléfono 902 499 150 o directamente en cualquier sucursal de DKV Seguros.

En cada renovación del contrato de seguro, DKV Seguros podrá modificar la “Red de Servicios DKV Club Salud y Bienestar”, los descuentos, las tarifas y los servicios incluidos en el DKV Club Salud y Bienestar, añadiendo otros nuevos o suprimiendo alguno de los ya existentes, con el fin de adaptarlos a la demanda asistencial de los asegurados.

3.1 Servicios de promoción de la salud

3.1.1 Servicios Wellness: balnearios y spas urbanos

DKV Seguros pone a disposición de los asegurados bonos descuento para acceder a tratamientos de balneoterapia, hidroterapia,

cinesiterapia, tratamientos de drenaje o reafirmantes, en condiciones económicas ventajosas.

Balneario: es un centro termal con posibilidad de estancia o alojamiento, para el reposo y tratamiento con aguas mineromedicinales declaradas de utilidad pública, cuya acción terapéutica esta contrastada y depende de su temperatura, presión, composición química, radioactividad, flora bacteriana y gases disueltos.

Spas urbanos: se caracterizan porque están situados en centros urbanos y, porque a diferencia de los balnearios, los clientes pasan en ellos solo unas pocas horas del día y no se alojan en ellos.

3.1.2 Gimnasios y fitness

Acceso mediante un bono a los gimnasios incluidos en la “Red de Servicios DKV Club Salud y Bienestar” en condiciones ventajosas.

3.1.3 Asesoramiento dietético nutricional

Acceso con una tarifa especial a una consulta de evaluación presencial y diseño de un plan dietético personalizado, así como el posterior seguimiento del mismo.

3.2 Servicios preventivos

3.2.1 Estudios genéticos predictivos

En indicaciones no cubiertas por el seguro, acceso a través de un bono descuento, a estudios que aportan información sobre el riesgo de una determinada persona de desarrollar una enfermedad genética específica. El análisis se realiza normalmente a través de una muestra de sangre, que se examina en el laboratorio de genética para determinar si hay cambios en el gen o genes relacionados con la enfermedad. Los estudios que se pueden realizar son: el test de cribado prenatal del ADN fetal en sangre materna, el test de riesgo cardiovascular, el perfil genético de la obesidad y las pruebas de paternidad entre otros.

3.2.2 Programa de deshabituación tabáquica

Acceso en condiciones económicamente ventajosas, mediante la adquisición de un bono, a un novedoso servicio para dejar de fumar mediante distintas técnicas.

3.2.3 Criopreservación en banco de células madre hematopoyéticas del cordón umbilical

El trasplante de células madre de sangre de cordón umbilical es actualmente un tratamiento habitual para muchas enfermedades graves (leucemias, linfomas, neuroblastomas, talasemia, etc.). Los asegurados que deseen

acceder al servicio, en condiciones económicamente ventajosas, pueden adquirir un bono que comprende la recolección, el transporte, los análisis preliminares y la conservación de las células madre del cordón umbilical de sus hijos desde el nacimiento en un banco privado por un periodo de 20 años (con posibilidad de extensión).

3.2.4 Criopreservación en banco de las células madre mesenquimales del tejido adiposo

Este novedoso servicio permite, tras realizar una miniliposucción, la opción de criopreservar las células madre adultas derivadas del tejido adiposo, que tienen un alto potencial terapéutico para su aplicación futura en medicina regenerativa y cirugía estética. Las células madre mesenquimales (CMM) son células adultas multipotentes de gran plasticidad, capaces de diferenciarse en diversos linajes celulares para regenerar tejidos destruidos o dañados, como sucede en el tratamiento de las cicatrices de quemaduras extensas, úlceras limboconiales y fracturas óseas que no consolidan.

3.2.5 Estudio biomecánico de la marcha

Este servicio facilita el acceso de los asegurados, con un bono descuento, a una red concertada de centros podológicos especializados en el diseño y fabricación de plantillas totalmente personalizadas, y revisiones de seguimiento y garantía.

3.3 Servicios médicos cosméticos o estéticos

3.3.1 Cirugía refractiva láser de la miopía, hipermetropía y astigmatismo

DKV Seguros pone a disposición de los asegurados, mediante la adquisición de un bono descuento, una red especial de clínicas oftalmológicas especializadas en el tratamiento láser de los defectos de refracción (miopía, hipermetropía y astigmatismo) en condiciones económicas ventajosas.

3.3.2 Cirugía de la presbicia

La presbicia, conocida como vista cansada, es un defecto visual que suele aparecer sobre los cuarenta o cuarenta y cinco años y que consiste en la disminución de la capacidad de acomodación del ojo con disminución de la visión cercana. DKV Seguros facilita a sus asegurados el acceso a una red de centros oftalmológicos especializados en la corrección quirúrgica de este defecto visual, mediante la implantación de lentes intraoculares, adquiriendo un bono con condiciones económicamente ventajosas.

3.3.3 Medicina y cirugía estética

Incluye el acceso con un bono descuento a una consulta y un amplio abanico de tratamientos faciales y corporales no invasivos (peelings, manchas, drenaje linfático, reafirmantes, etc..) y quirúrgicos como la mamoplastia, abdominoplastia, etc... en condiciones económicamente ventajosas.

3.4 Servicios sanitarios complementarios

3.4.1 Tratamiento de reproducción asistida

DKV Seguros permite acceder a sus asegurados, mediante la adquisición de un bono descuento, a una red de clínicas especializadas en el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, con las más avanzadas técnicas de reproducción asistida, como la fecundación in vitro, inseminación artificial, transferencia de embriones, y/o la criopreservación de los ovocitos, el esperma y los embriones en su caso.

3.4.2 Terapias alternativas

DKV Seguros pone a disposición de los asegurados dentro de la “Red de Servicios DKV Club Salud y Bienestar” una red de médicos homeópatas, acupuntores y diplomados en osteopatía y quiromasaje con tarifas especiales por consulta o sesión.

3.4.2.1 Homeopatía: técnica terapéutica basada en una observación clínica completa, que conduce a la prescripción de medicamentos homeopáticos, en dosis mínimas, muy diluidas o infinitesimales, basándose en el fenómeno de la similitud.

3.4.2.2 Acupuntura: técnica terapéutica de la medicina tradicional china que tiene por objeto restaurar la salud mediante la inserción y manipulación de agujas en el cuerpo.

3.4.2.3 Osteopatía o quiromasaje: terapia física o manual, complementaria a la medicina alopática o convencional, dirigida al tratamiento de las disfunciones músculo-esqueléticas que cursan con dolor a nivel de la columna vertebral y de las extremidades.

3.4.3 Psicología

Acceso a los psicólogos de la “Red de Servicios DKV Club Salud y Bienestar” con tarifas especiales, para la realización de test psicológicos o psicométricos y/o sesiones de psicoterapia, **cuando se haya superado el límite anual máximo por asegurado y año establecido en las condiciones generales del seguro.**

3.4.4 Consultas médicas de especialidades y medios de diagnóstico y/o tratamiento ambulatorio

Si no se ha contratado el módulo de especialistas, podrá acceder previa identificación con su tarjeta Medi-Card a las tarifas especiales del DKV Club Salud y Bienestar para aquellos servicios no cubiertos en su modalidad de seguro (ver detalle entrando en www.dkvclubdesalud.com)

3.5 Servicios de autocuidado personal

3.5.1 Salud auditiva

Facilita la realización de un chequeo auditivo, mediante la adquisición de un bono descuento, en la red de centros auditivos DKV Club Salud y Bienestar y la compra de audífonos en condiciones económicamente ventajosas.

3.5.2 Salud capilar

Este servicio facilita el acceso con un bono descuento a un método de diagnóstico personalizado, que incluye la colocación de prótesis capilares o pelucas en pacientes de oncología y los tratamientos más avanzados para evitar la pérdida progresiva del cabello o alopecia, como la colocación de microinjertos capilares o implantes.

3.5.3 Servicio de óptica

El asegurado mediante la adquisición de un bono puede obtener descuentos importantes en la red de ópticas DKV Club Salud y Bienestar para la compra de gafas (monturas y cristales) lentes de contacto y sus líquidos de higiene o limpieza.

3.5.4 Servicio de ortopedia

Permite el acceso a la compra de cualquier dispositivo ortoprotésico a precios muy competitivos con un bono de descuento.

3.5.5 Parafarmacia on line

El asegurado puede acceder, previa adquisición de un bono de descuento, a la compra en condiciones económicas ventajosas de productos de parafarmacia (cosméticos, protectores solares, repelentes de insectos, etc...) que sin ser medicamentos, contribuyen de forma activa al bienestar y la salud de las personas.

3.6 Servicios de reeducación o rehabilitación

3.6.1 Terapia de reeducación para la recuperación de los trastornos de la fonación, del habla o lenguaje

DKV Seguros pone a disposición de los asegurados un servicio de logopedia con tarifas especiales por sesión, para el tratamiento de las alteraciones de la fonación, el habla o el lenguaje, en indicaciones no incluidas por el seguro (trastornos del neurodesarrollo, del aprendizaje, dislexia, dislalia, disfemia, etc.).

3.6.2 Terapias de la apnea obstructiva del sueño

Este servicio posibilita la compra en condiciones económicamente ventajosas de dispositivos de ventilación domiciliaria, con un bono de descuento, para el CPAP (Presión nasal Positiva y Continua de las vías respiratorias) o BiPAP (Presión Positiva de dos niveles en la vía aéreas). Estos dispositivos permiten suministrar aire a presión continua positiva prefijada durante el sueño y en el domicilio, a pacientes con una hipersomnia diurna limitante de su actividad y/o con factores de riesgo asociados (hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y riesgo por su actividad de accidentes de tráfico). Asimismo se puede acceder al tratamiento con férulas de apnea intraorales.

3.6.3 Programa de entrenamiento o reeducación o del suelo pélvico

La asegurada también podrá acceder al programa de entrenamiento o reeducación pelviperineal Kit Birdi, basado en los ejercicios de Kegel, con un bono descuento del DKV Club Salud y Bienestar. A través del móvil o PC/ Tablet, se monitoriza y registra la actividad de los músculos del suelo pélvico en un portal web para que la propia usuaria y/o el médico realicen el seguimiento.

4. Centro de atención telefónica

Consultas, información y autorizaciones

Los asegurados de DKV Seguros disponen de un servicio de atención telefónica en el que pueden informarse sobre el cuadro médico, solicitar autorizaciones, contratar pólizas o servicios de la compañía, formular sugerencias o realizar prácticamente cualquier gestión sin la necesidad de desplazarse hasta una oficina.

Condiciones generales

1.

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 y Reaseguros S.A.E., (en adelante DKV Seguros), 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 los siguientes documentos:

- › Solicitud de seguro.
- › Declaración de salud.
- › Condiciones generales.
- › Condiciones particulares.
- › Condiciones especiales (solo aquellos casos que corresponda).
- › Suplementos o apéndices.

Las transcripciones o referencias a leyes no requieren aceptación expresa, pues ya son de obligado cumplimiento.

Para resolver los conflictos que puedan surgir con DKV Seguros, los tomadores del seguro, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o personas a las que se derivan los derechos de cualquiera de ellos, podrán presentar su reclamación ante las siguientes instancias:

En cualquiera de las oficinas de DKV Seguros o ante el Servicio de Atención al Cliente de DKV Seguros.

Las reclamaciones pueden enviarse por correo o telefax a la dirección: Torre DKV, Avenida María Zambrano 31, 50018 Zaragoza, por teléfono llamando a cualquiera de estos números 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 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 Comisionado para la Defensa del Cliente de Servicios Financieros, con domicilio en el P.º 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.

2.

Conceptos básicos. definiciones

A los efectos de este contrato se entiende por:

A

Accidente

Toda lesión corporal sufrida durante la vigencia de la póliza, que se haya documentado derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intención del asegurado, que produzca invalidez temporal o permanente o muerte.

Además, tendrán consideración de accidentes:

- › La asfixia o lesiones a consecuencia de gases o vapores, inmersión o sumersión o por ingestión de materias líquidas o sólidas no alimenticias.
- › Las infecciones a consecuencia de un accidente.
- › Los desgarros y distensiones musculares a consecuencia de un esfuerzo súbito.
- › Las lesiones producidas en legítima defensa o en salvamento de personas o bienes.

- › Las lesiones a consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos motivados por un accidente cubierto por la póliza.

No se considerarán accidentes:

- › Las enfermedades de cualquier naturaleza.
- › Las intervenciones u operaciones practicadas por el asegurado sobre sí mismo.
- › Las lesiones derivadas de radiaciones ionizantes de todo tipo, incluso las resultantes de la modificación del núcleo atómico.

Accidente de circulación

El sufrido por el asegurado como peatón, usuario de transportes públicos, líneas aéreas regulares o chárter, conductor de un automóvil o pasajero del mismo, conductor de bicicleta o ciclomotor, cuando se encuentre circulando por cualquier clase de vía pública o camino particular abierto al público.

Alta tecnología médica

Se refiere a las nuevas aplicaciones de la electrónica, la informática, la robótica y la bioingeniería en el campo de la medicina, especialmente en las tecnologías de diagnóstico y tratamiento médico. Estas técnicas se caracterizan por un alto coste de inversión, necesidad de personal especializado, y estar sujetas a los informes de las agencias de evaluación de las tecnologías sanitarias (AETS) para contrastar si su seguridad y efectividad en las distintas indicaciones es de suficiente magnitud como para reemplazar a la tecnología existente.

Antiangiogénico

Medicamento biológico que actúa sobre el factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF) esencial para la formación de nuevos vasos sanguíneos (angiogénesis) inhibiendo su crecimiento.

Asegurado

Es la persona objeto del seguro contratado.

Asegurador

DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E.

Asistencia médica completa

Comprende todas las especialidades y prestaciones sanitarias incluidas en el seguro en los módulos de asistencia primaria, asistencia por especialistas y medios complementarios de diagnóstico y tratamiento, y de asistencia hospitalaria y cirugía.

Asistencia médica extrahospitalaria

Es la asistencia médica diagnóstica y/o terapéutica en régimen ambulatorio que se presta en consultorios médicos, en el domicilio del paciente, y/o en un hospital o clínica habitualmente sin pernoctación y que genera una estancia de duración inferior a 24 horas (p.ej. box de urgencias, hospital de día, etc.).

La cirugía mayor ambulatoria no se incluye en este concepto.

Asistencia médica hospitalaria

La asistencia hospitalaria u hospitalización es la que se presta en un centro hospitalario en régimen de internamiento durante un mínimo de 24 horas, para el tratamiento médico o quirúrgico del asegurado.

Asistencia neonatal

Todo proceso hospitalario médico o quirúrgico que afecta a un recién nacido durante sus primeras cuatro semanas de vida (28 días).

B

Beneficiario/seguro de accidentes

La persona física o jurídica que tiene derecho a la indemnización, previa cesión del asegurado. En las garantías de “Invalidez”, el beneficiario es el propio asegurado.

Biomaterial

Aquellos materiales, naturales (biológicos de origen animal o humano) o artificiales (hechos por el hombre), utilizados en la fabricación de dispositivos o productos sanitarios que interactúan con los sistemas biológicos y que se aplican en diversas especialidades de la medicina.

C

Cirugía mayor ambulatoria

Toda aquella intervención quirúrgica realizada en quirófano con anestesia general, local, regional o sedación, que requiere cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración, por lo que no precisa ingreso hospitalario y el paciente puede ser dado de alta pocas horas después de la intervención.

Cirugía menor ambulatoria

Atención sanitaria de procesos que requieren procedimientos quirúrgicos u otras intervenciones sencillas, que se realiza en consulta, en tejidos superficiales y precisa, generalmente, anestesia local. Las técnicas más utilizadas son la exéresis quirúrgica y la crioterapia.

Cirugía radical u oncológica

Procedimiento quirúrgico tras un diagnóstico oncológico, en la mama u otro tipo de órganos.

Cirugía robótica o asistida por ordenador

Se denomina cirugía robótica, guiada por imágenes o asistida por ordenador, a las maniobras quirúrgicas que realiza un robot siguiendo las instrucciones de un cirujano y guiado por un sistema laparoscópico telerrobotizado, y/o a la asistida por un sistema informatizado de realidad virtual o navegador con imágenes en 3D obtenidas por ordenador.

Citostático

Medicamento citotóxico se emplea en quimioterapia oncológica que es capaz de detener el desarrollo del cáncer actuando directamente sobre la integridad de las cadenas de ácido desoxirribonucleico (ADN) y la mitosis celular, inhibiendo la multiplicación celular normal, tanto de las células sanas como de las tumorales. Se incluyen en éste subgrupo terapéutico, por su mecanismo de acción: los agentes alquilantes, los antimetabolitos, los alcaloides de plantas y otros productos naturales, los antibióticos citotóxicos, los compuestos de platino y las metilhidrazidas.

Cláusula limitativa

Acuerdo establecido en el contrato de seguro, mediante el cual se limita el alcance de la garantía o la deja sin efecto cuando concurre alguna circunstancia de riesgo.

Condición de salud preexistente

Aquel estado o condición de la salud, no necesariamente patológica (por ejemplo, embarazo o gestación) que se inicia con **anterioridad a la fecha de inclusión** del asegurado en la póliza.

Copago

Importe prefijado por cada acto médico que el tomador y/o asegurado asume por la utilización de la “Red DKV de Servicios Sanitarios” y que se detalla en la “Tabla de grupos de actos médicos y copagos” de las condiciones particulares y/o especiales de la póliza.

Cuestionario o declaración de salud

Formulario de preguntas, que forma parte del contrato de seguro, facilitado por DKV Seguros al tomador y/o asegurado, que tiene por objeto determinar su estado de salud y conocer las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y en la contratación del seguro.

D

Derechohabiente

Persona que deriva un derecho en otra.

Dolo

Engaño, fraude, voluntad maliciosa y desleal en el cumplimiento de las obligaciones recogidas en un contrato.

E

Edad actuarial

Es la edad de cada asegurado en su cumpleaños más próximo, aunque no se haya alcanzado, tomando como referencia la fecha de efecto o de prórroga de la póliza.

Enfermedad o lesión

Toda alteración del estado de salud contraída durante la vigencia de la póliza, que no sea consecuencia de accidente y cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido en la localidad o país donde preste sus servicios.

Enfermedad, lesión, defecto o deformación congénita

Es aquélla que existe en el momento del nacimiento, como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación hasta el mismo momento del nacimiento.

Una afección congénita puede manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento o bien ser descubierta más tarde, en cualquier periodo de la vida del individuo.

G

Guía clínica N.I.C.E.

El Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE) es un organismo público sin ánimo de lucro creado en 1999, perteneciente al Departamento de Salud del Reino Unido, **responsable de proporcionar información y orientación al personal relacionado con el sector de la salud** sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades, **así como de hacer recomendaciones basadas en la evidencia científica disponible sobre la utilidad terapéutica (seguridad y coste-efectividad) de determinadas tecnologías de la salud y medicamentos (incluidos radiofármacos y antitumorales u oncológicos)**. Las guías de práctica clínica de la NICE son de reconocido prestigio mundial y las más ampliamente desarrolladas, por ello han sido seleccionadas como **guía de referencia para evaluar con criterios de eficiencia la quimioterapia y radioterapia oncológica**, por estar basadas sus recomendaciones en artículos con el más alto nivel de evidencia, y no en publicaciones de grupos de expertos, ni en ninguna otra conveniencia.

H

Honorarios médico-quirúrgicos

Honorarios profesionales derivados de intervención quirúrgica y/o ingreso médico hospitalario.

Se incluyen los del médico cirujano, los de sus ayudantes, anestesistas, comadrona y los estrictamente inevitables del personal médico que se necesite en la intervención o asistencia médica realizada.

Hospital o clínica

Todo establecimiento público o privado, legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades, lesiones o accidentes, provisto de presencia médica permanente y de los medios necesarios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas.

Hospitalización médica o quirúrgica

Ingreso hospitalario necesario para recibir tratamiento médico o quirúrgico.

Comprende los gastos generados durante el internamiento hospitalario, los honorarios médicos derivados del tratamiento médico-quirúrgico realizado y las prótesis en su caso.

Hospitalización de carácter social y/o familiar

Es el ingreso o la prolongación de la estancia en un hospital por causas no relacionadas con patologías médicas objetivas, a juicio de un médico de DKV Seguros, sino por cuestiones de carácter social y/o familiar. Tales casos no quedan cubiertos por la póliza.

I

Implante

Producto sanitario diseñado para ser insertado total o parcialmente en el cuerpo humano mediante intervención quirúrgica o técnica especial, con finalidad diagnóstica, terapéutica y/o estética, y destinado a permanecer allí después de dicha intervención.

Indisputabilidad de la póliza

Beneficio incluido en el contrato, que surge a partir del año de su formalización o de la inclusión de nuevos asegurados, por el cual DKV Seguros asume la cobertura de toda enfermedad preexistente, siempre que el asegurado no la conociera y no la omitiera intencionadamente en el cuestionario de salud.

Inhibidor enzimático y/o molecular

Medicamentos biológicos dirigidos que actúan sobre una diana terapéutica, intra o extracelular, inhibiendo la generación y transmisión de señales en la vía de crecimiento celular. En este subgrupo terapéutico se incluyen inhibidores de la transcripción enzimática a distintos niveles (ej. inhibidores de la protein quinasa, de la tirosin quinasa, de los proteosomas, etc.).

Inmunoterapia o terapia biológica

La inmunoterapia o terapia biológica (a veces también llamada bioterapia o terapia modificadora de la respuesta biológica) se basa en modificar, estimular o restaurar la capacidad del sistema inmunitario para luchar

contra el cáncer, las infecciones y otras enfermedades. Asimismo, se usa para disminuir ciertos efectos secundarios que pueden causar algunos tratamientos oncológicos. Las sustancias o medicamentos utilizados en la inmunoterapia antitumoral son: los agentes inmunomoduladores no específicos, los interferones, las interleuquinas, los factores de crecimiento o estimulantes de colonias, los anticuerpos monoclonales o los agentes antitumorales antígeno-específicos, las terapias con citoquinas y las vacunas.

Intervención quirúrgica

Toda operación con fines diagnósticos o terapéuticos, realizada mediante incisión u otra vía de abordaje interno, efectuada por un cirujano o equipo quirúrgico que, normalmente, requiere la utilización de un quirófano en un centro sanitario autorizado.

M

Material biológico o sintético

También llamada prótesis biológica que, implantada mediante técnica especial, sustituye, regenera o complementa un órgano o su función.

Se incluyen en este concepto los trasplantes de células con fines regenerativos.

Material de osteosíntesis

Pieza o elemento de cualquier naturaleza, empleado para la unión de los extremos de un hueso fracturado o para soldar extremos articulares.

Material ortopédico u ortesis

Productos sanitarios de uso externo, permanente o temporal, que adaptados individualmente al paciente, se destinan a modificar las condiciones estructurales o funcionales del sistema neuromuscular o esquelético, sin que su implantación requiera nunca una intervención quirúrgica.

Medicina regenerativa

Incluye técnicas de regeneración tisular, celular o molecular, los implantes o trasplantes de células madre y la ingeniería de tejidos.

Médico

Licenciado o Doctor en Medicina, legalmente capacitado y autorizado para ejercer la medicina y tratar médica o quirúrgicamente la enfermedad, dolencia o lesión que padezca el asegurado.

Medios ajenos

Facultativos y centros no incluidos en la “Red DKV de Servicios Sanitarios”.

Medios propios

Facultativos y centros incluidos en la “Red DKV de Servicios Sanitarios”.

P

Parto prematuro o pretérmino

Se considera parto prematuro o pretérmino aquel que sucede después de la semana veinte y antes de la semana treinta y siete de la gestación, siempre que el embarazo no se hubiera iniciado y pudiese ser conocido por el asegurado antes de la fecha de inclusión en la póliza.

Periodo de carencia

Es el intervalo de tiempo, contado a partir de la fecha de efecto del seguro, durante el cual no son efectivas algunas de las coberturas incluidas dentro de las garantías de la póliza.

Póliza

Es el contrato de seguro. Documento que contiene las condiciones generales, las particulares, las especiales y los suplementos o apéndices que se añadan a la misma, para completarla o modificarla.

La solicitud de seguro y la declaración de salud forman también parte de la póliza.

Preexistencia

Es aquella condición de la salud (por ejemplo, embarazo o gestación), alteración o trastorno orgánico que existe con anterioridad al momento de la contratación o alta en el seguro y que normalmente es percibida por signos o síntomas, independientemente de que exista un diagnóstico médico.

Prima

Es el precio del seguro. El recibo contendrá además los recargos e impuestos que sean de aplicación por Ley.

Prótesis quirúrgica

Productos sanitarios permanentes o temporales que en caso de ausencia, defecto o anomalía de un órgano o una estructura corporal sustituyen o restituyen, total o parcialmente, su función fisiológica.

Psicología clínica

Rama o especialidad de la Psicología, que se ocupa del tratamiento y rehabilitación de las anomalías y trastornos del comportamiento humano.

Psicólogo clínico

Licenciado en Psicología especializado en Psicología Clínica.

Psicoterapia

Método de tratamiento que se efectúa a una persona que padece un conflicto psíquico, por indicación o prescripción de un psiquiatra.

R

Radioterapia de intensidad modulada (IMRT)

Es un tipo de radioterapia conformada tridimensional que usa imágenes creadas por un ordenador, mediante programas informáticos de planificación inversa, para mostrar el tamaño y la forma de un tumor, y dirigir los haces

de radiación de un acelerador lineal multiláminas en diferentes ángulos y con distinta intensidad hacia el tumor, concentrando la máxima intensidad en el mismo, y limitando la dosis que reciben los tejidos sanos adyacentes. También se llama RIM.

Radioterapia helicoidal o tomoterapia

La radioterapia helicoidal guiada por imagen en tiempo real, también llamada tomoterapia, integra el TAC y un acelerador lineal multiláminas binario (64 láminas) en un mismo equipo. Es una modalidad avanzada de radioterapia que permite antes de administrar la radiación obtener una imagen tridimensional del tumor (3-D) y enfocar la radiación en el tumor desde muchas direcciones distintas, al girar la fuente de radiación de la máquina alrededor del paciente en forma de espiral. También se llama tomoterapia helicoidal.

“Red DKV de Servicios Sanitarios”

Conjunto de profesionales y establecimientos sanitarios concertados por DKV Seguros en todo el territorio nacional.

Rehabilitación

Todos aquellos actos prescritos por un médico traumatólogo, neurólogo, reumatólogo o rehabilitador y realizados por un médico rehabilitador o por un fisioterapeuta en un centro específico de rehabilitación, destinados a restituir la funcionalidad de aquellas partes del aparato locomotor afectadas por las consecuencias de una enfermedad o accidente originado durante la vigencia de la póliza.

Rehabilitación cardiaca

El conjunto de actividades necesarias para recuperar, tras un infarto agudo de miocardio, un nivel funcional óptimo desde el punto de vista físico.

Regla proporcional

Consiste en adecuar en caso de siniestro la indemnización que se recibe a la prima pagada. Se utiliza cuando el tomador del seguro, al omitir datos de carácter personal relevantes, abona una prima inferior a la que le correspondería en caso de haberlos indicado. Así, en caso de siniestro, si no hay dolo o culpa grave por parte del tomador o asegurado, la indemnización se reduce en la misma proporción que la prima que DKV Seguros ha dejado de percibir por dicha omisión.

S

Seguro modalidad individual

A efectos de la contratación, se considera que el seguro es de modalidad individual cuando incluye un mínimo de una persona asegurada y un máximo de nueve, unidas por un vínculo diferente al interés asegurador, habitualmente ser familiares de primer grado (el titular, su cónyuge o pareja de hecho y sus hijos no emancipados menores de 30 años convivientes en la misma residencia familiar), y cuya cobertura en ningún caso se realiza mediante adhesión obligatoria (colectivo cerrado) o voluntaria (colectivos abiertos o cofinanciados) a unas condiciones de contratación y/o contrato único previamente acordados por DKV Seguros y un colectivo contratante.

Seguro modalidad colectiva

A efectos de la contratación, se considera que un seguro es de modalidad colectiva cuando incluye un mínimo de diez personas unidas por un vínculo, diferente al interés asegurador, que cumplan las condiciones legales de asegurabilidad, y cuya cobertura se realiza mediante adhesión obligatoria (colectivo cerrado) o voluntaria (colectivos abiertos o cofinanciados) a unas condiciones de contratación y/o contrato único previamente acordado por DKV Seguros y el colectivo contratante.

Sobreprima

Cantidad adicional o prima complementaria que se abona por la cobertura de un riesgo excluido en las condiciones generales.

Solicitud de seguro

El cuestionario, facilitado por DKV Seguros, en el que el tomador del seguro describe el riesgo que desea asegurar, con todas las circunstancias que conoce y que pueden influir en la valoración de dicho riesgo.

Suma asegurada

Es la cantidad de dinero que se fija en cada una de las coberturas de la póliza y que representa el límite máximo de la indemnización en cada siniestro.

T

Terapia génica o genética

Es el proceso que permite el tratamiento de las enfermedades hereditarias, del cáncer, las infecciones y otras enfermedades, mediante la modificación del genoma celular.

La terapia génica consiste en insertar, mediante distintos vectores, material genético en una célula diana para obtener un efecto terapéutico (síntesis de una proteína de interés, compensar un déficit genético, estimular la respuesta inmune contra un tumor o la resistencia a la infección producida por un virus).

Titular/seguro de accidentes

Persona que suscribe las garantías de muerte e invalidez en el seguro complementario de accidentes.

Tomador del seguro

La persona física o jurídica que suscribe este contrato con DKV Seguros y, con ello, acepta las obligaciones que en él se establecen, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el asegurado.

U

Unidad de cuidados especiales

Servicio o área especialmente equipada de un hospital, donde se concentra personal médico y de enfermería especializado en realizar unos determinados tratamientos.

Unidad del dolor

Servicio médico especializado en el tratamiento del dolor crónico.

Urgencia vital

Es aquella situación que requiere atención médica inmediata e inaplazable (en pocas horas), dado que un retraso en la misma puede derivar en un compromiso para la vida o daño irreparable en la integridad física del paciente.

3.

Modalidad y extensión del seguro

3.1 Objeto del seguro

Por esta póliza, el asegurador, DKV Seguros, dentro de los límites fijados en estas condiciones y de los que se establecen en las condiciones particulares y especiales y/o en el cuestionario de declaración del riesgo, cubre la asistencia médico-quirúrgica y hospitalaria en toda clase de enfermedades o lesiones comprendidas en las especialidades que figuran en la descripción de las coberturas de la póliza, previo cobro de la prima correspondiente.

Los avances diagnósticos y terapéuticos que se vayan produciendo en la ciencia médica en el periodo de cobertura de este seguro, solo podrán pasar a formar parte de las coberturas de la póliza, cuando:

- 1. Los estudios de validación de su seguridad y efectividad sean ratificados**, mediante un informe positivo, por las Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias dependientes de los Servicios de Salud de las CC.AA. o del Ministerio de Sanidad.

- 2. Queden incluidos expresamente en el apartado 4** “Descripción de las coberturas” de las condiciones generales.

En cada renovación de esta póliza, DKV Seguros detallará las técnicas o tratamientos que pasan a formar parte de las coberturas de la póliza para el siguiente periodo.

3.2 Modalidad del seguro

“DKV Modular” es un seguro de salud cuyas coberturas se estructuran escalonadamente, de menor a mayor grado de complejidad asistencial, en tres módulos que se pueden contratar por separado o conjuntamente:

1. Módulo de asistencia primaria.
2. Módulo de asistencia por especialistas y medios complementarios de diagnóstico y tratamiento.
3. Módulo de asistencia médico-hospitalaria y cirugía.

Se puede incluir un seguro complementario de accidentes y decesos para el titular de la póliza, que garantiza el pago de una indemnización por los accidentes que pueda sufrir:

1. Un capital en caso de muerte e invalidez permanente total.
2. Una renta temporal, durante 36 meses, por muerte o invalidez permanente total, tras accidente de circulación.
3. Un capital adicional para gastos de sepelio por fallecimiento del titular, tanto por enfermedad como por accidente.

Los módulos de asistencia médica de “DKV Modular” se pueden contratar libremente por separado o en diferentes combinaciones, para adaptarlos a las necesidades del asegurado.

El seguro “DKV Modular” proporciona asistencia médica y quirúrgica de ámbito nacional a través de la “Red DKV de Servicios Sanitarios”, en toda clase de enfermedades o lesiones, en las especialidades especificadas en la descripción de las coberturas de los módulos contratados.

El seguro se basa en la libre elección de los médicos y centros hospitalarios, entre los detallados en la “Red DKV de Servicios Sanitarios”, siempre que su especialidad esté incluida en el módulo contratado.

Cuando en alguna población no exista alguno de los servicios comprendidos en el contrato, será facilitado en la localidad donde éste pueda realizarse, a elección del asegurado.

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.

La modalidad de prestación es la recogida en el artículo 105 párrafo 1º Ley de Contrato de Seguro – abono de gastos sanitarios–, sin asumir directamente la prestación de los servicios que se practica por profesionales y centros cualificados. En caso de defectuosa praxis médica u hospitalaria el asegurado se obliga a plantear acciones exclusivamente contra los profesionales o centros intervinientes directamente en la prestación y sus respectivas aseguradoras de responsabilidad civil, con renuncia de acciones frente a DKV Seguros.

La modalidad del seguro y determinadas coberturas varían en función del tipo de suscripción realizada por el asegurado. Hay dos modalidades a efectos de contratación, el seguro modalidad individual con acceso a unas coberturas exclusivas de esta modalidad (ver Anexo II) y el seguro modalidad colectiva sin acceso a las mismas.

Forma parte de la normativa de uso de este seguro el pago por parte del asegurado de unos determinados copagos, que le permitirán acceder a determinadas prestaciones.

En ningún caso se concederán indemnizaciones en metálico en sustitución de la prestación de servicios de asistencia sanitaria.

3.3 Acceso a las coberturas

DKV Seguros entregará al tomador del seguro la tarjeta DKV Medi-Card®, de uso personal e intransferible, como elemento identificativo para cada beneficiario e información sobre la “Red DKV de Servicios Sanitarios” con el detalle de los servicios concertados –profesionales sanitarios, centros diagnósticos, centros hospitalarios, servicios de urgencia y servicios complementarios– así como sus direcciones y horarios de consulta.

En la “Red DKV de Servicios Sanitarios” el asegurado abona una cantidad por cada acto médico realizado (ver apartado “Respondemos a sus preguntas” - Tarjeta DKV Medi-Card®).

Los servicios cubiertos por la póliza, en sus diferentes módulos, pueden ser de libre acceso o precisar autorización previa de DKV Seguros.

Con carácter general, son de libre acceso las consultas de asistencia primaria, las especialidades médicas y quirúrgicas, las consultas de urgencia y las pruebas diagnósticas básicas.

Requieren autorización los ingresos hospitalarios, intervenciones quirúrgicas, prótesis e implantes quirúrgicos, sesiones de psicoterapia, programas o chequeos preventivos, traslados en ambulancia, actos terapéuticos y las pruebas diagnósticas complejas, que se detallan en la “Red DKV de Servicios Sanitarios”.

Para acreditar ante cualquier facultativo o centro de la “Red DKV de Servicios Sanitarios” su condición de asegurado, deberá presentar la tarjeta DKV Medi-Card®.

Igualmente estará obligado a mostrar su Documento Nacional de Identidad o, en su caso, documento oficial identificativo (pasaporte, NIE, etc.) si le fuese requerido por el personal sanitario o auxiliar.

DKV Seguros emitirá las correspondientes autorizaciones para acceder a las prestaciones, con la prescripción escrita de un médico de la “Red DKV de Servicios Sanitarios” y tras las oportunas comprobaciones administrativas, salvo que entendiéndose que se trata de una prestación no cubierta por el módulo o módulos contratados de la póliza.

Para emitir las autorizaciones, tramitar los siniestros, informar sobre servicios adicionales y/o gestionar planes de prevención y promoción de la salud, DKV Seguros está autorizada a recabar información médica relacionada con las prescripciones, directamente del facultativo y/o centro sanitario, o podrá solicitar al asegurado un informe médico adicional en el que consten los antecedentes, los factores de riesgo, el diagnóstico y la necesidad de tratamiento.

No obstante lo establecido en los párrafos anteriores, en los casos de urgencia será suficiente la orden del médico de la “Red DKV de Servicios Sanitarios”, siempre que el asegurado o persona en su nombre notifique el hecho de manera probada a DKV Seguros y obtenga su confirmación y autorización dentro de las 72 horas siguientes al ingreso en la institución hospitalaria o a la prestación del servicio asistencial.

En los supuestos de urgencia vital, DKV Seguros quedará vinculado económicamente hasta el momento en que manifieste sus reparos a la orden del médico, cuando entienda que la póliza no cubre el acto médico o la hospitalización.

Las autorizaciones se pueden solicitar por teléfono, en el Centro de Atención Telefónica, llamando a cualquiera de estos números de 902 499 499 | 913 438 596 | 934 797 539, por fax (902 499 000), a través de la web www.dkvseguros.com o en cualquiera de las oficinas de DKV Seguros.

3.4 Asistencia en medios ajenos a la “Red DKV de Servicios Sanitarios”

DKV Seguros no se hace responsable de los honorarios de facultativos ajenos a la “Red DKV de Servicios Sanitarios” ni de los gastos de internamiento y de servicios que dichos profesionales pudieran ordenar.

DKV Seguros tampoco se responsabiliza de los gastos de internamiento ni de los servicios originados en centros públicos o privados no concertados por la entidad, y que no están incluidos en la “Red DKV de Servicios Sanitarios”, cualquiera que sea el facultativo prescriptor o realizador de los mismos.

En los casos de urgencia vital, cuyo concepto se define en este documento, y autorización expresa de la compañía, DKV Seguros asumirá los gastos médico-asistenciales ocasionados en centros ajenos a la “Red DKV de Servicios Sanitarios”, siempre que la prestación recibida esté incluida en el módulo o módulos contratados.

El asegurado deberá comunicarlo a DKV Seguros de manera probada, en el plazo de las 72 horas siguientes al ingreso o inicio de la prestación asistencial.

Siempre que la situación clínica del paciente lo permita, éste será trasladado a uno de los centros de la “Red DKV de Servicios Sanitarios”.

Para la asistencia en el extranjero, todos los módulos del seguro “DKV Modular” incluyen una cobertura de asistencia en viaje, a la que se accede llamando al número de teléfono +34 91 379 04 34.

3.5 Cláusula de subrogación o de cesión de derechos

Una vez prestado el servicio, DKV Seguros podrá ejercer los derechos y acciones que, debido al siniestro causado, correspondan al asegurado frente a las personas responsables del mismo, hasta el límite de la indemnización pagada.

El asegurado está obligado a suscribir a favor de DKV Seguros los documentos necesarios para facilitar la subrogación.

Este derecho de subrogación no podrá ejercerse contra el cónyuge del asegurado ni contra otros familiares hasta el tercer grado civil de consanguinidad ni contra el padre adoptante o hijo adoptivo, que convivan con el asegurado.

4.

Descripción de las coberturas

Las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios a los que da derecho este contrato, en función del módulo contratado y que se detallan en el apartado 7 “Prestaciones según módulo o módulos de asistencia contratados”, son los siguientes:

4.1 Asistencia primaria

Medicina general: asistencia médica en consulta y en domicilio, y la prescripción de medios de diagnósticos básicos.

Pediatría y puericultura: comprende la asistencia de niños de hasta 14 años de edad, en consulta y en domicilio, y la prescripción de medios diagnósticos básicos.

Quedan incluidos los análisis clínicos básicos de sangre (excluidas las pruebas hormonales, inmunológicas, genéticas y biológico moleculares), el de orina y la radiología simple convencional (sin contraste).

Servicio de enfermería (inyectables y curas): servicio de Asistente Técnico Sanitario o Diplomado Universitario de Enfermería (ATS/DUE) que se prestará en consultorio y en domicilio, previa petición escrita del médico que asista al asegurado.

Servicio de ambulancias: para los casos de necesidad urgente, comprende los traslados terrestres desde el lugar en el que se encuentre el asegurado hasta el hospital de la “Red DKV de Servicios Sanitarios” que le corresponda según la modalidad de seguro contratada más próximo donde se pueda efectuar el tratamiento y viceversa, siempre y cuando concurren especiales circunstancias de imposibilidad física que le impidan la utilización de los servicios ordinarios de transporte (servicios públicos, taxi o vehículo particular).

También se incluyen los traslados en incubadora.

En todos los casos será necesaria la prescripción escrita de un médico de la “Red DKV de Servicios Sanitarios” con un informe que indique la necesidad del traslado asistido.

4.2 Urgencias

Servicio de Urgencias Permanentes: para requerir asistencia sanitaria en casos de urgencia, se deberá acudir a cualquiera de los centros que constan indicados para este fin en la “Red DKV de Servicios Sanitarios”.

En el caso de tener contratado el módulo de “Asistencia médica hospitalaria” y haber acudido por urgencia vital a un centro de urgencias ajeno a la “Red DKV de Servicios Sanitarios”, el asegurado o persona en su nombre deberá comunicarlo dentro de las 72 horas siguientes al ingreso, de manera probada.

Siempre que no exista contraindicación médica para ello, DKV Seguros podrá dirigir la cobertura a un centro concertado, poniendo los medios de traslado oportunos.

4.3 Especialidades médicas y quirúrgicas

Alergia e inmunología: las vacunas serán a cargo del asegurado.

Anestesiología y reanimación: incluida la anestesia epidural.

Angiología y cirugía vascular.

Aparato digestivo.

Cardiología y aparato circulatorio: incluye la rehabilitación cardíaca tras infarto agudo de miocardio.

Cirugía cardiovascular.

Cirugía general y digestiva: incluida la cirugía bariátrica cuando el índice de masa corporal es igual o mayor que cuarenta (obesidad mórbida), en centros de referencia nacional concertados.

Cirugía oral y maxilofacial.

Cirugía pediátrica.

Cirugía plástica y reparadora: comprende las intervenciones quirúrgicas para restablecer lesiones, esencialmente mediante plastias e injertos.

Está excluida la cirugía plástica con fines estéticos, excepto cuando haya una:

- 1. Reconstrucción oncoplástica de la mama tras cirugía radical y, si fuera necesario durante el mismo proceso quirúrgico remodelación de la mama sana contralateral (límite máximo, un año después de la cirugía oncológica).** Incluirá la prótesis mamaria, los expansores de piel y las mallas de recubrimiento mamario.
- 2. Mamoplastia de reducción en mujeres mayores de 18 años con gigantomastia (más de 1500 gramos o ml. de volumen en cada mama):** una distancia del pezón a la horquilla esternal de más de 32 cm, extirpación mínima 1000 gr por mama, y un índice de masa corporal igual o menor a 30.

Cirugía torácica: incluida la simpatectomía por hiperhidrosis (tratamiento de la sudoración excesiva).

Cirugía vascular periférica: incluye el uso del láser endoluminal en quirófano para el tratamiento de las varices, salvo lo detallado en el apartado 5.f (“Coberturas excluidas”) de las condiciones generales.

Dermatología médico-quirúrgica: incluye la fototerapia ambulatoria con radiación ultravioleta B de banda estrecha (UVB-BE) en las indicaciones señaladas en el apartado 4.5 (“Métodos terapéuticos”) de las condiciones generales.

Endocrinología y nutrición.

Geriatría.

Ginecología: comprende el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la mujer. Quedan cubiertas la revisión ginecológica anual, la planificación familiar, el uso del láser quirúrgico (CO₂, Erbio y diodo) y el diagnóstico de la infertilidad y esterilidad.

Los tratamientos de reproducción asistida serán a cargo del asegurado (ver apartado “Servicios adicionales”).

Hematología y hemoterapia.

Matronas: ATS o DUE titulado en la especialidad de asistencia auxiliar al parto.

Medicina interna.

Medicina nuclear.

Nefrología.

Neonatología.

Neumología – Aparato respiratorio: incluye la terapia domiciliar en el síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS) severo (ver apartado 4.5 “Métodos terapéuticos” de estas condiciones generales).

Neurocirugía.

Neurología.

Obstetricia: comprende la vigilancia del embarazo y la asistencia al parto.

Se incluye el “triple screening” o EBA-Screening (test combinado del primer trimestre) y la amniocentesis o la biopsia de córion con la obtención del cariotipo cromosómico, para el diagnóstico de las anomalías fetales. **El test genético de cribado prenatal en sangre materna para trisomía 21 (Down) 18 (Edwards) y 13 (Patau) únicamente queda cubierto en embarazos de alto riesgo**, por gestación múltiple y antecedentes de abortos repetidos (dos o más) de causa desconocida, **y cuando el test combinado del primer trimestre es positivo** (con riesgo de anomalía en el feto superior a 1/250).

Odontostomatología: en “DKV Modular” en cualquiera de sus módulos: el seguro incluye las consultas, las extracciones, las curas estomatológicas, las limpiezas de boca y la radiología dental asociada.

En el módulo de “Especialistas” quedan cubiertos además hasta los 14 años, los selladores de fisuras y las obturaciones (empastes).

El resto de tratamientos dentales que no cubre el seguro se prestarán, con la participación del asegurado en su coste, a través del Servicio Bucodental (ver apartado “Servicios adicionales”).

Oftalmología: incluye la técnica de Cross-linking o entrecruzamiento corneal, los trasplantes de córnea y el uso del láser quirúrgico, excepto para la corrección de los defectos de refracción visual (miopía, hipermetropía y astigmatismo) y de la presbicia **que serán a cargo del asegurado** (ver apartado “Servicios adicionales”).

Oncología: incluye el análisis molecular intraoperatorio del ganglio centinela en el cáncer de mama en estadio temprano, sin extensión linfática, mediante la técnica OSNA.

Otorrinolaringología: incluye la adenomigdaloplastia y la cirugía de los cornetes nasales o turbinoplastia por radiofrecuencia, y el uso del láser en quirófano **excepto en la cirugía del roncadador, apnea obstructiva del sueño o uvulopalatofaringoplastia.**

Proctología: incluye el uso del láser quirúrgico para el tratamiento de la patología rectal y hemorroidal.

Psiquiatría: principalmente tratamientos neurobiológicos.

Rehabilitación: dirigida por un médico poseedor del título de la especialidad, auxiliado por fisioterapeutas, para restituir la funcionalidad de aquellas partes del aparato locomotor lesionadas por una enfermedad o accidente, y realizado en un centro idóneo para tal fin.

Se considera un centro idóneo o específico de rehabilitación, aquel que esta habilitado para ejercer su actividad sanitaria mediante la correspondiente autorización administrativa y esté inscrito en el registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la comunidad autónoma respectiva.

Reumatología.

Traumatología: incluye cirugía artroscópica, nucleotomía percutánea y quimionucleosis.

Urología: incluye el uso del láser quirúrgico de holmio en la patología endourológica litiásica, estenótica o tumoral, y del láser verde (KTP y HPS) de diodo, holmio o tulio para el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata en centros de referencia nacional; la rehabilitación del suelo pélvico por incontinencia urinaria, la vasectomía, así como el estudio y diagnóstico de la infertilidad y esterilidad masculina.

4.4 Medios de diagnóstico

Deben ser prescritos por un médico de la “Red DKV de Servicios Sanitarios” e indicar el motivo de la exploración. Quedan incluidos los medios de contraste.

Análisis clínicos, anatomía patológica y citopatología.

Radiodiagnóstico: incluye las técnicas habituales de diagnóstico por la imagen, como radiología general, tomografía axial computerizada (TAC), resonancia nuclear magnética (RNM) y densitometría ósea.

Endoscopias: digestivas, diagnósticas y/o terapéuticas.

Cápsula endoscópica: se incluye para el diagnóstico de la hemorragia y/o sangrado intestinal de origen desconocido u oculto.

Fibrobronoscopias: diagnósticas y/o terapéuticas.

Diagnóstico cardiológico: electrocardiograma, pruebas de esfuerzo, ecocardiograma, holter, doppler y hemodinámica.

Incluye además tomografía coronaria multicorte (TC 64) y la espectografía cardiaca (SPECT miocárdico) tras infarto agudo de miocardio y en postoperados de patologías cardíacas.

Neurofisiología: electroencefalograma, electromiograma, etc.

Unidad del Sueño: polisomnografía en procesos patológicos, previa petición de un médico especialista.

Radiología intervencionista o invasora vascular y visceral.

Tomografía de coherencia óptica (OCT): en diagnóstico oftalmológico, según protocolos de práctica clínica comúnmente aceptados.

Alta tecnología diagnóstica: En la “Red DKV de Servicios Sanitarios” se facilitará en centros de referencia nacional.

a) Incluye la angiogramografía computerizada (AngioTC) multicorte y angiorrresonancia (AngioRM) para el diagnóstico de la patología vascular arterial y venosa cerebral y abdominal, el seguimiento y control de la integridad de las prótesis vasculares, evaluación de las dilataciones arteriales o aneurismas, las malformaciones vasculares y coartaciones independientemente de su localización.

b) La artrografía por resonancia magnética (ArthroRM) en patología osteocondral y tendinosa de difícil diagnóstico, la colangiografía por resonancia magnética (CRM) y la colangio-pancreatografía por resonancia magnética (CPRM) para la exclusión de la coledocolitiasis en colecistectomizados, y de la patología oncológica en vías biliares y pancreáticas.

c) La tomografía por emisión de positrones (PET) sólo o combinada con la tomografía computerizada (PET-TC), la tomografía de fotón único (Espectrografía - SPECT), la gammagrafía y la espectroscopia por RM o RMN de alta resolución o campo (3 teslas): en diagnóstico oncológico y/o epilepsia refractaria al tratamiento médico, según protocolos de práctica clínica comúnmente aceptados.

d) Pruebas genéticas y de biología molecular: quedan cubiertas con la prescripción de un médico, siempre que tengan repercusión en el tratamiento de una enfermedad en curso, o sean necesarias para la obtención de un diagnóstico diferencial que no pueda confirmarse por otros medios, según los criterios establecidos por las agencias de evaluación (AETS).

e) La ecobroncoscopia (EBUS) o ecografía endobronquial en el diagnóstico de **patología oncológica adyacente al árbol bronquial** (en pulmón y mediastino) **no accesible por otros medios**, y en caso necesario su biopsia.

f) La ecoendoscopia digestiva (USE) sectorial o radial en la evaluación de lesiones submucosas, **localización de tumores neuroendocrinos, e identificación y estadificación del cáncer digestivo y biliopancreático**, así como de su recidiva extraluminal.

4.5 Métodos terapéuticos

Aerosolterapia, oxigenoterapia y ventiloterapia, en patología pulmonar o respiratoria, únicamente en régimen de hospitalización y en el domicilio.

La medicación será a cargo del asegurado.

Analgesias y tratamientos del dolor: quedan cubiertos los tratamientos realizados por unidades especializadas en estas técnicas, **con las limitaciones en cuanto a la cobertura de la medicación en régimen ambulatorio, que se establecen en estas condiciones generales (ver apartado 5.x. “Coberturas excluidas”)**.

Fototerapia ultravioleta B de banda estrecha (UVB-BE): en centros de referencia concertados de la “Red DKV de Servicios Sanitarios” a nivel nacional, para el tratamiento de la **psoriasis extensa** (más del 20% de la superficie corporal afectada) y las **dermatosis**

inflamatorias crónicas pruriginosas idiopáticas de gran extensión (tronco y extremidades), **cuando no haya sido efectivo el tratamiento farmacológico. Existe un límite máximo anual de 35 sesiones por asegurado.**

Terapia domiciliaria del Síndrome de Apnea-Hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS) severo: mediante dispositivos mecánicos generadores de aire a presión (CPAP o BiPAP) en las vías aéreas superiores, **hasta un límite máximo de diez sesiones por asegurado y año, cuando el índice de apnea-hipopnea por hora (IAH) sea superior a 30.** Incluye la polisomnografía de titulación de dosis para ajustar el dispositivo y alcanzar el nivel de tratamiento adecuado.

Radioterapia: incluye el acelerador lineal de electrones, la cobaltoterapia, la radionecrocirugía estereotáxica intracraneal, la radioterapia de intensidad modulada (IMRT), y **los isótopos radioactivos cuya utilidad diagnóstica o terapéutica esté avalada por la EMA (agencia europea del medicamento) y la guía clínica NICE.**

Asimismo queda cubierta la radioterapia guiada por imágenes tridimensionales en tiempo real (IGRT) y la tomoterapia helicoidal (THel) **en los tumores pediátricos, de próstata localizados, pulmón, columna vertebral, cabeza y cuello.**

Braquiterapia: para el tratamiento del cáncer de próstata y ginecológico, genital y de mama.

Diálisis y hemodiálisis: se prestará este servicio, tanto en régimen ambulatorio como de internado, exclusivamente para el tratamiento durante los días precisos, de las insuficiencias renales agudas.

Quedan expresamente excluidas las afecciones crónicas.

Podología: tratamientos de quiropodia.

Trasplantes: de córnea, corazón, hígado, médula ósea y riñón.

Quedan cubiertos todos los gastos derivados de la implantación del órgano así como las pruebas de histocompatibilidad.

Se excluyen la extracción, transporte y conservación del órgano a trasplantar. El trasplante de córnea se cubre íntegramente.

Injertos: quedan cubiertos los autoinjertos de piel y hueso, y los aloinjertos de hueso, tendones y ligamentos obtenidos de los bancos de huesos y tejidos.

Transfusiones de sangre y/o plasma, en régimen de hospitalización.

Fisioterapia: será necesaria la prescripción escrita de un médico rehabilitador, traumatólogo, reumatólogo o neurólogo y se efectuará por diplomados en Fisioterapia, para restituir las funciones recuperables del aparato locomotor, en un centro idóneo o específico de rehabilitación que cumpla los requisitos indicados en el apartado 4.3, epígrafe de Rehabilitación.

Laserterapia y magnetoterapia, como técnicas de rehabilitación.

Litotricia renal y vesicular con ondas de choque extracorpóreas.

Litotricia músculo esquelética (3 sesiones máximo por proceso) en centros de referencia concertados de la “Red DKV de Servicios Sanitarios” a nivel nacional, en las pseudoartrosis, osteonecrosis y tendinitis crónicas de inserción (de más de 3 meses de evolución) del hombro, codo, cadera, rotula, talón y planta del pie, cuando no haya sido efectivo el tratamiento médico y/o rehabilitador.

Alta tecnología terapéutica:

En la “Red DKV de Servicios Sanitarios” se facilitará en centros de referencia nacional.

a) Ablación cardiaca por radiofrecuencia guiada por el sistema de navegación o mapeo Carto (3D) o cartografía auricular electroanatómica no fluoroscópica, en las indicaciones siguientes:

- › El aislamiento circunferencial de las venas pulmonares, cuando hay **fibrilación auricular paroxística muy sintomática (con tres o más episodios al año)** y la edad del asegurado sea inferior a 70 años.
- › **La fibrilación auricular persistente (más de un año) sintomática refractaria a los fármacos antiarrítmicos** (2 o más fármacos antiarrítmicos, incluyendo la amiodarona), siempre que no haya

comorbilidad (p.ej. hipertensión arterial, sdm. apnea del sueño...) y el tamaño de la aurícula izquierda sea menor de 5 centímetros.

- > **Las arritmias auriculares o ventriculares asociadas con cardiopatías congénitas.**
- > **Las arritmias auriculares complejas, sin cardiopatía estructural, cuando no han sido efectivos al menos dos tratamientos de ablación anteriores guiados con los sistemas radiológicos convencionales.**

b) **Terapia de entrecruzamiento**

o Cross-linking corneal: en las fases iniciales del queratocono, y en las ectasias corneales degenerativas o traumáticas, salvo cuando son consecuencia de la cirugía correctiva láser de los defectos de visión (excluida de la cobertura del seguro).

c) Cirugía asistida por neuronavegadores (3D) intracraneal y tumoral espinal. Sistema informatizado de digitalización de imágenes para guiar en tiempo real al cirujano en las intervenciones neurológicas complejas o de alto riesgo.

d) Sistema de monitorización neurofisiológica intraoperatoria (MNIO) del sistema nervioso en la cirugía intracraneal y de fusión o artrodesis de tres niveles o más de la columna vertebral. Sistema de vigilancia mejora la seguridad quirúrgica de los pacientes y facilita el trabajo de los neurocirujanos.

Logopedia y foniatría: tratamiento de las alteraciones de la voz causadas por afecciones de origen orgánico.

Quimioterapia oncológica: se facilitará la medicación citostática antitumoral que pueda precisar el enfermo, y en su caso el reservorio implantable de perfusión endovenosa, tanto en régimen ambulatorio, en hospital de día, como durante el internamiento hospitalario, siempre que sea prescrita por el médico de la especialidad que se ocupa de su tratamiento.

En lo que se refiere a medicamentos, DKV Seguros cubrirá los gastos de los **fármacos específicamente citostáticos** que se expenden en el mercado nacional, siempre que estén autorizados por el Ministerio de Sanidad y se detallen en “Citostático” apartado 2 “Conceptos básicos. Definiciones”, así como de las **instilaciones endovesicales** con BCG, y los **medicamentos paliativos** sin efecto antitumoral que se administren de forma simultánea en la misma sesión de tratamiento junto a los citostáticos, para evitar sus efectos adversos o secundarios y/o controlar los síntomas de la enfermedad.

4.6 Asistencia hospitalaria

La asistencia hospitalaria se realizará en clínicas u hospitales, previa prescripción escrita de un médico de la “Red DKV de Servicios Sanitarios” y con la correspondiente autorización.

Comprende los gastos generados durante el internamiento hospitalario y los honorarios médicos o quirúrgicos derivados de los tratamientos realizados.

Además se incluyen específicamente:

- › Los tratamientos oncológicos: radioterapia, braquiterapia y quimioterapia.
- › Método o técnica OSNA: análisis molecular intraoperatorio del ganglio centinela en el cáncer de mama en estadio temprano, sin extensión linfática.
- › La litotricia renal, vesicular y músculo-esquelética.
- › La diálisis y hemodiálisis.
- › Cirugía de los Grupos II al VIII de la Organización Médica Colegial (OMC), realizada exclusivamente en un centro hospitalario.
- › La cirugía mayor ambulatoria.
- › La radiología intervencionista o invasora vascular y visceral.
- › Las técnicas de planificación familiar: ligadura de trompas, vasectomía y la oclusión tubárica histeroscópica.
- › La radioneurocirugía estereotáxica intracraneal.
- › La cirugía artroscópica.
- › La cirugía de cornetes o turbinoplastia y la adenoamigdaloplastia por radiofrecuencia.
- › El láser quirúrgico en ginecología, oftalmología, proctología, cirugía vascular periférica y otorrinolaringología.
- › El láser holmio endourológico y el láser verde (KTP y HPS) de diodo, holmio o tulio para el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata.
- › La nucleotomía percutánea y la quimionucleosis.
- › Alta tecnología terapéutica: el sistema Carto de ablación por radiofrecuencia, la terapia de entrecruzamiento corneal, la cirugía asistida por neuronavegadores intracraneal y tumoral espinal, y la monitorización neurofisiológica intraoperatoria en la cirugía intracraneal y de fusión o artrodesis de la columna de tres niveles o más.
- › Las prótesis quirúrgicas.
- › La indemnización diaria por hospitalización.

En el internamiento hospitalario queda incluida la utilización de habitación individual convencional con aseo y cama para el acompañante (excepto en la hospitalización psiquiátrica, en U.V.I. e incubadora), manutención del paciente, gastos generales de enfermería, unidad de cuidados especiales, medios complementarios de diagnóstico, tratamientos, material, gastos de quirófano, sala de partos, productos anestésicos, medicamentos y los implantes de materiales biológicos y/o biomateriales con objeto terapéutico que se detallan en el apartado 4.7 “Prótesis quirúrgicas” de las condiciones generales. **Quedan expresamente excluidos los medicamentos biológicos o biomateriales medicamentosos no detallados en el citado apartado 4.7. y las terapias del apartado 5.r “Coberturas excluidas”**

Asimismo, según el tratamiento o la asistencia hospitalaria prestada se diferencia:

1. Hospitalización médica

(sin intervención quirúrgica). Incluye las distintas especialidades médicas para el diagnóstico y/o tratamiento de las patologías médicas susceptibles de ingreso, en personas mayores de 14 años.

2. Hospitalización quirúrgica. Incluye las especialidades quirúrgicas para el tratamiento de las patologías que así lo requieran, el estudio preoperatorio o preanestésico (consulta, analítica y electrocardiograma), las visitas y curas del postoperatorio inmediato (hasta dos meses después de la cirugía), la cirugía mayor ambulatoria y, en su caso, las prótesis.

3. Hospitalización obstétrica.

Incluye el tratamiento del ginecólogo obstetra y/o la comadrona en ingreso hospitalario durante el proceso de embarazo y/o parto; y el nido y/o la incubadora para el recién nacido durante su internamiento hospitalario, hasta un máximo de 28 días.

4. Hospitalización pediátrica (para personas menores de 14 años). Incluye la asistencia del médico pediatra tanto en la hospitalización convencional, como en incubadora.

5. Hospitalización psiquiátrica.

Incluye la asistencia del médico psiquiatra. Sólo se cubrirá en caso de brotes agudos. La estancia queda limitada a un periodo máximo de 60 días por año natural.

6. Hospitalización en Unidad de Vigilancia Intensiva. Incluye la asistencia del médico intensivista.

7. Hospitalización por diálisis y riñón artificial. Incluye la asistencia médica del nefrólogo o el internista. Exclusivamente para el tratamiento de las insuficiencias renales agudas, durante los días necesarios.

4.7 Coberturas complementarias

Medicina preventiva. Incluye los siguientes programas específicos, según protocolos comúnmente aceptados:

1. Programa de Salud Infantil.

Comprende:

- > > La gimnasia y preparación psicoprofiláctica al parto con clases prácticas y teóricas de puericultura, y la rehabilitación preventiva del suelo pélvico postparto en centros de referencia concertados de la “Red DKV de Servicios Sanitarios”, **con un límite máximo de tres sesiones cubiertas por proceso y asegurada.**
- > Los exámenes de salud del recién nacido, incluyendo pruebas de cribado metabólicas (fenilcetonuria e hipotiroidismo primario congénito), las Otoemisiones Acústicas (OEA) o screening auditivo neonatal para la detección precoz de la hipoacusia, el test de agudeza visual y la ecografía neonatal.

- › El programa de vacunación infantil obligatorio en España, en centros de referencia vacunales concertados, siempre que estén autorizados por las comunidades autónomas.
- › Los controles de salud en las edades claves del desarrollo infantil, durante los cuatro primeros años.

2. Programa de detección precoz del cáncer ginecológico en la mujer.

Incluye:

- › Exámenes periódicos dirigidos al diagnóstico precoz de neoplasias de mama y de cuello uterino.
- › Revisión ginecológica anual, que incluirá consulta de revisión, colposcopia, citología, ecografía ginecológica y mamografía, según protocolos comúnmente aceptados.
- › Test HPV (ADN-HPV) para diagnosticar la infección del virus del papiloma humano en mujeres con citología cervico-vaginal patológica (clasificación de Bethesda) y tras conización, e identificar y tratar precozmente aquellas lesiones cervicales con mayor riesgo de transformación oncológica.

3. Programa de prevención del riesgo coronario.

Incluye:

- › **Chequeo médico o cardiológico básico anual**, consistente en consulta de revisión, analítica básica de sangre y orina, radiografía de tórax y electrocardiograma.

- › **Chequeo cardiológico completo cada tres años**, en centros de referencia concertados, que comprende historia clínica, exploración física cardiológica, analítica específica y preventiva de la ateromatosis (hemograma, ionograma, colesterol, triglicéridos, homocisteína, glucemia, uremia, uricemia, calcemia, tasa protombina y plaquetas) electrocardiograma de reposo y esfuerzo y un ecocardiograma.

4. Programa de prevención del cáncer de piel.

Incluye:

- › Consulta y revisión de los cambios de tamaño, color y forma de los nevus displásicos o atípicos.
- › **Microscopia por epiluminiscencia digitalizada o dermatoscopia**, para el diagnóstico precoz del melanoma:
 1. **En población de riesgo:** con múltiples nevus atípicos (>100) o diagnosticados del síndrome del nevus displásico familiar, antecedentes personales o familiares (de primer y segundo grado) de melanoma, o portadores de mutaciones genéticas asociadas.

2. **En chequeo dermatológico cada tres años:** para el control y seguimiento de las lesiones congénitas, pigmentadas o de riesgo cutáneas.

5. Programa de prevención del cáncer colorrectal en población de riesgo con antecedentes.

Incluye:

- > Consulta médica y exploración física.
- > Test específico para detectar sangre oculta en heces.
- > Colonoscopia, en caso necesario.

6. Programa de prevención del cáncer de próstata para hombres mayores de 45 años.

Incluye:

- > Consulta médica y exploración física.
- > Análisis de sangre y orina, con determinación del antígeno prostático específico.
- > Ecografía transrectal y/o biopsia prostática, en caso necesario.

7. Programa de Salud Bucodental.

Desde la infancia para la prevención de la caries, de la enfermedad periodontal y los problemas de malposición o maloclusión dentaria.

Incluye:

- > Consulta odontológica y exploración del estado de salud bucodental.
- > Corrección de hábitos alimenticios.
- > Implantación de higiene bucodental adecuada.
- > Fluorización tópica.
- > Selladores de fisuras y obturaciones (empastes) hasta los 14 años.
- > Tartrectomías o limpiezas de boca, cuando sean necesarias.

Psicología clínica. Incluye sesiones de psicoterapia de carácter individual en régimen ambulatorio, previa prescripción de un médico psiquiatra o pediatra de la “Red DKV de Servicios Sanitarios”, practicadas por un psicólogo concertado y con la necesaria autorización de DKV Seguros.

Los asegurados pueden acceder a esta prestación en las siguientes patologías susceptibles de intervención psicológica, abonando el copago que se establezca para cada acto o sesión en la “Tabla de grupos de actos médicos y copagos” de las condiciones particulares y/o especiales de su póliza, hasta un límite máximo de 20 sesiones por asegurado y año natural, excepto en el caso de la terapia derivada de trastornos de conducta alimentarios (anorexia/bulimia) que tendrá un límite máximo anual de 40 sesiones.

- > Enfermedades psiquiátricas: depresión, esquizofrenia y trastornos psicóticos.
- > Trastornos de conducta: neuróticos, de ansiedad, de personalidad y obsesivo compulsivos.
- > Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia.
- > Trastornos del sueño: enuresis, insomnio, sonambulismo y terrores nocturnos.
- > Trastornos de adaptación: estrés laboral y postraumático, duelo, divorcio, adolescencia, síndrome postvacacional, etc.
- > Trastornos del aprendizaje: hiperactividad y fracaso escolar.

Planificación familiar. Incluye los siguientes servicios:

- › Implantación del DIU. **El coste del dispositivo intrauterino será a cargo del asegurado.**
- › Ligadura de trompas.
- › Oclusión tubárica histeroscópica, con las limitaciones en cuanto a la cobertura del material protésico que se establecen en estas condiciones generales (ver apartado “Prótesis quirúrgicas”).
- › Vasectomía.

Prótesis quirúrgicas: queda incluida en la cobertura de la póliza la prescripción y colocación de las prótesis articulares (hombro, cadera, rodilla, tobillo y pie), vasculares y cardíacas (válvulas cardíacas, by-pass vasculares, stent, sistemas oclusores septales, marcapasos temporales y definitivos, desfibrilador automático) prótesis helicoidal intratubárica, las prótesis internas traumatológicas (barras, placas metálicas de fijación interna y tornillos) las cajas o espaciadores intersomáticos en la cirugía de fusión o artródesis de la columna vertebral, y los implantes de materiales biológicos y/o biomateriales con objeto terapéutico que se detallan a continuación:

- › Selladores, colas o pegamentos biológicos: en la cirugía oncológica.
- › Gel Barrera antiadhesiva o antiadherente: en la cirugía columna y en reintervenciones quirúrgicas de las distintas especialidades.

- › Sustitutos de los injertos óseos: cementos óseos y matriz ósea desmineralizada regenerativa en cirugía de columna y articular (cadera, rodilla y pie).
- › Plastias biológicas: Biomatriz o malla reabsorbible en sustitución de la duramadre en la cirugía intracraneal o espinal tumoral, y del pericardio en la cirugía cardíaca.
- › Anclajes articulares: incluye biomateriales de alta resistencia (PPLA y PEEK) para la fijación ligamentaria de las grandes articulaciones (hombro, rodilla, cadera, codo y tobillo) en la cirugía artroscópica mínimamente invasiva de las extremidades.

Además incluye el material de osteosíntesis, las mallas quirúrgicas en reparación de los defectos de la pared abdominal, las bandas suburetrales y mallas de contención del suelo pélvico en la cirugía de la incontinencia urinaria y del prolapso de los órganos pélvicos, las válvulas para hidrocefalia, las fijaciones externas extraesqueléticas, la lente intraocular monofocal neutra (sin corrección visual añadida) en la catarata, la prótesis testicular por orquidectomía tras proceso oncológico o accidente, los expansores de piel, la prótesis de mama y la malla de recubrimiento mamario únicamente en reconstrucción tras cirugía radical.

Es necesario suscribir el módulo de “Asistencia Médica Hospitalaria” para tener cubiertas las prótesis quirúrgicas e implantes detallados con anterioridad, hasta un límite máximo de 12.000 euros por asegurado y año.

Indemnización diaria por hospitalización. DKV Seguros indemniza con 50 euros por día, a partir del tercer día de ingreso hospitalario, y hasta un máximo de 1.500 euros por asegurado y año, siempre que se cumplan dos requisitos:

- › La hospitalización sea objeto de cobertura por el seguro.
- › Ninguno de los gastos derivados de la hospitalización haya sido a cargo de DKV Seguros.

4.8 Coberturas exclusivas

Sólo la contratación del seguro “DKV Modular” de asistencia médica completa en su modalidad individual permite al asegurado acceder a las garantías adicionales siguientes:

1. Reembolso de los gastos de asistencia médica en el extranjero para enfermedades graves.
2. Reembolso de los gastos por servicios de asistencia familiar y/o atención a la dependencia, en caso de acreditarse una situación de Dependencia grado 3 por accidente.

La descripción de estas coberturas exclusivas, su modalidad, ámbito territorial, objeto, forma de acceso, limitaciones de cobertura y riesgos excluidos se establecen en el Anexo II (Coberturas exclusivas del seguro DKV Modular en su modalidad individual) y en los apartados de las condiciones generales que delimitan la cobertura del seguro: apartado 2 “Conceptos básicos. Definiciones”,

apartado 3 “Modalidad y extensión del seguro”, apartado 4 “Descripción de las coberturas”, apartado 5 “Coberturas excluidas” y apartado 6 “Periodos de carencia”.

4.9 Asistencia en viaje

Para los desplazamientos temporales al extranjero, el seguro tiene una cobertura de asistencia en viaje en todo el mundo, que se extiende hasta un máximo de 180 días por viaje o desplazamiento y cuyas coberturas se detallan en el Anexo I de estas condiciones generales. Únicamente se accede a estas coberturas llamando al número de teléfono +34 91 379 04 34.

5.

Coberturas excluidas

Quedan excluidos de la cobertura general de este seguro:

a) Toda clase de enfermedades, lesiones, dolencias, estados o condiciones de salud preexistentes (por ejemplo, embarazo o gestación) y sus consecuencias, así como los defectos constitucionales o físico-congénitos y los que se deriven de accidentes o enfermedades y sus secuelas que sean de origen anterior a la fecha de inclusión de cada asegurado en la póliza.

El tomador del seguro, en su nombre y en el de los beneficiarios, está obligado a manifestar en el momento de suscribir la solicitud de seguro, cualquier tipo de lesión, patología congénita, enfermedades, pruebas diagnósticas, tratamientos e inclusive la sintomatología que pudiera considerarse como el inicio de alguna patología. En caso de ocultación, la afección quedará excluida de las coberturas del contrato de seguro. Si constaran declaradas enfermedades preexistentes y/o congénitas, DKV Seguros se reserva el derecho de aceptar o rechazar la solicitud de aseguramiento. En caso de aceptarlas DKV Seguros podrá bien incluir la correspondiente cláusula de

exclusión de dichas coberturas, o en su caso aplicar una sobreprima por la cobertura de las mismas.

Para las enfermedades no conocidas ni sospechadas por el asegurado o tomador por no haber dado síntomas anteriores a la formalización del contrato, se establece la indisputabilidad de su cobertura transcurrido un año desde dicha formalización o inclusión del asegurado, salvo dolo del tomador.

b) Todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos cuya seguridad y eficacia clínicas no estén científicamente contrastadas y/o no hayan sido ratificadas por las Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias, o se hayan quedado manifiestamente superadas por otras disponibles.

c) Los daños físicos que sean consecuencia de guerras, motines, revoluciones y terrorismo; los causados por epidemias declaradas oficialmente; los que guarden relación directa o indirecta con radiación o reacción nuclear y los que provengan de cataclismos (terremotos, inundaciones y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos).

d) Las enfermedades o lesiones derivadas de la práctica profesional de cualquier deporte, de la participación en apuestas y competiciones y de la práctica, como aficionado o profesional, de actividades de alto riesgo, como el toreo y encierro de reses bravas, de la práctica de deportes peligrosos, tales como el buceo, el bobsleigh, el boxeo, las artes marciales, la escalada, las carreras de vehículos a motor, rugby, quad, espeleología, parapente, actividades aéreas no autorizadas para el transporte público de viajeros, actividades de navegación o en aguas bravas, puenting, barranquismo, incluidos los entrenamientos, y cualquier otra práctica manifiestamente peligrosa.

e) La asistencia sanitaria para el tratamiento del alcoholismo crónico y/o la adicción a drogas de cualquier tipo así como sus complicaciones y secuelas, y la asistencia sanitaria a lesionados por embriaguez, agresión, riña, intento de suicidio o autolesiones, así como por enfermedades o accidentes sufridos por dolo, negligencia o imprudencia del asegurado.

f) La cirugía estética y cualquier otro tratamiento, infiltración o actuación que tenga una finalidad estética y/o cosmética, a no ser que existiera un defecto funcional de la parte del cuerpo afectada (no son válidas las razones puramente psicológicas). Los tratamientos de varices con fin estético, las curas de adelgazamiento ambulatorias o en régimen de internamiento y los tratamientos dermoestéticos, en general, incluidos los tratamientos capilares. Queda también excluida la corrección quirúrgica de la miopía, astigmatismo, hipermetropía y presbicia, así como la ortoqueratología. Además de las consecuencias y complicaciones derivadas de todas las exclusiones recogidas en éste apartado.

g) Las terapias alternativas y complementarias, acupuntura, naturopatía, homeopatía, el quiromasaje, el drenaje linfático, la mesoterapia, la gimnasia, la osteopatía, la hidroterapia, la oxigenoterapia trifásica, la presoterapia, la ozonoterapia, las modalidades de fototerapia y sus indicaciones no detalladas en el apartado 4.5, y otras prestaciones similares, así como las especialidades médicas no reconocidas oficialmente.

Además quedan excluidos los tratamientos médico-quirúrgicos con técnicas de radiofrecuencia excepto en la adenoamigdaloplastia y la cirugía de los cornetes nasales o turbinoplastia.

h) Las estancias, asistencias y tratamientos en centros no hospitalarios tales como hoteles, balnearios, centros spa, asilos, residencias, centros de reposo, de diagnóstico y similares, aunque sean prescritos por facultativos, así como los ingresos en centros dedicados a actividades relacionadas con el ocio, el descanso y los tratamientos dietéticos.

La hospitalización psiquiátrica, salvo en caso de brotes agudos, la hospitalización por razones de tipo social o familiar y la que sea sustituible por una asistencia domiciliaria o ambulatoria.

Queda excluida además la asistencia sanitaria en centros privados no concertados, y la prestada en hospitales, centros y otros establecimientos de titularidad pública integrados en el Sistema Nacional de Salud de España y/o dependientes de las comunidades autónomas, salvo en los supuestos identificados (ver aptdo. 3.4 Asistencia en medios ajenos a la “Red DKV de servicios sanitarios”).

En todo caso DKV Seguros se reserva la facultad de reclamar al asegurado el recobro de los gastos de asistencia que haya tenido que abonar al sistema sanitario público, por la asistencia médico quirúrgica y hospitalaria prestada.

i) La alta tecnología médica diagnóstica y/o terapéutica, la litotricia, salvo lo detallado en el apartado 4.4 “Medios de diagnóstico” y/o 4.5 “Métodos terapéuticos” de estas condiciones generales.

j) El tratamiento de la roncopatía o apnea obstructiva del sueño (salvo diez sesiones con CPAP o BiPAP), así como los tratamientos y/o modalidades de radioterapia y sus indicaciones médicas, que no se detallan expresamente en el apartado 4.5 “Métodos terapéuticos” de estas condiciones generales. Además queda excluida la protonterapia, la neutronterapia, la radiocirugía con Cyberknife, la radioterapia o radiocirugía estereotáctica extracraneal y/o adaptada a la respiración (4D), y los radiofármacos con isótopos radiactivos no autorizados por la EMA (agencia europea del medicamento) y/o no recomendados por la guía clínica NICE.

k) La medicina preventiva y los chequeos o reconocimientos médicos preventivos de carácter general, el coste de la vacunas y de los extractos en procesos alérgicos, salvo lo detallado en los programas de prevención específicos incluidos en el apartado 4.7 (“Coberturas complementarias”) de las condiciones generales.

l) La interrupción voluntaria del embarazo y la reducción embrionaria instrumental selectiva en cualquier supuesto, así como el tratamiento de la esterilidad, las técnicas de lavado seminal y las de reproducción asistida de cualquier clase.

m) Todo tipo de prótesis, implantes, dispositivos sanitarios, piezas anatómicas y ortopédicas, salvo las detalladas en el apartado 4 “Descripción de las coberturas” de estas condiciones generales.

Se excluyen además el corazón artificial, los implantes de columna, y los biomateriales y/o materiales biológicos, sintéticos y ortopédicos no detallados expresamente en el apartado 4.7, así como el uso de los descritos en otras indicaciones que no sean las señaladas.

n) La odontología endodóncica, periodóncica, ortodóncica, los selladores de fisuras y las obturaciones o empastes en mayores de 14 años, las reconstrucciones, las prótesis dentales, las apicectomías, la implantología y los medios diagnósticos necesarios para realizar estos tratamientos.

o) Análisis u otras exploraciones que sean precisos para la expedición de certificaciones, emisión de informes y el libramiento de cualquier tipo de documento que no tenga una clara función asistencial.

p) En psiquiatría y psicología clínica, las consultas, técnicas diagnósticas y terapias que no sigan criterios de tratamiento neurobiológicos o farmacológicos, el psicoanálisis, la hipnosis o narcolepsia ambulatoria, la sofrología, las curas de reposo o sueño, y todas las derivadas de similares prestaciones.

Se excluye además la psicoterapia de grupo o pareja, los tests psicológicos y psicométricos, la rehabilitación psicosocial o neuropsiquiátrica, la terapia educativa o cognitivo-conductual en los trastornos de la comunicación oral y escrita, y del desarrollo de diverso origen, salvo lo expresamente incluido en el apartado 4.7 (Descripción de la cobertura de Psicología clínica).

q) La logopedia y la foniatría para la recuperación de los trastornos del habla, la fonación y el lenguaje, causados por alteraciones anatómicas o neurológicas congénitas y psicomotrices de diverso origen.

r) La medicina regenerativa, la biológica, la inmunoterapia, las terapias biológicas, la terapia génica o genética y con antivirales de acción directa, así como las aplicaciones de todas ellas.

Además quedan excluidos todo tipo de tratamientos experimentales, los de uso compasivo, con medicamentos huérfanos, y los que están en ensayo clínico en todas sus fases o grados.

s) La cámara hiperbárica, la eiálisis y la hemodiálisis, quedará excluido para el tratamiento de las afecciones crónicas.

t) La asistencia sanitaria por fiebres hemorrágicas virales, y la derivada de la infección por el virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (V.I.H.), el SIDA y las enfermedades relacionadas con éste, así como las complicaciones y secuelas de ambas.

u) La cirugía robótica, guiada por imágenes o asistida por ordenador (excepto los neuronavegadores y el sistema Carto en las indicaciones señaladas apartado 4.5) y los tratamientos que usan el láser, que únicamente quedan cubiertos en las especialidades e indicaciones que se detallan en el apartado 4. "Descripción de las coberturas".

v) Los gastos por uso de teléfono, televisión, pensión alimenticia del acompañante en clínica, los gastos por viaje y desplazamientos, salvo la ambulancia en los términos contemplados en el apartado "Medicina primaria" y "Urgencias" de estas condiciones generales, así como otros servicios no imprescindibles para la necesaria asistencia hospitalaria.

w) Los trasplantes o autotrasplantes de órganos, injertos o autoinjertos, a excepción de los descritos en el apartado "Métodos terapéuticos" de estas condiciones generales. Además, en los trasplantes, se excluirán los gastos de extracción, transporte y conservación del órgano, salvo en el trasplante de córnea.

x) Los productos farmacéuticos, medicamentos y medios auxiliares de cura de cualquier clase, salvo los que se administren al asegurado durante su internamiento (un mínimo de 24 horas) en un centro hospitalario. En cualquier caso, quedan también expresamente excluidos, los medicamentos biológicos o biomateriales medicamentosos no detallados en el apartado 4.7 "Prótesis quirúrgicas" y las terapias del apartado 5.r "Coberturas excluidas" aunque se administren durante el internamiento hospitalario.

La quimioterapia oncológica sólo cubrirá los gastos de los medicamentos específicamente citostáticos definidos y detallados en "Citostático" del apartado 2 "Conceptos básicos. Definiciones".

Se excluye expresamente de este concepto la inmunoterapia antitumoral, los anticuerpos monoclonales, la terapia génica, la terapia endocrina u hormonal, los inhibidores enzimáticos y/o moleculares, los fármacos antiangiogénicos y los sensibilizadores usados en la terapia fotodinámica y radiación.

y) La rehabilitación de mantenimiento en lesiones neurológicas irreversibles de diverso origen y en lesiones crónicas del aparato locomotor.

Queda excluida la estimulación precoz, la rehabilitación realizada en el domicilio o como motivo de ingreso hospitalario, y aquella que se realiza en centros no autorizados y/o inscritos en el registro de Centros y Servicios Sanitarios de la comunidad autónoma respectiva.

z) El consejo genético, las pruebas de paternidad o de parentesco, la obtención de mapas genéticos de riesgo con finalidad preventiva o predictiva, la secuenciación masiva de genes o cariotipo molecular, las técnicas de hibridación genómica comparada, y las plataformas de microarrays con interpretación automatizada de los resultados, así como cualquier otra técnica genética y/o de biología molecular que se solicite con fin pronóstico o diagnóstico si éste se puede obtener por otros medios, o no tiene repercusión terapéutica.

6.

Periodos de carencia

Todas las prestaciones que, en virtud de este seguro, asume DKV Seguros se podrán utilizar desde la fecha de entrada en vigor del contrato.

No obstante, se exceptúan del anterior principio general los siguientes servicios:

1. Las intervenciones quirúrgicas y la hospitalización, incluyendo las prótesis quirúrgicas, por cualquier motivo y naturaleza, que tendrán un periodo de carencia de seis meses, salvo en los casos de urgencia vital o accidente.
2. La asistencia de cualquier tipo de parto (excepto parto prematuro) o cesárea, cuyo periodo de carencia será de ocho meses.
3. Los trasplantes tendrán un periodo de carencia de doce meses.

7.

Las prestaciones según el módulo o módulos de asistencia contratados

Las prestaciones sanitarias detalladas en el apartado 4 de estas condiciones generales se estructuran en tres módulos de cobertura, según su aplicación asistencial.

Todas las opciones incluyen la asistencia de urgencias, en la modalidad asistencial que corresponda.

El seguro de Salud de “DKV Modular” puede contratarse según se combinen estos módulos asistenciales hasta en siete modalidades distintas.

Todas las opciones incluyen la asistencia de urgencias, la asistencia en viaje y el acceso a los servicios adicionales y al Plan de Vida Saludable “Vive la Salud”.

En determinadas coberturas, será necesario combinar la contratación de dos o más módulos para acceder a la prestación del servicio.

7.1 Asistencia médica primaria

Cubre las consultas de medicina general, pediatría y puericultura, enfermería, las urgencias sin internamiento de estas mismas especialidades, los análisis clínicos básicos de sangre y orina (excluidas las pruebas hormonales, inmunológicas, genéticas y biológico moleculares), la radiología simple convencional (sin contraste), un chequeo cardiológico básico anual, el servicio de ambulancias, en caso de necesidad urgente, y la asistencia en viaje, en los desplazamientos al extranjero, hasta un máximo de 180 días por viaje o desplazamiento.

Exclusiones: la asistencia médica especializada, los tratamientos médicos, los medios complementarios de diagnóstico (salvo los expresamente incluidos), la asistencia médico-hospitalaria o quirúrgica, los medicamentos, y el reembolso de gastos de asistencia médica en el extranjero para enfermedades graves.

7.2 Asistencia médica especializada sin hospitalización

Incluye las distintas especialidades médicas y quirúrgicas (también la pediatría si no se contrata el módulo asistencia primaria), los medios de diagnóstico y los tratamientos médicos, exclusivamente cuando se realizan en consulta y no generan gastos de quirófano o internamiento, que se detallan en los apartados 4.3, 4.4 y 4.5 de las condiciones generales.

Asimismo, incluye las urgencias sin internamiento de estas especialidades y la asistencia en viaje.

Están incluidos en la contratación de esta modalidad:

- > La alta tecnología diagnóstica.
- > Los programas preventivos específicos, detallados en el apartado 4.7 (incluida la preparación al parto).
- > La psicología clínica.
- > La implantación del DIU.
- > La logopedia y la foniatría.
- > Cirugía menor de los Grupos 0 y I de la Organización Médica Colegial (OMC), realizada exclusivamente en consulta.
- > La Unidad del Sueño o polisomnografía.
- > La Unidad del Dolor, para el tratamiento del dolor crónico.

Exclusiones: la asistencia primaria, los métodos terapéuticos cubiertos expresamente por otras modalidades del seguro “DKV Modular”, la asistencia médico-hospitalaria o quirúrgica, incluido el preoperatorio y/o el postoperatorio, los medicamentos, y el reembolso de gastos de asistencia médica en el extranjero para enfermedades graves.

7.3 Asistencia médica hospitalaria

Comprende las prestaciones descritas en el apartado 4.6, derivadas de todas las especialidades de intervención quirúrgica y hospitalización médica, con el estudio preoperatorio o preanestésico (consulta, analítica y electrocardiograma), las visitas y curas del postoperatorio inmediato (hasta dos meses después de la cirugía), la medicación durante el periodo de internamiento y la cirugía mayor ambulatoria, y, en su caso, las prótesis.

Incluye, además, la asistencia de urgencias –si fuera necesario, con internamiento–, la asistencia en viaje y el pago de una indemnización diaria por hospitalización, siempre que la misma sea objeto de cobertura del seguro y ninguno de los gastos derivados del ingreso hayan sido a cargo de DKV Seguros.

Se incluyen específicamente en esta modalidad:

- > Los tratamientos oncológicos: radioterapia, braquiterapia y quimioterapia.

- › Método o técnica OSNA: análisis molecular intraoperatorio del ganglio centinela en el cáncer de mama en estadio temprano, sin extensión linfática.
- › La litotricia renal, vesicular y músculo-esquelética.
- › La diálisis y hemodiálisis.
- › Cirugía de los Grupos II al VIII de la Organización Médica Colegial (OMC), realizada exclusivamente en un centro hospitalario.
- › La cirugía mayor ambulatoria.
- › La radiología intervencionista o invasora vascular y visceral.
- › Las técnicas de planificación familiar: ligadura de trompas, vasectomía y la oclusión tubárica histeroscópica.
- › La radioneurocirugía estereotáxica intracraneal.
- › La cirugía artroscópica.
- › La cirugía de cornetes o turbinoplastia y la adenoamigdaloplastia por radiofrecuencia.
- › El láser quirúrgico en ginecología, oftalmología, proctología, cirugía vascular periférica y otorrinolaringología.
- › El láser holmio endourológico y el láser verde (KTP y HPS) de diodo, holmio o tulio para el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata.
- › La nucleotomía percutánea y la quimionucleosis.

- › Alta tecnología terapéutica: el sistema Carto de ablación por radiofrecuencia, la terapia de entrecruzamiento corneal, la cirugía asistida por neuronavegadores intracraneal y tumoral espinal, y la monitorización neurofisiológica intraoperatoria en la cirugía intracraneal y de fusión o artrodesis de la columna de tres niveles o más.
- › Las prótesis quirúrgicas.
- › La indemnización diaria por hospitalización.

Exclusiones: la asistencia extrahospitalaria, primaria y especializada, los tratamientos médicos (salvo los incluidos expresamente en éste módulo), los medios complementarios de diagnóstico y el reembolso de gastos de asistencia médica en el extranjero para enfermedades graves.

7.4 Asistencia médica extrahospitalaria

Integra, en el mismo seguro, las prestaciones y servicios que tienen por separado los dos módulos de asistencia extrahospitalaria, las urgencias sin internamiento de estas especialidades y la asistencia en viaje.

7.5 Asistencia médica especializada con hospitalización

Comprende la asistencia especializada médica o quirúrgica, en régimen ambulatorio u hospitalario; las urgencias de estas especialidades –con internamiento, en caso necesario–; los medios complementarios de diagnóstico; los tratamientos médicos y la asistencia en viaje.

7.6 Asistencia médica primaria con hospitalización

Combina la asistencia médica primaria, en consulta y a domicilio, con la asistencia especializada médica o quirúrgica, en régimen de internamiento hospitalario. Incluirá, asimismo, las urgencias de estas especialidades –con internamiento, si fuera necesario– y la asistencia en viaje.

7.7 Asistencia médica completa

Comprende los tres módulos de asistencia del seguro y cubre todas las especialidades médicas o quirúrgicas así como los medios complementarios de diagnóstico y terapéuticos descritos en el seguro, incluida la hospitalización, las urgencias en sus diversas aplicaciones asistenciales y la asistencia en viaje.

La suscripción de los tres módulos (Asistencia primaria, especializada y hospitalaria) es necesaria para acceder a las coberturas exclusivas del seguro (Ver apartado 4.8 “Coberturas exclusivas”) en el seguro de modalidad individual, siendo la única modalidad que incluye el reembolso de los gastos de asistencia médica en el extranjero para enfermedades graves y de atención a la dependencia grado 3 por accidente.

8.

Bases del contrato

8.1 Formalización del contrato y duración del seguro

Este contrato ha sido concertado de acuerdo a las declaraciones efectuadas por el tomador del seguro y el asegurado en el cuestionario previo, que han motivado a DKV Seguros para aceptar el riesgo y han sido determinantes para fijar la prima.

El contrato de seguro y sus modificaciones no tendrán efecto mientras no se haya firmado la póliza y abonado el primer recibo de prima, salvo que se establezca pacto en contrario en las condiciones particulares.

Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud del seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar a DKV Seguros, en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza, que subsane la divergencia existente.

Si transcurre dicho plazo sin haber efectuado reclamación, se aplicará lo dispuesto en la póliza.

El seguro se contrata por el periodo previsto en las condiciones particulares y, salvo pacto en contrario, la duración de la póliza se ajustará al año natural.

La póliza se prorrogará tácitamente por periodos anuales. **DKV Seguros puede oponerse a la prórroga del contrato mediante notificación escrita al tomador del seguro**, si no le va a renovar la póliza o si va a hacer cambios en ella, **con una antelación mínima de dos meses a la fecha de conclusión del año en curso**,

Asimismo, el tomador puede oponerse a la renovación de una 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 probada.

DKV Seguros no podrá rescindir la póliza a los asegurados que hayan permanecido durante tres anualidades consecutivas en la misma. El contrato se prorrogará automáticamente año a año, con la excepción de los supuestos de incumplimiento de obligaciones por parte del asegurado o de existencia de inexactitud, dolo o culpa en las respuestas proporcionadas en el cuestionario de la solicitud de seguro.

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 8.4 de este contrato.

8.2 Otras obligaciones, deberes y facultades del tomador o asegurado

El tomador o, en su caso, el asegurado, deberá:

- a) Declarar a DKV Seguros con veracidad, diligencia y sin ocultar nada todas las circunstancias por él conocidas, que puedan influir en la valoración del riesgo.
- b) Durante el curso del contrato comunicar a DKV Seguros, tan pronto como sea posible los cambios de domicilio, de profesión habitual y/o el inicio de actividades de ocio o deportivas de riesgo elevado o extremo, que sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por DKV Seguros en el momento de la suscripción del contrato, no lo habría aceptado o lo habría hecho en condiciones distintas.
- c) Poner todos los medios a su alcance para conseguir un pronto restablecimiento y reducir las consecuencias del siniestro.

El incumplimiento de este deber, con la intención de engañar o perjudicar a DKV Seguros u obtener un lucro adicional, eximirá a DKV Seguros de toda prestación derivada del siniestro.

- d) Facilitar la cesión de sus derechos o subrogación a DKV Seguros conforme a lo establecido en el apartado 3.5.

En caso de que el tomador o asegurado tengan derecho a un resarcimiento por parte de terceros responsables, este derecho pasa a DKV Seguros por el importe de la prestación sanitaria.

8.3 Otras obligaciones de DKV Seguros

Además de proporcionar la asistencia médica contratada, según la modalidad descrita en la póliza, DKV Seguros entregará al tomador del seguro la póliza.

DKV Seguros facilitará también al tomador del seguro la tarjeta identificativa de cada asegurado incluido en la póliza e información del cuadro médico (“Red DKV de Servicios Sanitarios”) de su zona de residencia, en el que se hacen constar el centro o centros permanentes de urgencias y las direcciones y horarios de los profesionales sanitarios concertados.

8.4 Pago del seguro (primas)

El tomador del seguro está obligado al pago de la primera prima o de la prima única, en el momento de la aceptación del contrato.

Las sucesivas primas se deberán hacer efectivas en los vencimientos correspondientes.

El tomador del seguro puede solicitar el fraccionamiento de pago de las primas anuales en periodos semestrales, trimestrales o mensuales.

En estos casos se aplicará el recargo que corresponda. El fraccionamiento de la prima no exime al tomador de su obligación de abonar la prima anual completa.

Si por culpa del tomador, la primera prima no ha sido pagada o la prima única no ha sido abonada a su vencimiento, DKV Seguros tiene derecho a rescindir el contrato o exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza.

En todo caso, y salvo pacto en contrario en las condiciones particulares, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, DKV Seguros quedará exento de su obligación.

En caso de impago de la segunda o sucesivas primas, o sus fraccionamientos, la cobertura de DKV Seguros queda suspendida un mes después del día del vencimiento.

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 a las veinticuatro horas siguientes al día en el que el tomador pagara la prima.

DKV Seguros asumirá la prima correspondiente al periodo en que por impago la cobertura haya estado en suspenso.

En cualquier caso, cuando el contrato esté en suspenso, DKV Seguros sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.

DKV Seguros sólo queda obligado por los recibos librados por DKV Seguros.

Salvo que en las condiciones particulares se especifique otra cosa, el lugar de pago de la prima será el que figure en la domiciliación bancaria.

Con este fin, el tomador del seguro entregará a DKV Seguros los datos de la cuenta bancaria o libreta de ahorros en la que se domiciliará el pago de los recibos de este seguro y autorizará a la entidad financiera a hacerlos efectivos.

Si en las condiciones particulares no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste debe de hacerse en el domicilio del tomador del seguro.

En cada renovación del contrato de seguro, DKV Seguros podrá modificar la prima anual y el coste por acto médico de acuerdo a los cálculos técnico-actuariales realizados, basados en las modificaciones de los costes asistenciales de los servicios y/o en las innovaciones tecnológicas médicas que sea necesario incorporar.

Se aplicarán las tarifas que DKV Seguros tenga en vigor en la fecha de renovación.

Además de este supuesto, las primas a abonar también podrán variar en función de la edad y otras circunstancias personales de los asegurados.

En el seguro de modalidad colectiva, en algunos tramos se podrán establecer grupos de edad. Asimismo las primas podrán sufrir modificaciones por variaciones en la estructura del colectivo asegurado.

Cuando el asegurado cumpla, durante el transcurso del seguro, una edad actuarial comprendida en otro grupo, se aplicará la prima correspondiente al nuevo grupo de edad en el siguiente vencimiento anual.

DKV Seguros no estará sujeta a límite alguno en las variaciones anuales de prima. El importe fijado para la prima total, una vez recogidos los recargos correspondientes, atenderá a los principios de suficiencia y equilibrio técnico, conforme a la normativa reguladora de la actividad aseguradora.

Estos cálculos también se aplicarán en el caso de que el asegurado haya alcanzado el derecho ya descrito de irrenunciabilidad a la prórroga de la póliza por parte de DKV Seguros.

El tomador del seguro podrá optar entre prorrogar el contrato o extinguirlo al vencimiento del periodo del seguro en curso cuando reciba la comunicación de DKV Seguros relativa a la variación de la prima para la siguiente anualidad. En este último caso, el tomador debe comunicar por escrito a DKV Seguros su voluntad de finalizar la relación contractual, al término de la misma.

8.5 Pérdida de derechos y rescisión del contrato de seguro

El asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada:

- a) Si al cumplimentar el cuestionario de salud, el tomador o el asegurado no responden con veracidad, ya sea ocultando de manera consciente circunstancias relevantes, ya sea no observando la debida diligencia para proporcionar los datos que se le piden.**
- b) Si se ha producido un agravamiento del riesgo, por las circunstancias indicadas en el artículo 8.2 b y el tomador o el asegurado no lo han comunicado previamente a DKV Seguros.**

c) Si el siniestro se produce antes de que se haya pagado la prima inicial, salvo que se pacte expresamente lo contrario.

d) Si el siniestro se produce por mala fe del asegurado o del tomador o del beneficiario.

En todo caso, DKV Seguros podrá rescindir el contrato en el plazo de un mes a contar desde el momento en que conociera de manera probada los siguientes hechos:

reserva o inexactitud del tomador o asegurado en la declaración del riesgo o agravamiento del riesgo que no se hubiera comunicado.

8.6 Comunicaciones

Las comunicaciones por parte del tomador o del asegurado a DKV Seguros deberán hacerse en el domicilio de ésta. No obstante, también serán válidas las comunicaciones que se efectúen de manera probada al agente de DKV Seguros que haya mediado en la póliza.

Las comunicaciones que realice un corredor de seguros a DKV Seguros, en nombre del tomador del seguro o del asegurado tendrán los mismos efectos que si éstos las hubieran efectuado directamente a DKV Seguros.

Sin embargo, las comunicaciones efectuadas por el tomador o el asegurado al corredor de seguros no se entienden realizadas a DKV Seguros hasta que sean recibidas por la misma.

Las comunicaciones de DKV Seguros al tomador del seguro o al asegurado se realizarán en el domicilio de éstos que figure en el contrato, salvo que hubiesen comunicado a DKV Seguros el cambio de domicilio.

8.7 Riesgos sanitarios especiales

El tomador del seguro podrá acordar con DKV Seguros la cobertura de riesgos excluidos en estas condiciones generales o que no se encuentren expresamente contemplados en ellas.

Éstos se denominarán “riesgos sanitarios especiales”. Para que sean cubiertos deberán ser expresamente determinados en las condiciones particulares y se deberá pagar por ello una prima complementaria.

8.8 Impuestos y recargos

Los impuestos y recargos legalmente repercutibles correrán a cargo del tomador y/o asegurado.

9.

Seguro de accidentes

Objeto del seguro

Este seguro complementario garantiza una indemnización por los accidentes que el asegurado pueda sufrir, de acuerdo con lo pactado en las condiciones generales, particulares y especiales de la póliza, en función de las declaraciones realizadas por el propio asegurado en la solicitud de seguro.

9.1 Muerte por accidente

Por esta garantía, DKV Seguros pagará al beneficiario la indemnización pactada en las condiciones particulares, si el asegurado fallece a causa de accidente, tanto en el ejercicio de sus ocupaciones profesionales declaradas a DKV Seguros como en los actos de su vida particular, dentro del plazo de un año a contar desde la fecha en que ocurra dicho accidente.

En caso de que no se designe a nadie expresamente, se considera “beneficiario” a la persona designada como tal en la póliza o en posterior declaración escrita o en testamento.

El tomador del seguro puede hacer la designación o modificación sin necesidad de consentimiento de DKV Seguros. En caso de que no se designe a nadie expresamente, se considerará “beneficiario” al cónyuge del asegurado o, en su defecto, a los hijos del asegurado a partes iguales y, en defecto de éstos, a los herederos legales, también a partes iguales.

El beneficiario podrá disponer de un anticipo de hasta el 5% del capital asegurado, con un máximo de 6.000 euros, a cuenta de la indemnización, para atender los gastos imprevistos derivados del fallecimiento del asegurado, tales como gastos de sepelio, testamentaría, impuesto de sucesiones, etc. Para ello, deberá justificar previamente, de manera documental, el acaecimiento de la muerte y la existencia del seguro al corriente de pago.

Esta garantía no puede contratarse para personas menores de 14 años.

Ampliaciones de la garantía

Fallecimiento de ambos cónyuges en accidente de circulación.

Si a consecuencia de un mismo accidente de circulación fallecieran el asegurado y su cónyuge, se indemnizará a los hijos menores de 18 años del asegurado con un capital igual al garantizado para el caso de muerte por accidente (determinado en las condiciones particulares), que se repartirá a partes iguales entre todos ellos, con un límite máximo de indemnización total por siniestro de 300.506,05 euros.

A los efectos de esta cobertura específica, tendrá la consideración de cónyuge la persona que figure inscrita como consorte del asegurado en el Registro Civil, en el momento de la ocurrencia del accidente.

9.2 Invalidez permanente por accidente

Por esta garantía, DKV Seguros abonará al asegurado la indemnización pactada en las condiciones particulares si, como consecuencia de un accidente, se le ocasiona una invalidez permanente, comprobada y fijada en el plazo de un año a contar desde la fecha en que ocurra dicho accidente.

El seguro cubre el pago de una indemnización que se determinará por baremo en función del grado de invalidez contraído.

Cómo se determina el importe de la indemnización:

1. La evaluación del grado de invalidez correspondiente se realizará tomando como base el cuadro de porcentajes que figura a continuación.
2. Las indemnizaciones que recoge el siguiente baremo se expresan en porcentajes del capital fijado para la cobertura de “Invalidez permanente total por accidente” en las condiciones particulares:

Se considera invalidez permanente total:

Pérdida completa o impotencia funcional absoluta y permanente de ambos brazos o manos, piernas o pies, o de un brazo y un pie, o un brazo y una pierna, o una mano y un pie	100 %
Enajenación mental, absoluta e incurable	100 %
Ceguera absoluta o parálisis completa	100 %
Pérdida total de movimiento de toda la columna vertebral, con o sin manifestaciones neurológicas	100 %

Se considera invalidez permanente parcial:

Pérdida total del brazo derecho o de la mano derecha	60 %
Pérdida total del brazo izquierdo o de la mano izquierda	50 %
Pérdida total del movimiento del hombro derecho	25 %
Pérdida total del movimiento del hombro izquierdo	20 %
Pérdida total del movimiento del codo derecho	20 %
Pérdida total del movimiento del codo izquierdo	15 %
Pérdida total del movimiento de la muñeca derecha	20 %
Pérdida total del movimiento de la muñeca izquierda	15 %
Pérdida total del pulgar y el índice derechos	30 %
Pérdida total del pulgar y el índice izquierdos	30 %
Pérdida total de tres dedos, comprendidos el pulgar o el índice de la mano derecha	35 %
Pérdida total de tres dedos, comprendidos el pulgar o el índice de la mano izquierda	30 %
Pérdida total de tres dedos, que no sean el pulgar o el índice derecho	25 %
Pérdida total de tres dedos, que no sean el pulgar o el índice izquierdos	20 %
Pérdida total del pulgar derecho y de otro dedo, que no sea el índice de la mano derecha	30 %
Pérdida total del pulgar izquierdo y de otro dedo, que no sea el índice de la mano izquierda	25 %
Pérdida total del índice derecho y de otro dedo, que no sea el pulgar de la mano derecha	20 %
Pérdida total del índice izquierdo y de otro dedo, que no sea el pulgar de la mano izquierda	17 %
Pérdida total solamente del pulgar derecho	22 %
Pérdida total solamente del pulgar izquierdo	18 %
Pérdida total solamente del índice derecho	15 %
Pérdida total solamente del índice izquierdo	12 %
Pérdida total del dedo mayor, del anular o del meñique derechos	10 %
Pérdida total del dedo mayor, del anular o del meñique izquierdos	8 %
Pérdida total de dos de estos últimos dedos derechos	15 %
Pérdida total de dos de estos últimos dedos izquierdos	12 %
Pérdida total de una pierna o amputación por encima de la rodilla	50 %
Pérdida total de una pierna por debajo de la rodilla o la amputación de un pie	40 %
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	40 %
Pérdida de movimiento de la articulación subastragalina	10 %
Pérdida completa del movimiento de la garganta de un pie	20 %
Pérdida total del dedo gordo de un pie	10 %

Fractura no consolidada de una pierna o un pie	25 %
Fractura no consolidada de una rótula	20 %
Pérdida total del movimiento de una cadera o de una rodilla	20 %
Acortamiento, por lo menos de cinco centímetros, de un miembro inferior (la pérdida anatómica total de un metatarsiano será equivalente a la pérdida de la tercera falange del dedo a que corresponda)	15 %
Pérdida total de uno de los demás dedos de un pie	5 %
Pérdida completa de movimientos de la columna cervical, con o sin manifestaciones neurológicas	33 %
Pérdida completa de movimientos de la columna dorsal, con o sin manifestaciones neurológicas	33 %
Pérdida completa de movimientos de la columna lumbar, con o sin manifestaciones neurológicas	33 %
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de visión binocular	30 %
Si la visión del otro ojo estaba perdida antes del accidente	50 %
Sordera completa de los dos oídos	40 %
Sordera completa de un oído	10 %
Si la sordera del otro oído ya existía antes del accidente	20 %
Pérdida total de una oreja	7,5 %
Pérdida total de las dos orejas	15 %
Deformación o desviación del tabique nasal que impida la función normal respiratoria	5 %
Pérdida total de la nariz	15 %
Pérdida total del maxilar inferior o ablación completa de la mandíbula	25 %
La pérdida de sustancia ósea en la pared craneal será equivalente a un porcentaje de un 1% por cada centímetro cuadrado que no haya sido sustituida por materiales adecuados, pero con un máximo de un	15 %

9.2.1 Otras reglas de determinación de la invalidez:

1. En los casos no previstos, como en los de pérdida parcial de miembros, el grado de invalidez se fijará en proporción a su gravedad, por comparación con las situaciones de invalidez indicadas.

2. En el caso de que el asegurado perdiese simultáneamente varios de dichos miembros, el grado de invalidez se fijará sumando las respectivas tasaciones, pero en ningún caso podrá exceder del 100% del capital reflejado en las condiciones particulares para la cobertura de invalidez permanente.

3. Si un accidente afecta a un órgano o miembro que ya presentaba un defecto físico o funcional, el grado de invalidez vendrá determinado por la diferencia entre el preexistente y el que resulte del accidente.

4. Si el asegurado fuera zurdo, los porcentajes de invalidez previstos para el miembro superior derecho se aplicarán al miembro superior izquierdo y viceversa.

5. La impotencia funcional absoluta y permanente de un miembro es asimilable a la pérdida del mismo.

6. Si después del pago de la indemnización por invalidez permanente, el asegurado muere a consecuencia del accidente, dentro del año de haber ocurrido este, DKV Seguros abonará la diferencia entre la indemnización pagada y la garantizada para caso de muerte, si ésta es superior.

En caso contrario, no procederá reembolso alguno por parte del beneficiario.

9.3 Renta temporal en caso de muerte o invalidez permanente total del titular por accidente de circulación

En caso de muerte o invalidez permanente total del titular, como consecuencia de un accidente de circulación cubierto por la póliza, ocurrido inmediatamente o en el plazo de un año, DKV Seguros abonará al beneficiario al vencimiento de cada mes y durante 36 meses, la renta temporal adicional señalada en las condiciones particulares y de acuerdo con los siguientes apartados:

a) Por aplicación de la tarifa por conducción privada.

b) Por aplicación de la tarifa por conducción profesional.

9.4 Asistencia médica por accidente

Esta garantía se refiere a los gastos de la asistencia prestada al asegurado en un centro sanitario por las lesiones sufridas a causa de un accidente cubierto por la póliza.

Cuando esta cobertura se haya pactado en las condiciones particulares, cubre los gastos de asistencia médica que se produzcan hasta el total restablecimiento del asegurado, con las siguientes limitaciones:

1. Se garantiza el pago de los gastos de asistencia médica, farmacia, internamiento sanatorial y rehabilitación física; la primera prótesis y aparatos ortopédicos, hasta el límite de 601,01 euros; el transporte sanitario de urgencia y los traslados autorizados por DKV Seguros, siempre que estos gastos se deriven de un accidente cubierto por la póliza.
2. DKV Seguros se hará cargo de estos gastos hasta el límite de un año natural (ininterrumpido) a contar desde la fecha del accidente, siempre que la asistencia sea prestada por facultativos o centros designados o aceptados por DKV Seguros.
3. En caso de que el asegurado decida seguir tratamiento con facultativos o centros no concertados por DKV Seguros, esta abonará por este concepto, como máximo y durante el periodo de un año, la cantidad fijada en las condiciones particulares.
4. DKV Seguros abonará íntegramente los gastos que se deriven de la asistencia de urgencia y primeros auxilios, con independencia del médico o centro que los presten, y hará uso del derecho de designación de médicos y clínicas en el momento en que el lesionado pueda ser trasladado desde el centro en que se realizó el primer tratamiento, de acuerdo con el criterio del facultativo que DKV Seguros designe a tal efecto.

9.5 Alcance de las garantías de accidente

Las garantías de accidentes se hacen extensivas a los accidentes ocurridos tanto en el ejercicio de la actividad profesional, declarada por el asegurado en la solicitud de seguro, como en su vida privada.

9.6 Ámbito territorial del seguro de accidentes

Las garantías de “Muerte” e “Invalidez permanente” otorgan cobertura en todo el mundo.

La cobertura de “Asistencia médica” se garantiza dentro del límite del territorio nacional.

9.7 Personas no asegurables

Las personas que no pueden contratar este seguro y que se enuncian a continuación:

1. Los mayores de 65 años y los menores de 14 años.

No obstante, en el primer caso, DKV Seguros podrá aceptar la prórroga de año en año de los contratos ya existentes. Se extinguirá al término de la anualidad en que el asegurado cumpla 70 años de edad.

2. Los consumidores habituales de estupefacientes y drogas.

3. Los afectados de ceguera o miopía superior a 12 dioptrías, sordera completa, enajenación mental, apoplejía, epilepsia, sífilis, sida, diabetes, alcoholismo, enfermedades de la médula espinal o encefalitis letárgica.

9.8 Riesgos excluidos

1. Los accidentes debidos a hechos de carácter extraordinario o catastrófico, que quedarán cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros (ver “Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios”, en apartado 9.13).

2. Los derivados de carácter político o social y los originados con ocasión de duelos, actos delictivos, desafíos, apuestas o riñas (salvo cuando se actúe en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes).

3. Los accidentes cardiovasculares, los acaecidos en estado de enajenación mental, embriaguez o bajo el efecto de drogas tóxicas o estupefacientes, y las patologías psiquiátricas no orgánicas.

A efectos de esta póliza, se considera que hay embriaguez cuando el grado de alcohol en sangre supere los límites legalmente establecidos para calificar la conducta como delictiva o cuando el asegurado sea condenado o sancionado por esta causa.

4. Los derivados de la participación del asegurado en expediciones científicas, actividades subacuáticas con utilización de aparatos de respiración autónoma, entrenamientos y competiciones o pruebas de velocidad o resistencia con cualquier tipo de vehículo.

5. Los provocados por suicidio o tentativa del mismo.

6. Los provocados en el ejercicio o práctica de cualquier deporte como profesional así como los ocurridos en la práctica de deportes aéreos, alpinismo, barranquismo, escalada, boxeo, artes marciales, bobsleigh, pelota a pala larga, cesta punta, toreo, encierro de reses bravas y otras prácticas manifiestamente peligrosas.

7. Los derivados de la conducción de vehículos sin el correspondiente permiso expedido por la autoridad competente y, en cualquier caso, los derivados de uso de motocicletas y ciclomotores, sea como conductor o como ocupante.

8. Las hernias de cualquier tipo o naturaleza.

9. Los daños ocasionados por reacción o radiación nuclear o solar, contaminación radiactiva o fenómenos nucleares, cualquiera que sea la causa que las produzca.

10. En general, los derivados de patología o accidente cuyo origen sea anterior a la fecha de contratación de la póliza, aunque las consecuencias de los mismos persistan, se manifiesten o determinen durante la vigencia de esta.

11. Patología psiquiátrica no orgánica (sin lesiones encefálicas objetivables).

9.9 Derechos y obligaciones. declaraciones sobre el riesgo

9.9.1 Al efectuar el seguro y durante su vigencia

Además de lo especificado para el seguro principal, el tomador del seguro debe comunicar a DKV Seguros la existencia de otras pólizas que tenga contratadas con distintos aseguradores y cubran los efectos que un mismo riesgo puede producir sobre el mismo interés y la misma persona. El incumplimiento de este deber sólo puede dar lugar a una reclamación por los daños y perjuicios que origine. DKV Seguros no podrá deducir de la suma asegurada cantidad alguna por este concepto.

Si alguno de estos cambios supone una agravación del riesgo, se aplicará lo establecido en el apartado 9.9.2 de estas condiciones generales. Si, por el contrario, supone una disminución del riesgo, se aplicará lo dispuesto en el apartado 9.9.3

9.9.2 En caso de agravación del riesgo

1. En caso de que, durante la vigencia de la póliza, DKV Seguros tuviera conocimiento o le fuera comunicado un agravamiento del riesgo, este puede proponer una modificación de las condiciones del contrato en un plazo de dos meses, a contar desde el día en que dicha circunstancia le haya sido declarada. En tal caso, el tomador del seguro dispone de quince días, a contar desde la recepción de esta proposición, para aceptarla o rechazarla.

En caso de rechazo o de silencio por parte del tomador, DKV Seguros puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al tomador del seguro, dándole un nuevo plazo de quince días. Transcurrido este periodo y dentro de los ocho días siguientes, DKV Seguros comunicará al tomador del seguro la rescisión definitiva.

2. Igualmente, DKV Seguros podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al asegurado, en el plazo de un mes a partir del día en que tuvo conocimiento del agravamiento del riesgo.

3. Si ocurre un siniestro sin haberse realizado la declaración del agravamiento del riesgo y el tomador o el asegurado han actuado de mala fe, DKV Seguros queda liberado de su prestación.

En otro caso, la prestación de DKV Seguros se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo (ver apartado 2. Definiciones: “Regla proporcional”).

4. Si durante el tiempo de vigencia del seguro, se produjera un agravamiento del riesgo que debiera dar lugar a un aumento de prima y, por esta causa, se rescindiera el contrato, DKV Seguros hará suya toda la prima cobrada.

Siempre que dicho agravamiento se produzca por causas ajenas a la voluntad del asegurado, este tendrá derecho a ser reembolsado de la parte de prima abonada, correspondiente al periodo que falte de transcurrir de la anualidad en curso.

5. Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar a DKV Seguros, en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza, que subsane la divergencia existente.

Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

9.9.3 En caso de disminución del riesgo

1. El tomador del seguro o el asegurado podrán, durante el curso del contrato, poner en conocimiento de DKV Seguros todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la suscripción del contrato, lo habría hecho en condiciones más favorables para el tomador del seguro.

2. En tal caso, al finalizar el periodo en curso cubierto por la prima, DKV Seguros deberá reducir el importe de la prima futura en la proporción correspondiente.

En caso contrario, a la resolución del contrato, el tomador o asegurado tiene derecho a la devolución de la diferencia entre la prima abonada y la que le hubiera correspondido pagar desde el momento de la comunicación de la disminución del riesgo.

9.10 Normas para la tramitación de siniestros

Procedimiento de resolución de discrepancias

1. En caso de accidente cubierto por esta póliza, el tomador del seguro, el asegurado, sus derechohabientes o los beneficiarios deberán comunicarlo a DKV Seguros, dentro de los siete días siguientes a la ocurrencia del accidente, salvo causas de fuerza mayor.

2. Completar la correspondiente declaración de siniestro, donde facilitarán toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del mismo.

En caso de incumplimiento de este deber, la pérdida del derecho a la indemnización sólo se producirá cuando haya habido dolo o culpa grave.

3. Asimismo, deberán aportar en su momento, a petición de DKV Seguros, justificantes originales de honorarios médicos, certificados, partes de alta y baja, hospitalización, etc.
4. DKV Seguros puede reclamar los daños y perjuicios causados por la demora o falta de declaración, salvo que se demuestre que tuvo conocimiento del siniestro por otros medios.
5. Ocurrido el siniestro, el asegurado debe recurrir a los cuidados de un médico, seguir sus prescripciones y efectuar todas las diligencias necesarias para la conservación de su vida y para su pronto restablecimiento:
 - a) El incumplimiento de este deber dará derecho a DKV Seguros a reducir su prestación en la proporción oportuna, teniendo en cuenta la importancia de los daños derivados del mismo y el grado de culpa del asegurado.
 - b) Si este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a DKV Seguros, esta quedará liberada de toda prestación derivada del siniestro.
6. En caso de muerte del asegurado será necesario aportar a DKV Seguros, si no se hubiera hecho con anterioridad:

- a) Certificación literal de la inscripción de la defunción del asegurado en el Registro Civil correspondiente.
- b) Informe del médico o médicos que le hayan asistido, indicando la evolución de las consecuencias del accidente que ha originado su muerte.
- c) Documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de beneficiario.
- d) Carta de pago o exención del Impuesto General sobre Sucesiones.

7. En caso de invalidez permanente que derive del accidente, el grado de invalidez se determinará después de la presentación del certificado médico de incapacidad, una vez que el estado del asegurado sea reconocido como definitivo, pero siempre dentro del plazo de un año a contar desde la fecha del accidente.

DKV Seguros notificará por escrito al asegurado la cuantía de la indemnización que le corresponda, de acuerdo con el grado de invalidez que deriva del certificado médico y de los baremos fijados en estas condiciones generales (ver garantía de “Invalidez permanente”).

Si el asegurado no aceptase la proposición de DKV Seguros en lo referente al grado de invalidez, las partes se someterán a la decisión de peritos médicos, conforme al artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro.

8. En caso de asistencia médica derivada de un accidente corporal, será necesario presentar a DKV Seguros el parte de siniestro correspondiente a los hechos ocurridos y los daños corporales sufridos, así como el informe del médico o médicos que lo hayan asistido, en el que se indique la evolución de las consecuencias del accidente que haya originado su asistencia.

9.11 Determinación de las indemnizaciones

1. Si las partes se pusieran de acuerdo, en cualquier momento, sobre el importe y la forma de indemnización, se procederá al pago de la misma en el plazo de cinco días desde la firma del mismo.
2. Si no se lograra dicho acuerdo dentro del plazo de cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro, cada parte designará un perito médico.

La aceptación de éstos deberá constar por escrito.

3. Una vez designados los peritos y aceptado el cargo, que será irrenunciable, estos comenzarán sus trabajos seguidamente.
4. En caso de que los peritos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta en la que se harán constar las causas del siniestro, la valoración de los daños, las demás circunstancias que influyan en la determinación de la indemnización y la propuesta del importe líquido de la indemnización.

5. Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la parte que hubiera designado el suyo.

De no hacerlo en este último plazo, se entenderá que acepta el dictamen que emita el perito de la otra parte y quedará vinculada por el mismo.

6. Cuando no haya acuerdo entre los peritos, ambas partes designarán un tercer perito de conformidad.

En caso contrario, el juez de primera instancia que sea competente hará la designación.

En este caso, el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta días a partir de la aceptación del nombramiento por parte del tercer perito.

7. El dictamen de los peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y en forma indubitada.

Dicho dictamen será vinculante para las partes, salvo que alguna de ellas lo impugne judicialmente dentro del plazo de treinta días, en el caso de DKV Seguros, y de ciento ochenta en el del asegurado, a contar ambos plazos desde la fecha de su notificación. Si no se realizase en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial será inatacable.

8. Cada parte abonará los honorarios de su perito. Los del perito tercero y demás gastos que ocasione la tasación pericial serán a cargo tanto del asegurado como de DKV Seguros, a partes iguales.

No obstante, si cualquiera de las partes hubiera hecho necesaria la peritación por haber mantenido una valoración del daño manifiestamente desproporcionada, será ella la única responsable de dichos gastos.

9.12 Pago de la indemnización

1. El pago de la indemnización se ajustará a lo siguiente:

- › Si la fijación de los daños se hizo de común acuerdo, DKV Seguros deberá pagar la suma convenida en el plazo máximo de cinco días a contar desde la fecha en que ambas partes firmaron el acuerdo.
- › Si la tasación de los daños se hizo por acuerdo de peritos, DKV Seguros abonará el importe señalado por aquellos, en un plazo de cinco días a partir del momento en que ambas partes hayan consentido y aceptado el acuerdo pericial, con lo que el mismo será inatacable.

2. En cualquier caso, DKV Seguros aplicará sobre la indemnización la fiscalidad legalmente vigente en el momento del pago de la misma.

3. Si el dictamen de los peritos fuera impugnado, DKV Seguros deberá abonar el importe mínimo de lo que él mismo pueda deber según las circunstancias por él conocidas.

4. Si el beneficiario hubiese causado dolosamente el siniestro, la designación hecha a su favor será nula. La indemnización corresponderá al tomador del seguro o, en su caso, a los herederos de este.

5. Si en el plazo de tres meses desde la ocurrencia del siniestro, DKV Seguros no hubiese realizado la reparación del daño o indemnizado su importe en metálico, por causa no justificada o que le fuera imputable, la indemnización se incrementará según lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro.

6. En el supuesto de que, por retraso de DKV Seguros en el pago del importe de la indemnización devenida inatacable, el asegurado o beneficiario se vieran obligados a reclamarlo judicialmente, la indemnización correspondiente se incrementará con el interés previsto en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro.

En este caso, empezará a devengarse desde que la valoración fue inatacable para DKV Seguros y, en todo caso, con el importe de los gastos originados al asegurado por el proceso a cuya indemnización condenará la sentencia.

9.13 Cláusula de indemnización por el consorcio de compensación de seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo y el R.D. 1386/2011 de 14 de Octubre, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España, y que afecten a riesgos en ella situados, y también los acaecidos en el extranjero cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.

b) Que, aún estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980 de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

Resumen de las normas legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h, y los tornados) y caídas de meteoritos.

b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.

c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempos de paz.

2. Riesgos excluidos

a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.

b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.

c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.

d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear.

e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.

f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.

g) Los causados por mala fe del asegurado.

h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.

i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

3. Extensión de la cobertura

La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y sumas aseguradas que se hayan establecido en la póliza a efectos de los riesgos ordinarios.

En los seguros de Vida que, de acuerdo con lo previsto en el contrato y con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio se referirá al capital en riesgo para cada asegurado. Es decir, será la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la aseguradora que la haya emitido deba tener constituida, conforme a la citada normativa. La entidad aseguradora será la encargada de satisfacer el importe de la provisión matemática.

Procedimiento de actuación en caso de siniestro indemnizable por el consorcio de compensación de seguros

En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario o sus respectivos representantes legales deberán comunicar la ocurrencia del mismo dentro del plazo de siete días de haberlo conocido. Para ello, disponen de tres canales: a través de la entidad aseguradora, de su mediador de seguros o directamente en la delegación regional del Consorcio correspondiente, según el lugar en el que se haya producido el siniestro. La comunicación se realizará cumplimentando el formulario establecido para tales fines, disponible en las oficinas del Consorcio, en su página web (www.conorseguros.es) y en su compañía de seguros, y deberá adjuntar la documentación que se requiera, según la naturaleza de las lesiones.

Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al asegurado: 902 222 665.

10.

Seguro de decesos

Garantiza al beneficiario de la póliza el pago de la indemnización que se indica en las condiciones particulares en caso de fallecimiento del asegurado, con el fin de cubrir los gastos derivados de su sepelio, hasta el límite de dicha cantidad.

Personas no asegurables

Las personas que no pueden contratar este seguro y que se enuncian a continuación:

1. Los mayores de 65 años y los menores de 14 años.

No obstante, en el primer caso, DKV Seguros podrá aceptar la prórroga de año en año de los contratos ya existentes. Se extinguirá al término de la anualidad en que el asegurado cumpla 70 años de edad.

11.

Regulación coberturas complementaria

11.1 Pago de primas de los seguros complementarios

Tendrán el mismo régimen de pago que el seguro de “Salud”. La duración y vencimiento de los complementarios se ajustará al del seguro principal.

11.2 Regulación de los seguros complementarios

Lo no regulado específicamente en los seguros complementarios se regirá, siempre que sea aplicable, por el resto de las condiciones generales del seguro principal.

11.3 Revalorización automática

Las sumas aseguradas así como las primas correspondientes de este contrato del seguro de accidentes individual se reajustarán automáticamente en cada vencimiento anual, en la misma proporción en que se modifique el Índice de Precios al Consumo publicado por el Instituto Nacional de Estadística.

La revalorización de la indemnización tendrá su correspondiente efecto en la prima a abonar y se reflejará en el recibo.

11.4 Subrogación

1. Exclusivamente en lo que se refiere a la garantía de “Asistencia médica”, DKV Seguros podrá ejercer, con gastos a su cargo, los derechos y acciones que, por razón del siniestro, pudieran corresponder al asegurado frente a las personas responsables del accidente.

No podrá ejercer, en perjuicio del mismo, los derechos en que se haya subrogado.

2. Si fuera necesario, el asegurado estará obligado a ratificar esta subrogación y otorgar los poderes oportunos y será responsable de los perjuicios que, con sus actos y omisiones, pueda causar a DKV Seguros en su derecho a subrogarse.

11.5 Prescripción y jurisdicción

1. Las acciones derivadas del contrato prescriben a los cinco años, a contar desde el día en que se puedan ejercer.

2. Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato el del domicilio del asegurado en España. Cualquier pacto en contrario será nulo.

11.6 Comunicaciones

1. Las comunicaciones efectuadas por un corredor a DKV Seguros, en nombre del tomador del seguro, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio tomador, salvo indicación en contrario.

2. El pago del importe de la prima efectuada por el tomador del seguro al corredor no se entenderá realizado a DKV Seguros salvo que, a cambio, el corredor entregue al tomador del seguro el recibo de prima oficial de DKV Seguros.

3. Las comunicaciones que efectúe el tomador del seguro al agente de seguros que media o que haya mediado en el contrato surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a DKV Seguros.

4. Para que tengan eficacia contractual, las comunicaciones entre el asegurado (o su corredor) y DKV Seguros (o su agente) deberán hacerse por escrito.

Anexo I: Asistencia en viaje

1. Disposiciones previas

1.1 Personas aseguradas

La persona física, residente en España, beneficiaria del seguro de Asistencia Sanitaria de DKV Seguros.

1.2 Ámbito del seguro

El seguro tiene validez en el mundo entero a partir del límite provincial de la residencia habitual del asegurado.

Sólo las garantías 2.1.1.1, 2.1.2.1, 2.2.8 y la garantía 2.2.2 en lo referente a gastos de hotel no son de aplicación en España, prestándose únicamente en los viajes que el asegurado realice en el extranjero.

1.3 Duración del seguro

Será la misma que la de la cobertura principal del seguro de asistencia sanitaria.

1.4 Validez

Para poder beneficiarse de las prestaciones garantizadas, el asegurado debe tener su domicilio habitual en España, residir habitualmente en él y no permanecer fuera de dicha residencia más de 180 días consecutivos por viaje o desplazamiento.

2. Descripción de las coberturas

2.1 Garantías médicas

2.1.1 Costes médicos directos

2.1.1.1 Gastos médicos, farmacéuticos, quirúrgicos, de hospitalización y de ambulancia en el extranjero

DKV Seguros se hará cargo de los gastos médico – quirúrgicos, farmacéuticos, prescritos por un médico, de hospitalización y ambulancia, que sobrevengan a consecuencia de una enfermedad o accidente ocurrido durante su viaje en el extranjero, hasta un límite de 20.000 euros.

2.1.1.2 Gastos odontológicos de urgencia

Si durante el viaje aparecen problemas odontológicos agudos como infecciones, dolores o traumas que requieren un tratamiento de urgencia, DKV Seguros se hará cargo de los gastos inherentes al citado tratamiento, hasta un máximo de 150 euros.

2.1.2 Costes indirectos

2.1.2.1 Prolongación de estancia en un hotel

Cuando sea aplicable la anterior garantía de pago de gastos médicos (2.1.1.1), DKV Seguros se hará cargo de los gastos de prolongación de estancia del asegurado en un hotel, después de la hospitalización y bajo prescripción médica, hasta un importe de 30 euros por día y con un máximo de 300 euros.

2.1.2.2 Repatriación o traslado sanitario

En caso de que el asegurado sufra una enfermedad o accidente durante el viaje, DKV Seguros se hará cargo de:

- a) Los gastos de transporte en ambulancia hasta la clínica u hospital más próximo.
- b) Establecer contacto con el médico que atienda al asegurado herido o enfermo, para determinar las medidas convenientes, el mejor tratamiento a seguir y el medio más idóneo para su eventual traslado, si fuera necesario, hasta otro centro hospitalario más adecuado o hasta su domicilio.

c) Los gastos de traslado del herido o enfermo por el medio de transporte más adecuado hasta otro centro hospitalario o hasta su domicilio habitual.

Si el asegurado fuera ingresado en un centro hospitalario no cercano a su domicilio, DKV Seguros se hará cargo de su posterior traslado hasta el mismo, una vez recibida el alta hospitalaria.

El medio de transporte utilizado en Europa y países ribereños del Mediterráneo, cuando la urgencia y la gravedad del caso lo requiera, será el avión sanitario especial.

En otro caso, o en el resto del mundo, el traslado se efectuará por avión de línea regular o por los medios más rápidos y adecuados, según las circunstancias.

2.1.2.3 Repatriación de fallecidos y sus acompañantes

DKV Seguros se hará cargo de todas las formalidades que deban efectuarse en el lugar del fallecimiento del asegurado y de la repatriación del cuerpo hasta el lugar de su inhumación en España.

Si el asegurado fallecido viajara acompañado de otros asegurados familiares y estos no pudieran regresar por los medios inicialmente previstos o por no permitírsele su billete de regreso contratado, DKV Seguros se hará cargo del transporte de los mismos hasta el lugar de la inhumación o de su domicilio en España.

Si los familiares fueran hijos del asegurado fallecido menores de 15 años y no contaran con un familiar o persona de confianza para acompañarles en el viaje de regreso, DKV Seguros pondrá a su disposición una persona para que viaje con ellos hasta el lugar de la inhumación o de su domicilio en España.

Si el asegurado fallecido hubiera viajado solo, DKV Seguros facilitará a un familiar un billete de ida y vuelta para acompañar el cadáver.

2.2 Otras garantías

2.2.1 Repatriación o traslado de otros asegurados

Cuando a uno de los asegurados se le haya trasladado o repatriado por enfermedad o accidente y esta circunstancia impida al resto de los familiares también asegurados, el regreso hasta su domicilio por los medios inicialmente previstos, DKV Seguros se hará cargo de los gastos correspondientes a:

- a) El transporte de los restantes asegurados hasta el lugar de su residencia habitual o hasta el lugar donde esté hospitalizado el asegurado repatriado o trasladado.
- b) La puesta a disposición de una persona para que viaje y acompañe a los restantes asegurados de los que se trata en el punto a) anterior, cuando éstos fueran hijos menores de 15 años de edad del asegurado repatriado y no contaran con un familiar o persona de confianza para acompañarles en el viaje de regreso.

2.2.2 Viaje de un acompañante

Cuando el asegurado se encuentre hospitalizado más de cinco días, DKV Seguros pondrá a disposición de un familiar del asegurado un billete de ida y vuelta, para que acuda a su lado. Además, si la hospitalización tuviese lugar en el extranjero, DKV Seguros se hará cargo de los gastos de estancia del familiar en un hotel, con los justificantes oportunos, hasta 30 euros diarios y con un máximo de 300 euros.

2.2.3 Regreso anticipado a su domicilio

Si en el transcurso de un viaje, durante el cual el asegurado se encontrara fuera de su domicilio habitual, se produjera en éste un incendio o siniestro grave, o bien falleciera un familiar de primer grado, DKV Seguros pondrá a disposición del asegurado un billete para regresar a su domicilio, en caso de que el billete que tuviera el asegurado para el viaje de regreso no permitiera adelantar el mismo.

Asimismo, en el caso de que el asegurado, una vez resuelta la situación que le obligó a regresar a su domicilio habitual, deseara reincorporarse a su punto de partida (lugar del viaje en el que se encontraba), DKV Seguros pondrá a su disposición un billete de las mismas características para tal efecto.

2.2.4 Envío de medicamentos

DKV Seguros se encargará del envío de los medicamentos necesarios para la curación del asegurado y que no puedan encontrarse en el lugar donde éste se encuentre.

2.2.5 Consulta médica telefónica

Si el asegurado precisara, durante su viaje, una información de carácter médico, podrá solicitarla por teléfono llamando a la Central de Asistencia.

Dada la imposibilidad de establecer un diagnóstico por teléfono, la información debe ser considerada como una mera orientación, sin que por tanto pueda suponer responsabilidad para DKV Seguros.

2.2.6 Ayuda en la búsqueda del equipaje

En caso de pérdida de equipaje, DKV Seguros prestará su colaboración en la demanda y gestión de su búsqueda y localización y, una vez localizado, asumirá los gastos de envío del mismo hasta el domicilio del asegurado.

2.2.7 Envío de documentos

Si el asegurado precisa algún documento olvidado, DKV Seguros hará todas las gestiones oportunas para hacérselo llegar hasta su lugar de destino.

2.2.8 Gastos de defensa legal y anticipo de fianza en el extranjero

Cuando a consecuencia de un accidente de tráfico, ocurrido durante un viaje en el extranjero, el asegurado tenga necesidad de contratar su defensa legal, DKV Seguros asumirá los gastos que comporte la misma, hasta un límite de 1.500 euros.

Si el asegurado no está en condiciones de designar un abogado, lo hará DKV Seguros, sin que por ello le pueda ser exigida responsabilidad alguna respecto a la posterior actuación del abogado.

Si las autoridades competentes del país en el que ocurra el accidente exigieran al asegurado una fianza penal, DKV Seguros anticipará la misma, hasta un límite de 6.000 euros.

El asegurado tendrá que reintegrar el importe de la fianza anticipada en el plazo máximo de tres meses a partir de la fecha en que DKV Seguros realizó el préstamo. Si antes de ese plazo la cantidad anticipada hubiera sido reembolsada por las autoridades competentes del país, el asegurado queda obligado a restituirla inmediatamente a DKV Seguros.

2.2.9 Ayuda en viaje

Cuando el asegurado necesite conocer cualquier información sobre los países que va a visitar como, por ejemplo, formalidades de entrada, concesión de visados, moneda, régimen económico y político, población, idioma, situación sanitaria, etc.; DKV Seguros facilitará dicha información general si se solicita mediante llamada telefónica o correo electrónico.

2.2.10 Transmisión de mensajes

DKV Seguros se encargará de transmitir los mensajes urgentes a los familiares de los asegurados que se deriven de eventos cubiertos por las garantías de la presente póliza.

3. Delimitaciones del contrato

3.1 Exclusiones

3.1.1 Las garantías y prestaciones que no hayan sido solicitadas a DKV Seguros y que no hayan sido efectuadas con su acuerdo o por él, salvo en casos de fuerza mayor o de imposibilidad material demostradas.

3.1.2 Las enfermedades o lesiones que se produzcan como consecuencia de padecimientos crónicos o previos al inicio del viaje, así como sus complicaciones y recaídas.

3.1.3 La muerte por suicidio o las enfermedades y lesiones resultantes del intento del mismo o causadas intencionadamente por el asegurado a sí mismo, así como las derivadas de acciones criminales, directas o indirectas, de este.

3.1.4 El tratamiento de enfermedades o patologías provocadas por ingestión o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.

3.1.5 Los gastos de prótesis, gafas y lentillas, los partos y embarazos, excepto complicaciones imprevisibles durante sus primeros seis meses, y cualquier tipo de enfermedad mental.

3.1.6 Los eventos producidos por la práctica de deportes en competición y el rescate de personas en mar, montaña o desierto.

3.1.7 Cualquier tipo de gasto médico o farmacéutico inferior a 10 euros.

3.1.8 Los gastos de inhumación y ceremonias funerarias.

4. Disposiciones adicionales

En las comunicaciones telefónicas solicitando la asistencia de las garantías señaladas, se deberá indicar el nombre del asegurado, el número de póliza del seguro de asistencia sanitaria o número de tarjeta asistencial, el lugar donde se encuentra, un número de teléfono y el tipo de asistencia que precisa.

No se responde de los retrasos o incumplimientos debidos a causas de fuerza mayor o a las especiales características administrativas o políticas de un país determinado. En todo caso, si no fuera posible una intervención directa, al asegurado le serán reembolsados los gastos en que hubiera incurrido y se hallen garantizados, mediante la presentación de los correspondientes justificantes, a su regreso a España o, en caso de necesidad, en cuanto se encuentre en un país donde no concurren las anteriores circunstancias.

Las prestaciones de carácter médico y de repatriación sanitaria deben efectuarse previo acuerdo del médico del centro hospitalario que atienda al asegurado con el equipo médico de DKV Seguros.

Si el asegurado tuviera derecho a reembolso por la parte del billete no consumida, al hacer uso de la garantía de repatriación, dicho reembolso revertirá a DKV Seguros.

Las indemnizaciones fijadas en las garantías serán en todo caso complemento de los contratos que pudiera tener el asegurado cubriendo los mismos riesgos, de las prestaciones de la Seguridad Social o de cualquier otro régimen de previsión colectiva.

DKV Seguros queda subrogado en los derechos y acciones que puedan corresponder al asegurado por hechos que hayan motivado la intervención de aquel y hasta el total del importe de los servicios prestados o abonados.

**Para la prestación, por DKV Seguros, de los servicios inherentes a las anteriores garantías, es indispensable que el asegurado solicite su intervención, desde el momento del suceso, al siguiente teléfono (puede hacerlo a cobro revertido):
+34 91 379 04 34.**

Anexo II:
Coberturas
exclusivas
del seguro
DKV Modular
en su modalidad
individual

1. Disposiciones previas

1.1 Personas aseguradas

La persona física, residente en España, beneficiaria del seguro de asistencia sanitaria de DKV Seguros en su modalidad de contratación individual.

1.2 Seguro modalidad individual

A efectos de la contratación se considera que el seguro es de modalidad individual, cuando incluye un mínimo de una persona asegurada y un máximo de nueve, unidas por un vínculo diferente del mero interés por estar asegurados, ser familiares de primer grado (el titular, su cónyuge o pareja de hecho y sus hijos no emancipados menores de 30 años convivientes en la misma residencia familiar) y cuya cobertura en ningún caso se realiza mediante adhesión obligatoria (colectivo cerrado) o voluntaria (colectivos abiertos o cofinanciados) a unas condiciones de contratación y/o contrato único previamente acordados por DKV Seguros y un colectivo contratante.

1.3 Duración del seguro

Será la misma que la de la cobertura principal del seguro de asistencia sanitaria.

1.4 Validez

Para poder beneficiarse de las prestaciones garantizadas, el asegurado debe tener su domicilio habitual y residir en España.

2. Coberturas exclusivas complementarias

La contratación del seguro “DKV Modular” de asistencia médica completa en su modalidad individual es el único que permite al asegurado acceder a las siguientes garantías adicionales:

2.1 Reembolso de los gastos de asistencia médica en el extranjero para enfermedades graves

2.1.1 Ámbito territorial

El asegurado podrá acceder al tratamiento médico y/o quirúrgico de cualquiera de las enfermedades graves descritas a continuación e incluidas en esta garantía, en la modalidad de reembolso de gastos, con las coberturas y límites que se detallan. Para ello, será necesario que acredite, a través de un informe médico, haber sido diagnosticado previamente en España, durante la vigencia del seguro, de las citadas enfermedades.

2.1.2 Objeto de la cobertura

La cobertura máxima de DKV Seguros en las enfermedades graves detalladas a continuación será el **80% del importe de las facturas abonadas por el asegurado para su tratamiento, hasta un límite total de 16.000 euros por asegurado y año**, siempre que estas facturas se hayan producido en el extranjero y correspondan a gastos médicos derivados de prestaciones sanitarias incluidas en el seguro (ver apartado 4 “Descripción de las coberturas” de estas condiciones generales):

2.1.2.1 Infarto de miocardio:

enfermedad que consiste en la oclusión permanente de una porción del tronco principal o una ramificación importante de las arterias coronarias, y de sus complicaciones post-infarto (arritmia cardíaca, insuficiencia cardíaca, bloqueos cardíacos y angor residual).

2.1.2.2 Cáncer: enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado y proliferación de células malignas, la invasión de tejidos incluyendo la extensión directa o metástasis, o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios como en el linfoma de Hodgkin o la leucemia. **En cáncer de piel, sólo se cubrirá el melanoma invasivo, los demás cánceres de piel quedan excluidos.**

En todos los casos el diagnóstico de cáncer deberá apoyarse en un resultado histopatológico de malignidad.

2.1.2.3 Enfermedad cerebrovascular: enfermedad o accidente cerebrovascular que produce secuelas neurológicas de carácter permanente como consecuencia de un infarto de tejido cerebral, hemorragia y embolismo in-situ o desde un lugar extracraneal.

2.1.2.4 Trasplante de órganos: ser receptor de un trasplante de córnea, corazón, hígado, médula ósea y riñón (**excluida la cobertura médica del donante**).

2.1.2.5. Parálisis / paraplejia: pérdida funcional total y permanente del uso de dos o más miembros como consecuencia de una sección medular o enfermedades de tipo neurológico.

Asimismo, quedan cubiertos los gastos de asistencia médica en el extranjero en estas enfermedades graves, pero con las limitaciones y exclusiones de cobertura estipuladas en las condiciones generales (ver apartado 5 “Coberturas excluidas” y 6 “Periodos de carencia”).

2.1.3 Acceso a la cobertura: normativa específica

a) A los efectos de esta cobertura, se entiende comunicado el siniestro cuando el asegurado solicite el reembolso de los gastos médicos producidos en el extranjero por una enfermedad grave diagnosticada previamente en España durante la vigencia del seguro y cubierta por esta garantía, y presente los informes médicos con el diagnóstico médico definitivo que confirme el padecimiento de la misma.

b) En un plazo máximo de quince días, el tomador del seguro o asegurado deberá solicitar el reembolso de los gastos médicos cubiertos por la presente garantía y entregar a DKV Seguros las facturas por él abonadas, con el detalle de los actos médicos realizados, la prescripción y los informes médicos que especifiquen el origen y la naturaleza de la enfermedad.

Para la presentación de esta documentación, DKV Seguros le facilitará el formulario de reembolso, con los mínimos administrativos que deben cumplir las facturas para ser reembolsadas y que se describen al dorso de este documento.

El asegurado y sus familiares deberán facilitar los informes y comprobaciones que DKV Seguros considere necesarias. El incumplimiento de este deber puede dar lugar a la denegación del derecho al reembolso.

c) El reembolso de gastos se efectuará de la siguiente forma:

- › Una vez presentado el formulario de reembolso, con los informes y facturas originales acreditativos de la prestación recibida, DKV Seguros abonará los gastos efectuados, según el porcentaje y con los límites de cobertura señalados anteriormente.
- › El pago se realizará en la cuenta corriente designada para ello. El abono realizado por este medio es plenamente válido, eficaz y liberatorio para DKV Seguros.
- › La facturación de gastos realizada y pagada en divisas por el asegurado se abonará en España en euros al cambio del día del pago. Si éste no constara, se realizará con el cambio correspondiente a la fecha de emisión de la factura o, en su defecto, al de la prestación del servicio.
- › Los gastos de traducción de los informes, facturas o recibos de honorarios médicos correrán a cargo de DKV Seguros exclusivamente si están redactados en idioma inglés, alemán, francés o portugués.

Si figuran en otro idioma, correrán a cargo del asegurado.

d) Una vez pagado el reembolso de gastos, DKV Seguros podrá ejercer el derecho de subrogación, con los límites estipulados en estas condiciones generales (ver apartado 3.5 “Cláusula de subrogación”).

2.1.4 Delimitaciones de la cobertura

Los gastos de asistencia médica en el extranjero en las enfermedades graves descritas en este Anexo quedan cubiertos con la modalidad, ámbito territorial, objeto, forma de acceso, limitaciones de cobertura y riesgos excluidos que se establecen en el propio Anexo II y en los apartados siguientes de las condiciones generales que delimitan la cobertura del seguro:

apartado 2 “Conceptos básicos. Definiciones”

apartado 3 “Modalidad y extensión del seguro”

apartado 4 “Descripción de las coberturas”

apartado 5 “Coberturas excluidas”

apartado 6 “Periodos de carencia”.

2.2 Reembolso de los gastos por servicios de asistencia familiar y/o atención a la dependencia, en caso de acreditarse una dependencia grado 3 por accidente

2.2.1 Objeto de la cobertura

DKV Seguros garantiza el reembolso del 100% del importe de las facturas abonadas por los servicios de asistencia familiar y/o atención a la dependencia, **hasta un límite máximo de 10.000 euros por asegurado**, cuando el asegurado y/o persona en su nombre (tutor legal) acredite una situación de **dependencia Grado 3, reconocida por el “Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia” (SAAD), ocasionada por un accidente cubierto por el seguro a partir de la fecha de entrada en vigor de esta cobertura.**

La indemnización se garantiza siempre que se corresponda con gastos derivados de prestaciones o servicios sociosanitarios incluidos en esta cobertura, **con las limitaciones y exclusiones estipuladas en las condiciones generales de la póliza (ver apartado 5.a, 5.c, 5.d, 5.e “Coberturas excluidas”) y Anexo II (apartado 2.2.3).**

A los efectos de esta cobertura se define la Dependencia grado 3 por accidente, como un estado irreversible en el que la persona dependiente ni puede volver a ser autónoma ni puede pasar a un grado de menor dependencia.

Las prestaciones sociosanitarias y servicios de asistencia familiar o atención a la dependencia, realizados por cuidadores profesionales, a los que da derecho esta garantía, son:

- › Residencias
- › Centros de día de atención especializada
- › Centro de noche

2.2.1.1 Servicios de ayuda domiciliaria: Son aquellos que proporcionan, mediante personal cualificado, una serie de atenciones útiles para personas que tienen una disminución de su autonomía y movilidad personal, con dificultades para levantarse, asearse, vestirse y preparar la comida diaria y que precisen un cuidador permanente.

a) Atención personal:

- › Aseo personal
- › Movilización en el domicilio
- › Cambios de postura e higiene personal de personas encamadas
- › Acompañamiento dentro del domicilio

b) Cuidado del hogar:

- › Limpieza del domicilio
- › Compras domésticas
- › Servicio de cocina

2.2.1.2 Servicio de atención residencial: Son los facilitados en residencias y centros de día o noche atendidos por personal altamente cualificado que aseguran una atención integral; entre otros, médicos, enfermeros, fisioterapeutas, psicólogos o terapeutas ocupacionales. Este servicio permite el acceso a estancias temporales, permanentes y a centros de día.

2.2.1.3 Servicio de teleasistencia fija y móvil: Son los dispositivos móviles o fijos de comunicación en conexión permanente con una central de alarma para casos de emergencia.

Se trata de un servicio individual y adaptado, atendido por trabajadores sociales, psicólogos y médicos las 24 horas del día y los 365 días del año, dentro o fuera del hogar, al que se tiene acceso a través de un terminal específico.

La única limitación establecida será la de que el beneficiario deberá mantener las funciones cognitivas suficientes para el uso de la tecnología correspondiente.

2.2.1.4 Servicio de adaptación del hogar: Se refiere al conjunto artículos destinados a adaptar la vivienda a sus necesidades. Estos productos permiten mejorar el acceso y la movilidad en todos los rincones de su casa.

El asegurado y/o persona en su nombre (tutor legal) podrá solicitar el reembolso a DKV Seguros del total de los gastos producidos por los servicios de asistencia familiar y/o atención a la dependencia descritos en este apartado, hasta un límite máximo de 10.000 euros por asegurado.

Para ello resulta imprescindible presentar la resolución que reconozca al asegurado la situación de Dependencia grado 3 (nivel 1 o 2) otorgada por el órgano administrativo competente del “Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia” de su comunidad autónoma, en el que se especificarán las causas y las circunstancias de la situación de dependencia.

La cobertura de dependencia se extingue de forma automática y definitiva al percibir el asegurado el capital máximo garantizado de 10.000 euros por este concepto durante la vigencia del seguro, a través de la modalidad de reembolso de gastos.

2.2.2 Acceso a la cobertura

a) Requisitos para ser beneficiario de la cobertura de dependencia:

- › Tener derecho a la prestación por dependencia en España y cumplir los requisitos legales para acceder a la misma.
- › Estar incluido en la póliza de salud como asegurado en el momento de la ocurrencia del accidente, de la solicitud del reembolso de gastos por Dependencia grado 3, y en el del devengo de la prestación.

› Que el accidente ocurrido no sea consecuencia de actividades o circunstancias excluidas de la cobertura general del seguro de salud (apartados 5.a, 5.c, 5.d y 5.e “Coberturas excluidas” de las condiciones generales) o excluidas específicamente de la cobertura de dependencia (apartado 2.2.3 de éste Anexo).

› Encontrarse en situación de Dependencia grado 3, según los grados establecidos en la Ley de Dependencia 39/2006 de 14 de diciembre, y el Baremo de valoración de la situación de dependencia (Real Decreto 504/2007, de 20 de abril) en vigor en España.

› Aportar la resolución, fechada y firmada, con la calificación o reconocimiento de la situación de Dependencia grado 3 otorgada por el órgano administrativo competente del “Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia” de la comunidad autónoma, en el que se especificarán las causas y las circunstancias de la situación de dependencia.

b) Documentación necesaria para el reconocimiento de la prestación:

Para ser beneficiario del reembolso de dependencia, el asegurado deberá presentar la acreditación completa de la situación de dependencia aportando los siguientes documentos (originales o compulsados):

1. Datos personales, familiares y profesionales del asegurado causante de la prestación.
2. Calificación otorgada por el órgano administrativo competente del “Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia”, en el que se especificarán las causas y las circunstancias de la situación de dependencia.
3. Informes médicos con las condiciones de salud del dependiente, y el informe social realizado por el asistente social.
4. Todos aquellos documentos adicionales que sean necesarios para poder acreditar el derecho a percibir la prestación.
5. Resolución emitida y la fecha, con la calificación o reconocimiento de la situación de Dependencia grado 3, a partir de la cual se tendrá derecho al reembolso de la prestación sociosanitaria.

El incumplimiento de los requisitos anteriores puede dar lugar a la denegación del derecho al reembolso.

c) El reembolso de gastos se efectuará de la siguiente forma:

- › Una vez presentado el formulario de reembolso, con los informes y facturas originales acreditativos de la prestación recibida, DKV Seguros abonará los gastos efectuados, según el porcentaje y con los límites de cobertura señalados anteriormente.
- › El pago se efectuará en la cuenta corriente designada para ello. El abono realizado por este medio es plenamente válido, eficaz y liberatorio para DKV Seguros.
- › La facturación de gastos pagada en divisas por el asegurado se abonará en España en euros al cambio del día del pago. Si éste no constara, se realizará con el cambio correspondiente a la fecha de emisión de la factura o, en su defecto, al de la prestación del servicio.
- › Los gastos de traducción de los informes, facturas o recibos de honorarios médicos correrán a cargo de DKV Seguros exclusivamente si están redactados en idioma inglés, alemán, francés o portugués.
Si figuran en otro idioma, correrán a cargo del asegurado.

2.2.3 Riesgos excluidos de la cobertura

Están excluidas de la cobertura de dependencia:

1. **El reembolso de los gastos por servicios de ayuda familiar y/o atención a la dependencia no detallados en el Anexo II de las condiciones generales.**
2. **El reembolso de los gastos por servicios de ayuda familiar y/o atención a la dependencia detallados en el Anexo II de las condiciones generales, cuando la situación de Dependencia grado 3:**
 - a) Es producida por un accidente causado por actividades o en circunstancias excluidas expresamente de la cobertura general del seguro de salud (apartados 5.c, 5.d, 5.e. de las condiciones generales).

b) Es consecuencia y/o secuela, o complicación de lesiones producidas en un accidente ocurrido con anterioridad (preexistente) a la fecha de inclusión de cada asegurado en la póliza.

c) Es debida a un accidente sufrido en situación de enajenación mental, bajo la influencia de bebidas alcohólicas o drogas de cualquier tipo o sustancias psicotrópicas en general, aunque estas no hayan sido la causa del accidente.

d) Es consecuencia de accidentes que tengan su origen en actos de imprudencia temeraria o culpa grave, tentativas de suicidio, y los derivados de participación en apuestas, competiciones, desafíos, peleas o agresiones.

e) Esté producida por accidentes derivados de la práctica de los siguientes deportes: automovilismo y motociclismo en cualquiera de sus modalidades, caza, submarinismo, navegación en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros, hípica, escalada, alpinismo, espeleología, boxeo, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, paracaidismo, aerostación, vuelo libre, vuelo sin motor, y en general cualquier deporte o actividad recreativa de carácter notoriamente peligroso.

f) Se produzca por accidentes ocurridos viajando, ya sea en calidad de pasajero o tripulante de aeronaves de capacidad inferior a diez plazas de pasajeros.

3. El reembolso de los gastos por servicios de ayuda familiar y/o atención a la dependencia, por haberse extinguido el derecho a la prestación, al percibir el asegurado el capital máximo garantizado por este concepto durante la vigencia en un seguro/s de asistencia médica completa de modalidad individual contratado/s con anterioridad.

El tomador, a los efectos descritos en el artículo 3.º de la Ley de Contrato de Seguro, reconoce haber recibido un ejemplar de las presentes condiciones generales y anexos del contrato, que acepta mediante su firma y otorga expresamente su conformidad a las cláusulas limitativas y delimitadoras incluidas en el mismo y, en especial, a las exclusiones de coberturas que se especifican en los apartados 5. y 9.8, que han sido resaltadas de manera especial y separadamente, y cuyo contenido conoce y comprende por haberlo leído.

El tomador del seguro

El asegurado

Por DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E.
El Consejero Delegado

A handwritten signature in black ink, consisting of a horizontal line that loops upwards and then downwards, ending in a vertical stroke.

DKV | ERGO es el equipo de especialistas que trabaja para tu tranquilidad y seguridad integral. DKV te asesora en las áreas de Salud, Renta y Accidentes, mientras que ERGO se centra en las áreas de Vida, Hogar y Decesos.

DKV integralia 

Fundación para la integración laboral
de personas con **discapacidad**

 **Empresa
Responsable**

Responsables con tu salud,
con la sociedad y con el planeta.



Somos una
empresa excelente.

