

DKV Integral



Condiciones generales



Cuidarte es fácil

Condiciones generales

DKV Integral

Torre DKV, av. María Zambrano, 31
50018 Zaragoza

Capital suscrito y desembolsado: 66.110.000 euros

DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E., inscrita en el Registro Especial de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones por O.M. de 12 de julio de 1956. Con domicilio social en España, Torre DKV - Avenida María Zambrano 31 (50018, Zaragoza) inscrita en el Registro Mercantil de la provincia de Zaragoza, tomo 1.711, folio 214, hoja Z-15152, con NIF A-50004209 e inscrita en la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (DGSyFP), con la clave C-0161.

Cód. 2DNP1.CG/55_V2
Edición actualizada enero 2026

Todo el contenido de este contrato y anexos es copyright de DKV Seguros. Está prohibida la reproducción del mismo parcial o totalmente sin la debida autorización. Reservados todos los derechos.

DKV Seguros facilita este documento a todas las personas que lo soliciten para su análisis y consulta, incluso sin que medie voluntad firme de contratación, para contribuir a la claridad y transparencia de la información de DKV Seguros y del lenguaje del sector asegurador, en general.

BIENVENIDO A DKV INTEGRAL. TU TIEMPO ES SALUD.

¿Qué incluye este seguro?

Queremos asegurarnos de que entiendas en qué consiste este seguro, por lo que hemos hecho todo lo posible para que estas condiciones generales sean fáciles de entender. Por favor, tómate unos minutos para leerlo.

¿Quieres saber más?

Para facilitar la comprensión, hemos incluido un glosario con los términos clave en el apartado “Definiciones”, al final de este documento. Estos términos te ayudarán a saber de qué estamos hablando por lo que te recomendamos que los leas con detenimiento.

Asimismo, hemos destacado de modo especial (en **negrita**) las cláusulas limitativas de los derechos de las personas que estén aseguradas y las hemos agrupado en un apartado específico (“Exclusiones del seguro”) para su mejor identificación y comprensión.

Por último, si necesitas buscar un apartado en concreto o quieres tener una vista global de todos los contenidos que vas a encontrar, consulta el índice de la siguiente página, denominado “¿Qué encontraré en este documento?”.

Gracias

Esperamos que todo ello te sea de utilidad y que en adelante puedas disfrutar de todos los beneficios de contratar este seguro con DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E. (en adelante, DKV Seguros).

¿QUÉ ENCONTRARÉ EN ESTE DOCUMENTO?

Condiciones generales	5
Sobre el contrato de seguro	5
¿Qué cubre DKV Integral?	5
¿Qué documentos integran el contrato de seguro?	5
¿Qué personas intervienen?	5
¿Cuándo comienza y finaliza la cobertura?	5
¿Cómo funciona el pago del seguro?	6
¿Qué pasa si no pagas el seguro?	6
¿El precio del seguro puede modificarse?	6
¿Tendré que pagar cada vez que utilice mi seguro?	7
Descripción de la cobertura	8
Modalidad y extensión del seguro	8
Coberturas	11
Exclusiones generales del seguro	41
Periodos de carencia	43
Beneficios	45
Servicios adicionales	46
Derechos y obligaciones	54
Protección de datos	57
Definiciones	59
Aceptación de las condiciones generales	66

Cláusulas limitativas 67

CONDICIONES GENERALES

Este documento son las condiciones generales de DKV Integral. En ellas se recogen todas las prestaciones que DKV Seguros ofrece, con las limitaciones, restricciones y obligaciones que, las personas aseguradas, tendrán que cumplir para poder disfrutar de ellas.

Como persona tomadora podrás, en el plazo de un mes desde que se te entregue el contrato, solicitar que se subsanen las diferencias que pueda haber con respecto a las condiciones acordadas. Por eso es importante que lo leas y compruebes que se ajusta a lo declarado y solicitado. Pasado este plazo, aplicará el contenido de este documento.



SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

¿Qué cubre DKV Integral?

Este seguro está pensado para cuidar la salud de las personas aseguradas ante situaciones que precisen asistencia médica.

Con DKV Integral, dispones de asistencia médica primaria, especialistas con medios de diagnóstico y tratamiento, hospitalización y cirugía, ambulancias y urgencias. Incluso un seguro complementario de asistencia en viaje en caso de urgencia. Tú decides a qué médico o a qué centro de nuestra red quieres acudir.

¿Qué documentos integran el contrato de seguro?

El contrato de seguro comprende de forma inseparable las condiciones particulares, especiales si las hubiera, generales, limitaciones del seguro y los suplementos o apéndices que recojan las modificaciones acordadas por las partes. Asimismo, forman parte del contrato el “anexo de coberturas: tarifas dentales”, la “solicitud” y la “declaración de salud” (en los casos que corresponda).

¿Qué personas intervienen?

- La persona tomadora del seguro: la que pacta y firma el contrato, quien no tiene por qué estar asegurada.
- La persona asegurada: la persona a quien se presta la asistencia médica.
- El mediador: quien media en la operación de seguros.
- El asegurador: que es quien asume el riesgo pactado en el contrato, siendo en este caso, DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E., inscrita en el Registro Especial de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones por O.M. de 12 de julio de 1956. Con domicilio social en España, Torre DKV - Avenida María Zambrano 31 (50018, Zaragoza) inscrita en el Registro Mercantil de la provincia de Zaragoza, tomo 1.711, folio 214, hoja Z-15152, con NIF A-50004209 e inscrita en la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (DGSyFP), con la clave C-0161.

¿Cuándo comienza y finaliza la cobertura?

El seguro se contrata por el periodo previsto en las condiciones particulares.

El contrato se prorrogará **automáticamente** por periodos anuales. Cualquiera de las dos partes, persona tomadora o DKV Seguros, puede oponerse mediante **notificación escrita** a la otra, haciéndolo un mes antes de que acabe el periodo de cobertura si eres la persona tomadora, y dos meses antes si lo quiere hacer la aseguradora.

El contrato quedará en suspenso (es decir, no entrará en vigor) hasta que la persona tomadora haya pagado el primer recibo, firmado y entregado a DKV Seguros la solicitud con el cuestionario de salud (cuando corresponda) y una copia del contrato, mostrando así que está de acuerdo con sus condiciones.

¿Cómo funciona el pago del seguro?

La prima del seguro deberás abonarla en su totalidad al inicio del contrato o de su renovación, ya que es única y anual. No obstante, si hemos acordado su fraccionamiento en periodos más cortos (semestrales, trimestrales o mensuales), el recibo incluirá el recargo correspondiente.

El recibo del seguro se compone de la prima neta de recibo (que incluye el recargo por fraccionamiento en caso de que la prima este fraccionada), los impuestos que le sean de aplicación por ley y los copagos (si los hubiera).

¿Qué pasa si no pagas el seguro?

Si no pagas el primer recibo de prima, la aseguradora tiene derecho a resolver el contrato o a reclamar su pago. Además, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la aseguradora quedará liberada de sus obligaciones.

Y, si el impago es de los recibos siguientes, las coberturas quedan suspendidas transcurrido un mes desde la fecha del recibo. Durante ese tiempo, no estarás protegido por tu seguro y no podrán atenderte. Veinticuatro horas después de pagar la totalidad de recibos pendientes, la persona asegurada vuelve a estar protegida por las coberturas de la póliza y atendida en los siniestros que se produzcan a partir de ese momento.

En caso de que no pagues la prima anual o uno de los recibos fraccionados, la aseguradora podrá reclamar el importe total de la prima anual.

Si las personas aseguradas no hicieran uso de su seguro en la anualidad reclamada y la aseguradora no reclamara el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la póliza, el contrato se extinguirá.

¿El precio del seguro puede modificarse?

En cada renovación del seguro, el precio podrá modificarse.

El nuevo precio y el coste por acto médico serán los que resulten de aplicar los cálculos técnico-actuariales, las variaciones del precio de los servicios médicos y las modificaciones de garantías que se hubieran producido, conforme a lo previsto en este contrato de seguro, las edades de las personas aseguradas y la zona geográfica de residencia.

Si los métodos matemáticos utilizados por DKV Seguros para calcular este nuevo precio revelaran algún otro riesgo significativo o factor a considerar, te informáramos antes de la renovación del seguro, para que puedas tomar una decisión con toda la información a tu alcance.

El importe fijado para el precio total, una vez recogidos los recargos correspondientes, deberá atender a los principios de suficiencia y equilibrio técnico, conforme a la normativa reguladora de la actividad aseguradora.

Si la prima anual fijada para el nuevo periodo se incrementara respecto al anterior, la aseguradora comunicará a la persona tomadora el detalle del nuevo precio y las nuevas coberturas al menos dos meses antes de la fecha de vencimiento del seguro mediante envío de comunicación escrita por correo electrónico u otro medio válido facilitado por la persona tomadora.

En caso de no estar de acuerdo, deberás oponerte a la prórroga del contrato de seguro con un mínimo de un mes de antelación.

Te recordamos que puedes consultar el precio y las condiciones generales vigentes de tu seguro en tu área de cliente de areadelcliente.dkv.es o en las oficinas de DKV Seguros.

Asimismo, DKV Seguros podrá modificar, en cada renovación, la Red DKV de Servicios Sanitarios que te corresponda concertada en España (en adelante, Red DKV de Servicios Sanitarios), las prestaciones sanitarias cubiertas, las tarifas, los servicios y beneficios incluidos, las bonificaciones, las tarifas dentales y de los servicios adicionales del DKV Club Salud & Bienestar, la prima anual, los copagos y el límite máximo anual de copagos de acuerdo a los principios de suficiencia de primas y equilibrio técnico, y a los cálculos técnico-actuariales basados en las edades de las personas aseguradas, la zona geográfica de residencia, los costes de los servicios y la innovación tecnológica.

Además, la Red DKV de Servicios Sanitarios, la Red DKV Club Salud & Bienestar, los servicios, las franquicias dentales indicadas en el “anexo de coberturas: tarifas dentales”, y las tarifas o descuentos del DKV Club Salud & Bienestar, podrán ser modificados por DKV Seguros al vencimiento natural del contrato de seguro.

¿Tendré que pagar cada vez que utilice mi seguro?

DKV Integral permite elegir entre: una modalidad sin copago, en la que podrás acceder a las coberturas de asistencia sanitaria sin necesidad de abonar una cantidad adicional cada vez que utilices alguna de las garantías cubiertas por el contrato; y varias modalidades con copago, esto quiere decir que, además del precio del seguro, tendrás que abonar una cantidad adicional cada vez que utilices alguna de las garantías de asistencia sanitaria cubiertas por el contrato (ver apartado "Tabla de grupos de actos médicos y copagos" de tu contrato de seguro).

El cobro de dicha cantidad (copago) se llevará a cabo a través de un recibo domiciliado en la cuenta designada para el pago del seguro, que se indica en el apartado “¿Cómo funciona el pago del seguro?”.

En caso de que no se abonen los copagos, la cobertura del seguro quedará suspendida hasta la liquidación del importe correspondiente, ya que es igual que el impago de una parte de la prima.

Aunque se anule el contrato, de todos modos, tendrás que pagar los importes correspondientes a las garantías médicas utilizadas durante la vigencia de este.

La cantidad máxima que abonarás en concepto de copago será de 600 euros por año y por persona asegurada. Una vez alcanzado el límite máximo de copago, no volverás a pagar nada cuando realices un acto médico hasta la renovación del contrato.

Si tienes alguna duda al respecto puedes consultarla en el número de teléfono de Atención al Cliente de DKV Seguros 900 810 072 - 976 506 000.

Por otra parte, para acceder a determinados servicios dentales de la cobertura de odontología tendrás que abonar la tarifa indicada en el “anexo de coberturas: tarifas dentales” que podrás encontrar en la web medicos.dkv.es.

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Modalidad y extensión del seguro

¿Cuál es el objeto del seguro?

DKV Integral cubre:



la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria



en las especialidades médicas que indicamos en el apartado “Coberturas”



dentro de los márgenes y en los términos que se indican en el contrato y también en la solicitud



siempre que hayas pagado el primer recibo y firmado la documentación.

¿Y los nuevos avances médicos?

Los avances médicos pueden pasar a formar parte de las coberturas de la póliza. Para ello:

1. Tienen que estar aprobados por la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (RedETS), dependientes del Ministerio de Sanidad, mediante un informe positivo de su coste-efectividad.
2. Tendrán que estar incluidos expresamente en el apartado “Coberturas” de este documento. Cada vez que se renueve el seguro, la compañía definirá las nuevas coberturas para las indicaciones que se detallen para el siguiente periodo. DKV Seguros informará de los cambios a la persona tomadora en cada renovación.

¿Dónde estoy asegurado?



Con DKV Integral estás cubierto en la Red DKV de Servicios Sanitarios concertada en España, en la modalidad de pago de los gastos sanitarios (artículo 105 de la Ley de Contrato de Seguro) y no en la de prestación directa de los servicios médicos y quirúrgicos, siempre que tu domicilio de residencia habitual se encuentre en España (excepto que DKV Seguros acepte lo contrario).

Si en alguna población no existe alguno de los servicios cubiertos se te facilitará en la localidad de tu elección donde pueda realizarse.



Además, dispones de una cobertura de asistencia en viaje (ver apartado “Asistencia en viaje”) a la que puedes acceder llamando al número de teléfono +34 91 379 04 34.

¿Qué médicos y centros tengo a mi disposición?

Puedes elegir cualquier médico y centro hospitalario siempre que forme parte de la Red DKV de Servicios Sanitarios.

Para consultar los médicos y centros que forman parte de la red puedes llamar por teléfono al 900 810 072 - 976 506 000 o acceder a la app Quiero cuidarme Más.



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.

En caso de defectuosa praxis médica u hospitalaria la persona asegurada 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.

¿Cómo puedo acceder a las coberturas?

1. **Escoge el centro** de la Red DKV de Servicios Sanitarios al que quieres acudir y concierta una cita.

2. **Acude a la consulta.** Una vez allí deberás presentar:

- Tu tarjeta MediCard®, personal e intransferible.
- Tu Documento Nacional de Identidad o, en su caso, documento oficial identificativo (pasaporte, NIE, etc.).
- Las autorizaciones en los casos en los que sean necesarias (ver apartado “¿Qué prestaciones requieren autorización?”).

¿Qué prestaciones requieren autorización?

Algunas de las prestaciones del seguro requieren autorización por parte de la compañía, por ejemplo, algunas pruebas diagnósticas y tratamientos complejos, traslados en ambulancia, hospitalización, cirugías, prótesis e implantes.

Si tienes alguna duda sobre los actos diagnósticos y terapéuticos de tu seguro que requieren autorización previa por parte de DKV Seguros, puedes consultarla a través de WhatsApp en el 960 160 602 o a través de la dirección de correo electrónico autorizaciones@dkvseguros.es.

Por otra parte, si quieres solicitar una autorización puedes hacerlo:

- Por correo electrónico a: autorizaciones@dkvseguros.es.
- A través del área privada del cliente en la web: areadelcliente.dkv.es.
- Mediante la app Activa DKV.
- Escribiéndonos por Whatsapp al número: 960 160 602.
- En nuestras oficinas.
- O llamando al teléfono: 900 810 072 - 976 506 000.

Para ello, necesitarás obtener primero la prescripción de un médico de la Red DKV de Servicios Sanitarios.

Para emitir las autorizaciones, tramitar los siniestros, informar sobre servicios adicionales 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 o centro sanitario, o podrá solicitar a la persona asegurada un informe médico adicional en el que consten los antecedentes, los factores de riesgo, el diagnóstico y la necesidad de tratamiento.

Con dicha prescripción y tras las correspondientes comprobaciones administrativas DKV Seguros emitirá tu autorización, excepto si considera que se trata de una prestación que no está cubierta por el seguro.



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, según la modalidad contratada, siempre que la persona asegurada o persona en su nombre notifique el hecho de manera fehaciente 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, DKV Seguros quedará vinculada económicamente hasta el momento en que manifieste de manera fehaciente sus reparos a la orden del médico, cuando entienda que la póliza no cubre el acto médico o la hospitalización.

Se entenderá por urgencia en este caso aquella asistencia (de carácter médico o sanitario), que de no prestarse de forma inmediata e inaplazable podría poner en peligro la vida del paciente o su integridad física o causar un menoscabo grave permanente en su salud, sin perjuicio de que se valoren las circunstancias de cada caso concreto.

¿Puedo acceder a médicos o centros no incluidos en la Red DKV de Servicios Sanitarios?

DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E., NIF A-50004209, Torre DKV, av. María Zambrano, 31, 50018 Zaragoza, inscrita en el Registro Mercantil de la Provincia de Zaragoza, tomo 1711, folio 156, hoja nº. Z-15.152.

No, DKV Seguros no se responsabiliza de los honorarios de los facultativos no incluidos en la Red DKV de Servicios Sanitarios, de los gastos de internamiento y servicios que estos ordenen ni de los gastos de internamiento y servicios originados en centros públicos o privados no incluidos en la Red.

Sin embargo, en los casos de urgencia y autorización expresa de la compañía, DKV Seguros asumirá los gastos médico-asistenciales ocasionados en centros ajenos a la Red DKV de Servicios Sanitarios. Para ello, tendrás que comunicarlo a DKV Seguros de forma probada en las 72 horas siguientes al ingreso o al inicio de la prestación asistencial.



Cuando la situación del paciente lo permita se le trasladará a uno de los centros de la Red DKV de Servicios Sanitarios.



Se entenderá por urgencia en este caso aquella asistencia (de carácter médico o sanitario), que de no prestarse de forma inmediata e inaplazable podría poner en peligro la vida del paciente o su integridad física o causar un menoscabo grave permanente en su salud.

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

¿En qué consiste la cláusula de subrogación o cesión de derechos?

Por medio de la subrogación, la compañía de seguros sustituye a la persona asegurada en el ejercicio de las acciones o de los derechos que tendría esta contra los terceros causantes del accidente o siniestro, a fin de poder recuperar de ellos la cantidad por la que civilmente deberían responder a consecuencia de los daños producidos, cuyo pago, en virtud de la póliza de seguro, ha corrido inicialmente a cargo de la aseguradora.

De este modo, y conforme al artículo 82 de la Ley de Contrato de Seguro, una vez pagada la asistencia sanitaria, DKV Seguros podrá ejercer los derechos y acciones que corresponderían a la persona asegurada frente a los terceros que civil o penalmente sean responsables del siniestro que le causó los daños, hasta el límite de los gastos de asistencia pagados.

La persona asegurada está obligada a suscribir a favor de DKV Seguros los documentos necesarios para facilitar la subrogación.

Coberturas

Con DKV Integral dispones de una serie de coberturas que detallamos a continuación. Sin embargo, debes tener en cuenta que DKV Seguros no se hará cargo de las prestaciones sanitarias enumeradas en el apartado “Qué no te cubre” y “Exclusiones generales del seguro”. Los módulos de cobertura que incluye DKV Integral son los siguientes:



Asistencia primaria



Urgencias



**Especialidades
médicas y quirúrgicas**



**Medios de diagnóstico
y métodos
terapéuticos**



Asistencia hospitalaria



Oncología



Embarazo y parto



Medicina preventiva



Discapacidad



Coberturas exclusivas



Salud mental



Planificación familiar



Odontología



**Asesoramiento a
distancia**



Asistencia primaria

¿Qué te cubre?

- ✓ Medicina general: asistencia médica en consulta presencial, virtual y en domicilio, y la prescripción de medios diagnósticos básicos.
- ✓ Servicio de enfermería: en consulta y en domicilio, previa petición escrita de personal médico de la Red DKV de Servicios Sanitarios.
- ✓ Pediatría: asistencia hasta los 14 años, en consulta presencial, virtual y en domicilio, y la prescripción de medios diagnósticos básicos.
También se cubren:
 - La administración de las vacunas del programa de vacunación infantil obligatorio en España. El coste del medicamento corre a cargo del asegurado, excepto cuando se facilite gratuitamente a los centros acreditados de vacunación concertados, por las direcciones provinciales de Salud Pública u organismo equivalente de la comunidad autónoma.
 - Los controles de salud en las edades claves del desarrollo infantil, durante los cuatro primeros años.
- ✓ Analítica básica y radiología simple: cubre los análisis clínicos básicos de sangre y orina, la ecografía abdominal y la radiología simple convencional (sin contraste).
- ✓ Analíticas en el domicilio: cubre la extracción de sangre en el domicilio de la persona asegurada, **previa prescripción de personal médico y con la preceptiva autorización de la compañía, siempre y cuando se acredite mediante informe médico:**
 - Un estado de dependencia asimilable a un grado 3 (gran dependencia) caracterizado por la incapacidad absoluta de la persona asegurada para desplazarse al exterior de su domicilio, o
 - Un estado de dependencia asimilable a un grado 2 (dependencia severa) caracterizado por la dificultad de desplazarse al exterior del domicilio sin apoyo continuo o supervisión de un tercero. **En este caso, se establece un límite máximo de 2 extracciones por persona asegurada y año.**

Asimismo, incluye las siguientes prestaciones de carácter no presencial en la Red DKV de Servicios Sanitarios de Telemedicina, con las limitaciones y exclusiones del producto contratado:

- ✓ Teleconsulta: consulta no presencial, virtual o telemática, con personal sanitario (profesionales de la medicina o la enfermería).
La persona asegurada podrá acceder a la Red DKV de Servicios Sanitarios de Telemedicina concertada a través de la app Quiero cuidarme Más. Por distintos canales de comunicación (voz, texto o videollamada) y previa cita, dispondrá de teleconsultas programadas de diferentes especialidades con profesionales sanitarios habilitados para ello, según el producto contratado.

¿Qué no te cubre?

- ✗ Las pruebas hormonales, inmunológicas, genéticas y biológico moleculares.
- ✗ Los medios de contraste.
- ✗ La asistencia médica especializada.
- ✗ Los tratamientos médicos.
- ✗ Los medios complementarios de diagnóstico (salvo los expresamente incluidos).
- ✗ La asistencia médico-hospitalaria o quirúrgica.
- ✗ El coste de las vacunas y de los extractos en procesos alérgicos.



Urgencias

¿Qué te cubre?

- ✓ Servicio de ambulancias: para los casos de necesidad urgente, comprende los traslados terrestres desde el lugar en el que se encuentre la persona asegurada hasta el hospital de la Red DKV de Servicios Sanitarios más próximo y en el que 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 personal médico de la Red DKV de Servicios Sanitarios con un informe que indique la necesidad de traslado asistido.

- ✓ Urgencias ambulatorias sin internamiento de medicina general y pediatría, en cualquiera de los centros que constan indicados para este fin en la Red DKV de Servicios Sanitarios.
- ✓ Urgencias ambulatorias sin internamiento de las especialidades médicas cubiertas, en cualquiera de los centros que constan indicados para este fin en la Red DKV de Servicios Sanitarios.
- ✓ Urgencias hospitalarias con posibilidad de ingreso si fuera necesario.

En el caso de haber acudido por urgencia a un centro ajeno a la Red DKV de Servicios Sanitarios, la persona asegurada o una persona en su nombre deberá comunicarlo dentro de las 72 horas siguientes al ingreso, de manera probada.

Se entenderá por urgencia en este caso aquella asistencia (de carácter médico o sanitario) que, de no prestarse de forma inmediata e inaplazable, podría poner en peligro la vida del paciente o su integridad física o causar un menoscabo grave permanente en su salud.

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

¿Qué no te cubre?

- ✗ Los traslados requeridos para asistencia a consultas médicas, realización de pruebas diagnósticas, así como cualquier tipo de tratamiento ambulatorio.



Especialidades médicas y quirúrgicas

¿Qué te cubre?

Incluye las consultas presenciales y virtuales de las especialidades médicas y quirúrgicas cubiertas:

- ✓ Alergología e inmunología: **las vacunas serán a cargo de la persona asegurada.**
- ✓ Anestesiología y reanimación.
- ✓ Angiología y cirugía vascular.
- ✓ Aparato digestivo: se cubre la rehabilitación del suelo pélvico en casos de defecación disinérgica o incontinencia anal que no responden al tratamiento, **previa prescripción de especialistas en medicina digestiva y hasta un límite máximo de 10 sesiones por persona asegurada y año.**
- ✓ Cardiología y aparato circulatorio: se cubre la rehabilitación cardiaca tras infarto agudo de miocardio.
- ✓ Cirugía cardiovascular.
- ✓ Cirugía general y digestiva.
- ✓ Cirugía oral y maxilofacial.
- ✓ Cirugía pediátrica.
- ✓ Cirugía plástica y reparadora.
- ✓ Cirugía torácica.
- ✓ Dermatología médico-quirúrgica.
- ✓ Endocrinología y nutrición.
- ✓ Fisioterapia: se efectuará por diplomados en fisioterapia, en un centro idóneo o específico de rehabilitación que cumpla los requisitos establecidos en el punto de "Rehabilitación" de este apartado para los centros de rehabilitación y rehabilitación neurológica, con la prescripción escrita de personal médico rehabilitador, traumatólogo, reumatólogo o neurólogo, para restituir las funciones recuperables del aparato locomotor, y la de especialistas en neurología cuando se solicite, en las indicaciones clínicas detalladas en el punto "Rehabilitación neurológica para daño cerebral adquirido severo" de este apartado.

Asimismo, queda cubierta, con un **límite máximo de 20 sesiones por persona asegurada y año**, la fisioterapia en el domicilio tras hospitalización (superior a 24 horas), previa prescripción de una de las especialidades médicas referidas en el apartado anterior y con la preceptiva autorización de la compañía, siempre y cuando se acredite mediante informe médico:

- Un estado de dependencia asimilable a un grado 3 (gran dependencia) con incapacidad absoluta de la persona asegurada para desplazarse al exterior de su domicilio, o
- Un estado de dependencia asimilable a un grado 2 (dependencia severa) en la que la persona asegurada tiene dificultad para desplazarse al exterior de su domicilio sin apoyo continuo o supervisión de un tercero.

- ✓ Geriátría.
- ✓ Ginecología: se cubre una revisión ginecológica por año con consulta, citología, colposcopia, ecografía ginecológica y mamografía, según protocolos comúnmente aceptados. Además, queda cubierto el Test HPV (ADN-HPV) para diagnosticar la infección del virus del papiloma humano en mujeres con citología cérvico-vaginal patológica (clasificación de Bethesda) y tras conización.
- ✓ Hematología y hemoterapia.
- ✓ Laserterapia: se cubre como técnica de rehabilitación.
- ✓ Logopedia y foniatría: se cubre con prescripción del otorrinolaringólogo, la terapia vocal para la recuperación de las alteraciones de la voz causadas por afecciones de origen orgánico (patología infecciosa, traumática y oncológica) en las cuerdas vocales.
- ✓ Medicina interna.
- ✓ Medicina nuclear.
- ✓ Nefrología.
- ✓ Neumología - Aparato respiratorio: se cubre la rehabilitación respiratoria **en menores de 10 años, con un límite máximo de 10 sesiones por año y, a partir de los 10 años y en los adultos, con un límite de 3 sesiones por año, en casos de enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y en secuelas de la COVID-19.**
- ✓ Neurocirugía.
- ✓ Neurología.
- ✓ Oftalmología.
- ✓ Otorrinolaringología.
- ✓ Reeducción logopédica: se cubre la terapia del habla y del lenguaje en las discapacidades del habla (de articulación, fluidez, por deglución atípica o disfagia oral) y de aprendizaje del lenguaje en la infancia (receptivas y expresivas), **con un límite anual máximo de 20 sesiones por persona asegurada**, y la rehabilitación de su alteración **o pérdida en los adultos tras un accidente cerebro vascular agudo (ictus) hasta un máximo de 20 sesiones por persona asegurada y año.**
- ✓ Rehabilitación: dirigida por personal médico poseedor del título de la especialidad, asistido por fisioterapeutas, para restituir las funciones recuperables del aparato locomotor lesionadas por una enfermedad o accidente. Se realizará en régimen ambulatorio, en un centro con un servicio de rehabilitación idóneo para tal fin.
- ✓ Rehabilitación neurológica para el daño cerebral adquirido severo: terapia física específica, que se incluye sólo en régimen ambulatorio, **hasta un límite máximo de 60 sesiones durante la vigencia de la póliza o vida de la persona asegurada y en centros de referencia a nivel nacional con un servicio de rehabilitación idóneo para tal fin**, exclusivamente para el tratamiento de las siguientes indicaciones clínicas: ictus, anoxia o hipoxia, meningitis, encefalitis, traumatismos craneoencefálicos en accidentes cubiertos por el seguro, cirugía de tumores cerebrales o radiocirugía para su eliminación. En ambos casos, se considera un centro idóneo o específico de rehabilitación, aquel que esté 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 correspondiente.
- ✓ Reumatología.
- ✓ Traumatología.
- ✓ Urología: se cubre la rehabilitación del suelo pélvico por incontinencia urinaria y el diagnóstico de la infertilidad y esterilidad masculina.
- ✓ Asistencia sanitaria por infección VIH/SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) y de las enfermedades causadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH): cubre los gastos derivados del tratamiento **hasta un límite máximo total de 6.000 euros por persona asegurada para toda la duración del contrato (incluidas sus prórrogas) o de su vida, con los límites y exclusiones que se establezcan a la prestación asistencial en los distintos apartados de este contrato.**
- ✓ Asimismo, incluye las siguientes prestaciones de carácter no presencial en la Red DKV de Servicios Sanitarios de Telemedicina, con las limitaciones y exclusiones del producto contratado.
 1. Teleconsulta: consulta no presencial, virtual o telemática, con personal sanitario (profesionales de la medicina o la enfermería). La persona asegurada podrá acceder a la Red DKV de Servicios Sanitarios de Telemedicina concertada a través de la app Quiero cuidarme Más. Por distintos canales de comunicación (voz, texto o videollamada) y previa cita, dispondrá de teleconsultas programadas de diferentes especialidades con personal sanitario habilitado para ello, según el producto contratado.
 2. Teleterapia: terapia no presencial. En la Red DKV de Servicios Sanitarios Telemedicina concertada por la entidad, la persona asegurada podrá acceder previa solicitud y autorización de DKV Seguros a profesionales sanitarios especializados en tratamientos de telerrehabilitación por distintos canales de comunicación (voz, texto o videollamada), dependiendo del tipo de tratamiento a aplicar.

- Teleterapia ocupacional: tratamiento virtual programado que se presta a través de la Red DKV de Servicios Sanitarios

de Telemedicina, previa autorización de la compañía.

En las fases de la enfermedad, en las que la persona se pueda beneficiar de esta modalidad de terapia no presencial, sesiones virtuales de terapia ocupacional prescritas por personal médico rehabilitador o neurólogo para el tratamiento y rehabilitación de la pérdida de funciones cognitivas y motoras en las siguientes patologías neurológicas: enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple e ictus. **Con un límite de 12 sesiones por persona/año.**

- Telefisioterapia: se cubre para el tratamiento de lesiones o enfermedades recuperables del aparato locomotor.
 - Telelogopedia: se cubre para el tratamiento de lesiones o enfermedades recuperables de las cuerdas vocales (de origen infeccioso, oncológico y traumático).
 - Telerreeducación logopédica. Según la edad de la persona asegurada:
- Edad pediátrica (hasta 14 años): para tratar los trastornos del habla (defectos de articulación, fluidez, deglución atípica o disfagia oral) y de aprendizaje del lenguaje en la infancia (receptivas y expresivas).
 - Edad adulta: rehabilitación de la alteración o pérdida de habla y/o lenguaje por un accidente cerebrovascular agudo (ACV).

En estas indicaciones, se establece el mismo límite de sesiones que para la terapia presencial. Las sesiones realizadas de forma presencial, virtual o telemáticas computan conjuntamente en el límite máximo por año estipulado según tipo de trastorno.

- ✓ Podología: cubre las sesiones de quiropodia y la cirugía de la uña incarnada y de los papilomas plantares.

¿Qué no te cubre?

- ✗ El estudio preoperatorio o preanestésico, y el postoperatorio.
- ✗ Cualquier tratamiento, infiltración o actuación que tenga una finalidad estética o cosmética, a no ser que exista un defecto funcional de la parte del cuerpo afectada (no son válidas las razones puramente psicológicas), el tratamiento del lipoedema o lipedema, la ginecología y la cosmetoginecología láser; las curas de adelgazamiento ambulatorias, los tratamientos dermoestéticos en general, incluidos los capilares y la ortoqueratología. Además de las consecuencias y complicaciones derivadas de todas las exclusiones recogidas en este apartado.
- ✗ Los servicios de telemedicina en cualquier modalidad asistencial no indicada expresamente.
- ✗ El coste de las vacunas y de los extractos en procesos alérgicos.
- ✗ La logopedia y la foniatría para la recuperación de los trastornos del habla, la fonación o el lenguaje, causados por alteraciones anatómicas o neurológicas congénitas y psicomotrices de diverso origen, salvo lo detallado en el punto de "Telerreeducación logopédica" de este apartado.
- ✗ La rehabilitación de mantenimiento en lesiones neurológicas irreversibles de diverso origen, en enfermedades o lesiones crónicas del aparato locomotor y por disfunción del suelo pélvico. Queda excluida la estimulación precoz, los tratamientos de rehabilitación para el daño cerebral adquirido en régimen de internamiento hospitalario o cualquier modalidad de rehabilitación que se realice en el domicilio (excepto la indicación señalada en el punto de "Fisioterapia en el domicilio"). La que sea motivo de ingreso hospitalario o que se realice en centros no autorizados o no inscritos en el Registro de Centros y Servicios Sanitarios de la comunidad autónoma respectiva.
- ✗ Todo tipo de dispositivos sanitarios, piezas anatómicas y ortopédicas.



Medios de diagnóstico y métodos terapéuticos

¿Qué te cubre?

Los medios de diagnóstico y los tratamientos médicos, exclusivamente cuando se realizan en consulta y no generan gastos de quirófano o internamiento, previa prescripción escrita de personal médico de la Red DKV de Servicios Sanitarios e indicación del motivo de la exploración. En las pruebas diagnósticas de este apartado que lo requieran, quedan cubiertos los medios de contraste.

- ✓ Aerosolterapia, oxigenoterapia y ventiloterapia, en patología pulmonar o respiratoria en el domicilio. **La medicación será a cargo de la persona asegurada.**
- ✓ Anatomía patológica.
- ✓ Cápsula endoscópica: para el diagnóstico de la hemorragia o sangrado intestinal de origen desconocido u oculto.
- ✓ Cirugía menor del Grupo 0 del nomenclátor de la entidad, realizada exclusivamente en consulta.
- ✓ Dermatología médico-quirúrgica: se cubre la fototerapia ambulatoria con radiación 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 de 35 sesiones por persona asegurada y año.**

- ✓ Diagnóstico cardiológico: electrocardiograma, pruebas de esfuerzo, ecocardiograma, holter, doppler y hemodinámica. Asimismo, queda cubierta la resonancia magnética cardíaca para evaluación y seguimiento de arteriopatía coronaria, valvulopatías, cardiopatías congénitas, miocardiopatías no isquémicas, enfermedad de la aorta, pericárdica, y los tumores cardíacos.
- ✓ Endoscopias digestivas diagnósticas: para la detección precoz de las lesiones del tracto digestivo superior (esofagoscopia, gastroscopia y duodenoscopia) e inferior (colonoscopia, sigmoidoscopia y rectoscopia).
- ✓ Ginecología: comprende el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la mujer y el diagnóstico de la esterilidad. **Los tratamientos de reproducción asistida serán a cargo de la persona asegurada.**
- ✓ Hematología y hemoterapia.
- ✓ Medicina interna.
- ✓ Medicina nuclear: quedan cubiertos los isótopos radioactivos con utilidad diagnóstica y autorizados por la EMA (Agencia Europea del Medicamento).
- ✓ Nefrología.
- ✓ Neumología - Aparato respiratorio: queda cubierta la terapia domiciliaria con CPAP/BiPAP en el 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 cuando el índice de apnea-hipopnea por hora (IAH) sea superior a 30, **hasta un límite máximo de 30 sesiones por persona asegurada y año.** Incluye la poligrafía respiratoria de titulación de dosis para ajustar el dispositivo y alcanzar el nivel de tratamiento adecuado.
- ✓ Neurocirugía.
- ✓ Neurofisiología: electroencefalograma y electromiograma.
- ✓ Neurología.
- ✓ Radiodiagnóstico: incluye técnicas de diagnóstico radiológico complejas (con contraste), tomografía axial computerizada (TAC), resonancia nuclear magnética (RNM) y densitometría ósea.
- ✓ Reumatología.
- ✓ Traumatología.
- ✓ Tomografía de coherencia óptica (OCT): en diagnóstico oftalmológico, según protocolos de práctica clínica comúnmente aceptados.
- ✓ Unidad del sueño: polisomnografía o poligrafía respiratoria en procesos patológicos, previa petición de personal médico especialista; y la terapia del síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño.
- ✓ Urología.
- ✓ Unidad del dolor, para el tratamiento del dolor crónico, quedan cubiertos los tratamientos realizados por unidades especializadas en estas técnicas y el uso de la radiofrecuencia (**excluidos los medicamentos, que son a cargo de la persona asegurada**).

Los medios de diagnóstico y actos terapéuticos que se realizan en clínicas u hospitales, previa prescripción escrita de personal médico de la Red DKV de Servicios Sanitarios e indicación del motivo de la exploración. En las pruebas diagnósticas de este apartado que lo requieran, quedan cubiertos los medios de contraste.

- ✓ Anatomía patológica.
- ✓ Cirugía menor del Grupo I del nomenclátor de la entidad, realizada exclusivamente en consulta.
- ✓ Endoscopias digestivas terapéuticas: incluye la biopsia de las lesiones y el tratamiento quirúrgico de la patología del tubo digestivo superior e inferior.
- ✓ Ginecología: comprende el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la mujer.
- ✓ Hematología y hemoterapia.
- ✓ Litotricia músculoesquelética, (**máximo 10 sesiones por persona asegurada y año**) en centros de referencia de la Red DKV de Servicios Sanitarios a nivel nacional, en pseudoartrosis, osteonecrosis y tendinitis crónicas de inserción (de más de tres meses de evolución) del hombro, codo, cadera, rótula, talón y planta del pie.
- ✓ Medicina nuclear: quedan cubiertos los isótopos radioactivos con utilidad diagnóstica y autorizados por la EMA (Agencia Europea del Medicamento).
- ✓ Nefrología.
- ✓ Neurocirugía.
- ✓ Neurología.
- ✓ Otorrinolaringología: incluye la adenoamigdaloplastia, la cirugía de los cornetes nasales o turbinoplastia, la ablación de la patología rinosinusal por radiofrecuencia. **Se excluye expresamente el uso de la tecnología de radiofrecuencia en otras indicaciones, así como el láser y la radiofrecuencia en la cirugía de la apnea obstructiva del sueño o**

uvulopalatofaringoplastia (cirugía del roncadador).

- ✓ Reumatología.
- ✓ Traumatología.
- ✓ Urología.

La alta tecnología diagnóstica se facilitará en centros de referencia nacional de la Red DKV de Servicios Sanitarios:

- ✓ Angiotomografía computerizada (AngioTC) multicorte y angiorresonancia (AngioRM) para el diagnóstico de la patología vascular arterial y venosa, el seguimiento y control de la integridad de las prótesis vasculares, la evaluación de las dilataciones arteriales o aneurismas, las malformaciones vasculares y las coartaciones, independientemente de su localización.
- ✓ 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 y de la patología oncológica en vías biliares y pancreáticas.
- ✓ Urografía por tomografía computada multicorte (UroTAC) del tracto urinario (sistema colector, uréteres y vejiga) para el estudio de las anomalías congénitas, en el cólico nefrítico o renoureteral cuando las pruebas radiológicas previas no son concluyentes, en la cirugía radical del tracto urinario y cuando esté contraindicada la urografía intravenosa (UIV) o la ureterorenoscopia.
- ✓ Tomografía por emisión de positrones (PET), sola o combinada con la tomografía computerizada (PET-TC) o con la resonancia magnética (PET-RM), en procesos cancerígenos, siempre y cuando la indicación clínica solicitada esté autorizada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) en la ficha técnica del radiofármaco 18Flúor-Fluorodesoxiglucosa (18F-FDG) empleado habitualmente para realizarlas. Asimismo, queda cubierta en otras indicaciones no oncológicas, siempre que estén recogidas en la ficha técnica del radiofármaco. También se cubre el PET con galio en tumores neuroendocrinos gastroenteropancreáticos.
- ✓ Tomografía de fotón único (Espectrografía - SPECT) y la espectroscopia por RM o RMN de alta resolución o campo (3 teslas): en diagnóstico oncológico o epilepsia que no responda al tratamiento médico, según protocolos de práctica clínica comúnmente aceptados.
- ✓ Diagnóstico genético (HLA-DQ2 / DQ8) de la intolerancia al gluten o celiaquía, para menores sintomáticos de hasta 16 años con marcadores serológicos alterados y para aquellas personas adultas en los que la endoscopia o la biopsia digestiva esté contraindicada o no sea concluyente.
- ✓ 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.
- ✓ 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.
- ✓ Tomosíntesis mamaria (3D) para el control y seguimiento de la patología fibroquística y para el diagnóstico precoz oncológico en mamas densas, evitando biopsias innecesarias.
- ✓ Espectrografía (SPECT) de perfusión cerebral y de transportadores presinápticos de dopamina (DaTscan) para el diagnóstico diferencial de la enfermedad de Parkinson con otros trastornos del movimiento.
- ✓ Enterografía por resonancia magnética (enteroRM) en el diagnóstico de la patología obstructiva e inflamatoria intestinal, o por tomografía computerizada (enteroTC) en la hemorragia de origen oculto del intestino delgado.
- ✓ Resonancia magnética multiparamétrica (RMmp) de próstata, previa prescripción del especialista y con informe médico, en las siguientes indicaciones:
 - a) Riesgo clínico elevado de carcinoma de próstata.
 - b) Estadificación local del carcinoma de próstata.
 - c) Vigilancia activa o planificación de terapias focales.
 - d) Sospecha de recidiva tras tratamiento oncológico.

Está excluida como prueba de cribado preventivo o screening.

- ✓ Elastografía de transición hepática (fibroscan). Evalúa el grado de fibrosis del hígado sin necesidad de hacer una biopsia, en la cirrosis, en las enfermedades colestásicas crónicas, y en la hepatitis B y C crónica. **Máximo 1 exploración por persona asegurada y año.**
- Se excluye en la enfermedad hepática alcohólica y en el síndrome metabólico (esteatosis hepática no alcohólica).**
- ✓ Mamografía digital con contraste de alta resolución: prueba de imagen funcional que permite mejorar el diagnóstico del carcinoma de mama cuando haya alta sospecha de lesión tumoral (clasificación BI-RADS) o discordancia entre imágenes; en las recaídas tras cirugía (revisiones postquirúrgicas); para evaluar la extensión del tumor, la respuesta al tratamiento de quimioterapia neoadyuvante o la planificación quirúrgica; así como en sustitución de la resonancia mamaria, cuando esta esté contraindicada. **Está excluido su empleo como prueba de cribado preventivo o screening.**
- ✓ Coronariografía virtual o coronariografía DMD tras infarto agudo de miocardio y en pacientes operados previamente de

patologías cardíacas; la espectrografía cardíaca o SPECT de perfusión miocárdica esfuerzo-reposo, incluido el radiofármaco, para evaluar la perfusión coronaria en la cardiopatía isquémica; y la función ventricular global o regional en la insuficiencia cardíaca y las miocardiopatías.

- ✓ Biopsia prostática cognitiva dirigida por resonancia magnética funcional multiparamétrica (RMmp): **previa prescripción del especialista, con informe médico y con la autorización de la compañía**, para la detección precoz del carcinoma de próstata oculto (no detectable por los inmunoanálisis actuales) en casos de alta sospecha clínica, **con PSA elevado persistente (más de tres meses), o cuando la lesión objetivada en resonancia magnética multiparamétrica (RMmp) de próstata sea informada como PI-RADS ≥ 3 (sospecha indeterminada o alta sospecha de cáncer de próstata).**
- ✓ Biopsia transperineal de próstata guiada por fusión de imágenes de resonancia magnética multiparamétrica (RMmp) y ecografía transrectal (ETR) en tiempo real: **previa prescripción del especialista, con informe médico y con la autorización de la compañía**, se incluye para el diagnóstico precoz del cáncer de próstata oculto **cuando persiste más de tres meses la elevación del antígeno prostático específico o cuando la lesión objetivada en resonancia magnética multiparamétrica (RMmp) de próstata sea informada como PI-RADS ≥ 3 (sospecha indeterminada o alta sospecha de cáncer de próstata).**
- ✓ Pruebas genéticas y de biología molecular: quedan cubiertas con la prescripción de personal 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 la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (RedETS).**

La alta tecnología terapéutica en la Red DKV de Servicios Sanitarios, se facilitará en centros de referencia nacional:

- ✓ Ablación cardíaca por radiofrecuencia guiada por el sistema de navegación cardíaco o mapeo Carto (3D) o cartografía auricular electroanatómica no fluoroscópica. En las indicaciones siguientes:
 - a) Taquiarritmias supraventriculares:
 - Aislamiento eléctrico de las venas pulmonares en la fibrilación auricular paroxística recurrente y en la fibrilación auricular persistente (más de 6 meses) sintomática, refractarias en ambos casos al tratamiento antiaritmico.
 - Taquicardia auricular macrorreentrante (TAM)/aleteo auricular atípico.
 - Taquicardia auricular focal y de vías accesorias.
 - b) Taquiarritmias ventriculares:
 - Taquicardia ventricular relacionada con cicatriz postinfarto agudo de miocardio (TV-IAM).
 - Taquicardia ventricular asociada a cardiopatía no isquémica (cardiopatías congénitas, miocardiopatía dilatada no isquémica, hipertrófica, y arritmogénica del ventrículo derecho).
 - Taquicardia ventricular idiopática (TVI) del tracto de salida del ventrículo derecho y del izquierdo, de la raíz aórtica, fascicular y epicárdica.
 - c) Procedimientos fallidos de ablación por radiofrecuencia guiados por el sistema fluoroscópico convencional.
- ✓ Terapia de entrecruzamiento o crosslinking 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).**

¿Qué no te cubre?

- ✗ La anatomía patológica quirúrgica.
- ✗ El estudio preoperatorio o preanestésico, y el postoperatorio.
- ✗ Las modalidades de fototerapia y sus indicaciones no detalladas.
- ✗ El tratamiento de la roncopatía o apnea obstructiva del sueño (salvo treinta sesiones con CPAP o BiPAP).
- ✗ Los radiofármacos con isótopos radiactivos no autorizados por la EMA (Agencia Europea del Medicamento).
- ✗ Cualquier tratamiento, infiltración o actuación que tenga una finalidad estética o cosmética, a no ser que exista un defecto funcional de la parte del cuerpo afectada (no son válidas las razones puramente psicológicas), el tratamiento del lipoedema o lipedema, la ginestética, y la cosmetoginecología láser; las curas de adelgazamiento ambulatorias, los tratamientos dermoestéticos en general, incluidos los capilares y la ortoqueratología. Además de las consecuencias y complicaciones derivadas de todas las exclusiones recogidas en este apartado.
- ✗ Los tratamientos que usan el láser, excepto en las especialidades e indicaciones que se detallan.
- ✗ La terapia endocrina u hormonal, los inhibidores enzimáticos o moleculares, los fármacos antiangiogénicos, y los sensibilizadores usados en la terapia fotodinámica y radiación.
- ✗ El uso de la tecnología de radiofrecuencia en otras indicaciones, así como el láser y la radiofrecuencia en la cirugía de

la apnea obstructiva del sueño o uvulopalatofaringoplastia (cirugía del roncadador).

- ✗ Los tratamientos médico-quirúrgicos mediante técnicas de radiofrecuencia, salvo aquellos que estén expresamente incluidos.
- ✗ La cámara hiperbárica para cualquier situación clínica.
- ✗ La alta tecnología médica diagnóstica y terapéutica, salvo lo detallado en este apartado.
- ✗ Los procedimientos diagnósticos y las terapias asistidas por robots, o mediante sistemas computerizados, así como los gastos sanitarios asociados a todas ellas (excepto lo detallado en este apartado respecto a las limitaciones y en las indicaciones señaladas).



Asistencia hospitalaria

¿Qué te cubre?

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, los honorarios médicos o quirúrgicos derivados de los tratamientos realizados, la medicación durante el periodo de internamiento, el estudio preoperatorio o preanestésico (consulta, analítica y electrocardiograma), las visitas y curas del postoperatorio inmediato (hasta dos meses después de la cirugía), y la cirugía mayor ambulatoria. Cubre las prestaciones descritas a continuación, derivadas de las especialidades de intervención quirúrgica y hospitalización médica:

- ✓ Anestesia epidural.
- ✓ Cirugía general y digestiva: se cubre la cirugía bariátrica cuando el índice de masa corporal es igual o mayor que cuarenta (obesidad mórbida), en centros de referencia nacional concertados.
- ✓ 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 mamoplastia de reducción en mujeres mayores de 18 años con gigantomastia (más de 1.500 gr o ml de volumen en cada mama), que además tengan una distancia del pezón a la horquilla esternal superior a 32 cm, un índice de masa corporal igual o menor a 30, y requiera una extirpación mínima de 1.000 gr por mama.
- ✓ Cirugía torácica: se cubre la simpatectomía por hiperhidrosis (tratamiento de la sudoración excesiva).
- ✓ Cirugía vascular periférica: se cubren las técnicas quirúrgicas y la ablación endovascular por láser o por radiofrecuencia de las varices de grado C3 o superior, según clasificación clínica de la CEAP de la insuficiencia venosa crónica, **excepto lo detallado en el apartado “Exclusiones generales” y en el punto “¿Qué no te cubre?” de este apartado.**
- ✓ 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.**
- ✓ Ginecología: los tratamientos con láser (CO2, Erbio y diodo).
- ✓ Oftalmología: se cubre la técnica de crosslinking 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 de la persona asegurada (ver apartado “Servicios adicionales”).**
- ✓ Otorrinolaringología: se cubre el uso de láser en quirófano.
- ✓ Proctología: se cubre el uso de láser quirúrgico para el tratamiento de la patología rectal y hemorroidal.
- ✓ Traumatología: se cubre la cirugía artroscópica, la nucleotomía percutánea y la quimionucleosis.
- ✓ Urología: se cubre 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.
- ✓ Fibrobronoscopias: diagnósticas y terapéuticas.
- ✓ Radiología intervencionista o invasiva vascular y visceral.
- ✓ Asistencia sanitaria por infección VIH/SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) y de las enfermedades causadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH): cubre los gastos derivados del tratamiento **hasta un límite máximo total de 6.000 euros por persona asegurada para toda la duración del contrato (incluidas sus prórrogas) o de su vida, con los límites y exclusiones que se establezcan a la prestación asistencial en los distintos apartados de este contrato.**
- ✓ Terapia de cierre asistido por vacío (V.A.C.) o de presión negativa tópica (P.N.T.): solo queda cubierta en régimen de hospitalización para la cicatrización de heridas de evolución tórpida o úlceras crónicas (venosas, arteriales y neuropáticas) resistentes al tratamiento médico o quirúrgico, que no cicatrizan durante un ingreso hospitalario después de seis semanas de tratamiento, o que no reducen su tamaño al menos un 50% en un periodo de un mes con los tratamientos convencionales.

- ✓ Trasplantes: de córnea, corazón, hígado, médula ósea y riñón. Únicamente cuando la persona asegurada es receptora del trasplante, 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.
- ✓ Transfusiones de sangre y plasma, en régimen de hospitalización.
- ✓ Terapia con plasma rico en plaquetas o factores de crecimiento plaquetarios (PRGF) en la cirugía de reemplazo articular (artroplastia), y en el tratamiento quirúrgico de las fracturas que no consolidan (pseudoartrosis).
- ✓ Litotricia renal y vesicular con ondas de choque extracorpóreas.
- ✓ 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.
- ✓ Prótesis quirúrgicas: queda incluida en la cobertura de la póliza la prescripción y la colocación de prótesis articulares (grandes y pequeñas articulaciones), vasculares (incluye coils, como agentes de embolización), cardíacas (válvulas cardíacas, bypass vasculares, stent, sistemas oclusores septales, marcapasos temporales y definitivos, y desfibrilador automático), osiculares (sustitutivas de martillo, yunque y estribo), las prótesis internas traumatológicas (barras, placas metálicas de fijación interna y tornillos), las cajas o espaciadores intersomáticos en la cirugía de fusión o artrodesis de la columna vertebral, la prótesis de disco móvil cervical en la enfermedad discal sintomática (dolor y déficit neurológico funcional) resistente al tratamiento médico, y la caja o espaciador interespinoso en la estenosis del canal espinal lumbar que causa dolor irradiado y claudicación neurógena (dolor que aparece al andar y cede al sentarse) de más de seis meses de evolución pese al tratamiento conservador.

Asimismo, se cubren los implantes de biomateriales con objeto terapéutico que se detallan a continuación:

- Gel barrera antiadhesiva o antiadherente: en la cirugía de la columna y en reintervenciones quirúrgicas de las distintas especialidades.
- Drenajes transtimpánicos: en otitis aguda recurrente u otitis secretora o serosa (más de tres meses de evolución).
- Tapones lagrimales (máximo dos por ojo) para el tratamiento de la epífora o lagrimeo constante, y del ojo seco como consecuencia de una cirugía de la catarata o del síndrome de Sjögren.
- 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: cubre 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, se cubren:

- 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 y la lente intraocular monofocal neutra (sin corrección visual añadida) en la catarata.
- La prótesis testicular por orquidectomía tras accidente.

No existe un límite anual máximo de cobertura en concepto de material protésico e implantológico a través de la Red DKV de Servicios Sanitarios (medios propios), siempre que cuente con la autorización previa obligatoria de DKV Seguros, **excepto para las prótesis vasculares y cardíacas descritas con anterioridad en este apartado, que tendrán un límite de cobertura de 12.000 euros por persona asegurada y año.**

- ✓ Alta tecnología terapéutica:
 - Cirugía digestiva endoscópica avanzada. Se cubre la siguiente técnica mínimamente invasiva, según protocolos comúnmente aceptados: ablación por radiofrecuencia del esófago de Barrett, se cubre la erradicación quirúrgica de la displasia de alto (DAG) y bajo grado (DBG) extensa de más de 5 cm y resistente al tratamiento farmacológico (un mínimo de 6 meses), siempre y cuando se confirme previamente en ambos casos el diagnóstico anatómopatológico mediante la toma de biopsias aleatorias.
 - Ablación percutánea con radiofrecuencia y guiada por tomografía axial computerizada (TC) del osteoma osteoide y de otros tumores óseos benignos seleccionados (osteoblastoma, condroblastoma y granuloma eosinofílico). Antes de tratarlo es necesario confirmar el diagnóstico histológicamente.
 - Sistema de monitorización neurofisiológica intraoperatoria (MNIO) del sistema nervioso en la cirugía intracraneal, en la de tiroides o paratiroides, y en la de fusión o artrodesis de dos espacios intervertebrales o más de la columna vertebral. Sistema de vigilancia que mejora la seguridad quirúrgica de los pacientes y facilita el trabajo de neurocirugía. Será necesario para su cobertura la prescripción escrita de personal médico.
 - 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.

En el internamiento hospitalario, queda incluida la utilización de habitación individual convencional con aseo y cama para acompañante (**excepto en la hospitalización psiquiátrica, UCI e incubadora**), manutención del paciente, gastos generales de enfermería, unidad de cuidados especiales, medios complementarios de diagnóstico, tratamientos, material, gastos de quirófano, productos anestésicos y medicamentos.

Además, según la causa del tratamiento y el tipo de asistencia hospitalaria prestada, se cubre:

- a. Hospitalización médica (sin intervención quirúrgica): cubre las distintas especialidades médicas para el diagnóstico y tratamiento de las patologías médicas que requieran de ingreso en mayores de 14 años.
- b. Hospitalización quirúrgica: cubre 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) y la cirugía mayor ambulatoria.
- c. Hospitalización pediátrica (para personas hasta los 14 años): cubre la asistencia de pediatra tanto en la hospitalización convencional como en incubadora.
- d. Hospitalización psiquiátrica: cubre la asistencia con psiquiatras solo en caso de brotes agudos. **La estancia queda limitada a un periodo máximo de 60 días por año.**
- e. Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI): cubre la asistencia del médico intensivista.
- f. Hospitalización por diálisis y riñón artificial: cubre la asistencia médica del nefrólogo o el internista para el tratamiento de las insuficiencias renales agudas.

Asimismo, queda incluida la indemnización compensatoria diaria por hospitalización. DKV Seguros indemniza con 80 euros por día, a partir del tercero de ingreso hospitalario, y **hasta un máximo de 2.400 euros por persona asegurada y año, siempre que se cumplan los siguientes requisitos:**

- La hospitalización sea objeto de cobertura por el seguro y no haya un tercero responsable al pago.
- Ninguno de los gastos derivados de la hospitalización haya sido a cargo de DKV Seguros.

¿Qué no te cubre?

- ✗ Los medicamentos biológicos y biomateriales medicamentosos no detallados en este apartado.
 - ✗ La asistencia médica sin hospitalización o ambulatoria, primaria y especializada.
 - ✗ Los medios complementarios de diagnóstico.
 - ✗ La cirugía estética y cualquier otro tratamiento, infiltración o actuación que tenga una finalidad estética o cosmética, a no ser que existiera un defecto funcional de la parte del cuerpo afectada (no son válidas las razones puramente psicológicas); la cirugía de cambio de sexo, y del lipoedema o lipedema, así como los tratamientos médicos asociados a ambas; los tratamientos de varices de finalidad estética, y de las asintomáticas (grado C2 o inferior, según clasificación clínica de la CEAP).
 - ✗ Las curas de adelgazamiento en régimen de internamiento.
 - ✗ La corrección quirúrgica de la miopía, astigmatismo, hipermetropía y presbicia.
- Además de las consecuencias y complicaciones derivadas de todas las exclusiones recogidas en este apartado.
- ✗ Las estancias, asistencias y tratamientos en centros no hospitalarios, 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, el tratamiento de las adicciones, la neurorrehabilitación 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.
 - ✗ Los procedimientos cardíacos transcáteter (con abordaje transfemoral, transaxilar y transapical) para implantación de la válvula aórtica (TAVI), mitral (TMVI), pulmonar (TPVI), tricúspide (TTVI), y el cierre de la orejuela auricular izquierda vía transeptal, epicárdica e híbrida, así como el material quirúrgico y protésico asociado a ambas intervenciones.
 - ✗ La cirugía reconstructiva de técnicas anticonceptivas previas.
 - ✗ Todo tipo de prótesis, implantes, dispositivos sanitarios, piezas anatómicas y ortopédicas, salvo las detalladas en este apartado, y las intervenciones quirúrgicas y las hospitalizaciones asociadas a su colocación o implantación, así como sus complicaciones y secuelas.
 - ✗ La cámara hiperbárica para cualquier situación clínica, los tratamientos de aféresis, la diálisis y la hemodiálisis para el tratamiento de las afecciones crónicas.
 - ✗ La cirugía robótica, la guiada por imágenes o asistida por un ordenador o navegador virtual (excepto lo detallado en este apartado, con las limitaciones y en las indicaciones señaladas).
 - ✗ Los tratamientos con láser, excepto en las especialidades e indicaciones que se detallan en este apartado.
 - ✗ Los gastos por uso de teléfono, televisión, pensión alimenticia de la persona acompañante en la clínica, los gastos por viaje y desplazamientos, así como otros servicios no imprescindibles para la asistencia hospitalaria.

- ✖ Los trasplantes o autotrasplantes de órganos, injertos o autoinjertos. Además, en los trasplantes, se excluirán los gastos de extracción, transporte y conservación del órgano, incluso cuando la persona donante esté asegurada en DKV, salvo en el trasplante de córnea. Asimismo, queda excluida cualquier actuación sanitaria que se realice a donantes de cualquier órgano o tejido, aunque el receptor del trasplante esté asegurado en la póliza.
- ✖ La terapia endocrina u hormonal, los inhibidores enzimáticos o moleculares, los fármacos antiangiogénicos y los sensibilizadores usados en la terapia fotodinámica y radiación.
- ✖ El corazón artificial, los implantes de columna, los implantes valvulares transcáteter, y el dispositivo sanitario de cierre de la orejuela auricular izquierda, así como los biomateriales, materiales sintéticos y ortopédicos no detallados expresamente en este apartado, y su uso para otras indicaciones que no sean las señaladas.



Oncología

¿Qué te cubre?

- ✓ Mastectomía terapéutica de la mama contralateral, como alternativa a la vigilancia activa, en mujeres operadas previamente de un cáncer de mama y que son portadoras de mutaciones en los genes BRCA1 y BRCA2.
- ✓ 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 en los casos de:**
 1. Reconstrucción oncoplástica de la mama tras cirugía radical y, si fuera necesario durante el mismo proceso quirúrgico, la cirugía de simetrización de la mama sana contralateral (**límite máximo, dos años después de la cirugía oncológica**). Incluirá la prótesis mamaria, los expansores de piel y las mallas de recubrimiento mamario.
 2. Reconstrucción mamaria postmastectomía terapéutica de la mama contralateral sana, en mujeres operadas previamente de un cáncer de mama y que son portadoras de mutaciones en los genes BRCA1 y BRCA2. **Se excluye esta cirugía en mujeres no afectas de cáncer de mama.**
- ✓ Oncología: se cubre la técnica OSNA (análisis molecular intraoperatorio del ganglio centinela) **en el cáncer de mama en estadio temprano, sin extensión linfática, y el drenaje linfático tras linfadenectomía oncológica, con un límite máximo de 20 sesiones por persona asegurada y año, previa prescripción del oncólogo.**
- ✓ Alta tecnología diagnóstica: se facilitará en centros de referencia nacional de la Red DKV de Servicios Sanitarios, previa prescripción de un médico de la Red DKV de Servicios Sanitarios e indicando el motivo de la exploración:
 1. Colangiografía por resonancia magnética (CRM) y colangio-pancreatografía por resonancia magnética (CPRM) **para la exclusión de la coledocolitiasis en colecistectomizados y de la patología oncológica en vías biliares y pancreáticas.**
 2. La tomografía por emisión de positrones (PET), sola o combinada con la tomografía computerizada (PET-TC) o con la resonancia magnética (PET-RM), **en procesos cancerígenos, siempre y cuando la indicación clínica solicitada esté autorizada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) en la ficha técnica del radiofármaco 18Flúor-Fluorodesoxiglucosa (18F-FDG) empleado habitualmente para realizarlas.** Asimismo, queda cubierta en otras indicaciones no oncológicas, siempre que estén recogidas en la ficha técnica del radiofármaco. También se incluye el PET con galio **en tumores neuroendocrinos gastroenteropancreáticos.**
 3. 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.
 4. La plataforma genómica pronóstica predictiva del cáncer de mama en estadio temprano, que estima el riesgo de recurrencia de la enfermedad, y la necesidad o no de administrar quimioterapia tras la cirugía. **Queda cubierta cuando se cumplen obligatoriamente los criterios de inclusión siguientes (todos son precisos):**
 - 4.1. Mujer con menos de 75 años y adenocarcinoma infiltrante de mama, operada recientemente (menos de ocho semanas de la intervención).
 - 4.2. Con receptores hormonales positivos.
 - 4.3. Receptor del factor 2 de crecimiento epidérmico humano (HER2) negativo.
 - 4.4. Tumor de más de 0,5 cm de diámetro mayor, en estadio T1-T2, sin afectación ganglionar o metástasis a

distancia (N0 y M0). En caso de existir ganglios patológicos (N1mic.), se cubre si micrometástasis (menos de 2 mm) y no más de tres ganglios afectados.

La plataforma genómica cubierta en la Red DKV de Servicios Sanitarios será exclusivamente la concertada por la entidad.

5. El test genético del cáncer de mama (BRCA 1 y 2) **en mujeres con cáncer de mama u ovario, cuya historia familiar induzca a pensar que puede tratarse de un cáncer hereditario. Queda incluido cuando se cumplen estos dos criterios:**
 - 5.1. Hay dos o más familiares de 1º y 2º grado afectados por un cáncer de mama u ovario.
 - 5.2. Y uno de ellos tiene cáncer de mama antes de los 50 años y de ovario a cualquier edad; o el cáncer de mama es bilateral.
6. 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.
7. 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.
8. Tomosíntesis mamaria (3D) para el control y seguimiento de la patología fibroquística, y para el diagnóstico precoz oncológico en mamas densas, evitando biopsias innecesarias.
9. Resonancia magnética multiparamétrica (RMmp) de próstata, previa prescripción del especialista y con informe médico, en las siguientes indicaciones:
 - 9.1. Riesgo clínico elevado de carcinoma de próstata.
 - 9.2. Estadificación local del carcinoma de próstata.
 - 9.3. Vigilancia activa o planificación de terapias focales.
 - 9.4. Sospecha de recidiva tras tratamiento oncológico.

Está excluida como prueba de cribado preventivo o screening.

10. Mamografía digital con contraste de alta resolución: prueba de imagen funcional que permite mejorar el diagnóstico del carcinoma de mama cuando haya alta sospecha de lesión tumoral (clasificación BI-RADS) o discordancia entre imágenes; en las recaídas tras cirugía (revisiones postquirúrgicas); para evaluar la extensión del tumor, la respuesta al tratamiento de quimioterapia neoadyuvante o la planificación quirúrgica; así como en sustitución de la resonancia mamaria, cuando esta esté contraindicada. **Está excluido su empleo como prueba de cribado preventivo o screening.**

- ✓ Radioterapia: para tratamiento oncológico incluye el acelerador lineal de electrones, la cobaltoterapia, la radioneurocirugía estereotáxica intracraneal (Gamma Knife) y la radioterapia de intensidad modulada (IMRT). Asimismo, queda cubierta la radioterapia intraoperatoria (RIO) **en el tratamiento del cáncer de mama temprano (estadio I y II), en los sarcomas (pélvicos y abdominales) y en el adenocarcinoma de páncreas y colorrectal, y sus oligorecurrencias.** También se incluye 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.**

Incluye la última generación de radioterapia externa adaptada a los movimientos respiratorios para proteger los órganos sanos vecinos (RT-4 / RT-6D):

1. Radioterapia estereotáxica fraccionada intracraneal (RTEF) en tumores de rinofaringe y tumores cercanos a estructuras nerviosas.
2. Arcoterapia volumétrica modulada (VMAT) en tumores torácicos y abdominales.

3. Radioterapia estereotáxica fraccionada extracraneal o corporal (Terapia SBRT) y arcoterapia volumétrica modulada guiada por imagen (VMAT- IGRT) en tumores o metástasis que, por su localización, no pueden ser extirpadas (nódulo pulmonar solitario o cáncer de pulmón de células no pequeñas, en estadio localizado, carcinomas y metástasis hepáticas, de pulmón, vertebrales, suprarrenales y tumores pancreáticos primarios inoperables).

- ✓ Protonterapia: se cubre para el tratamiento de determinados tumores pediátricos seleccionados, hasta los 14 años. **Queda cubierta en la Red DKV de Servicios Sanitarios en centros de referencia nacional, previa prescripción de personal médico y la preceptiva autorización de DKV, en las indicaciones terapéuticas y con los criterios de inclusión siguientes:**

1. Terapia de protones. Indicaciones terapéuticas:

- 1.1. Tumores cerebrales:

- 1.1.1. Indicada en el tratamiento del meduloblastoma, ependimoma, tumores germinales y pinealomas, astrocitoma difuso, gliomas de bajo grado, oligodendroglioma anaplásico, tumor teratoide/rabdoide atípico, craneofaringiomas y tumores del plexo coroideo.

- 1.1.2. No indicada en glioma difuso de protuberancia (DIPG) y en gliomas de alto grado (glioblastomas y astrocitomas anaplásicos).

- 1.2. Tumores oculares: para tratamiento del retinoblastoma y del glioma del nervio óptico.

- 1.3. Sarcomas de partes blandas: parameningeos, orbitarios, de cabeza y cuello, torácicos (si son próximos a corazón o columna), abdominales (si son próximos a hígado o riñón), pélvicos y próximos a órganos de riesgo (médula o corazón).

- 1.4. Tumor de Ewing.

- 1.5. Neuroblastoma.

2. Terapia de protones. Criterios de inclusión:

- 2.1. Edad: hasta los 14 años.

- 2.2. El tratamiento debe tener intención curativa.

- 2.3. El paciente debe tener un buen estado general (ECOG 0-1).

- 2.4. La expectativa de vida alcanza 5 años sin comorbilidades que la limiten.

- 2.5. No debe haber evidencia de metástasis.

- 2.6. Tras valoración individual, debe haber una ventaja dosimétrica de la protonterapia con impacto clínico respecto a otras técnicas de radioterapia.

- 2.7. Se valorarán especialmente:

- 2.7.1. Los tumores en menores de 3 años.

- 2.7.2. Los síndromes genéticos con riesgo elevado de toxicidad.

- 2.8. En caso de reirradiaciones deben tener intención radical y, tras valoración individual, la comparación dosimétrica debe ser favorable respecto a otras opciones, con beneficio clínico real.

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

- ✓ Alta tecnología terapéutica: se facilitará en centros de referencia nacional de la Red DKV de Servicios Sanitarios:

1. Cirugía robótica laparoscópica en prostatectomía radical por cáncer de próstata órgano-confinado: queda cubierta mediante el sistema laparoscópico telerrobotizado da Vinci, **siempre que se cumplan todos los criterios de inclusión y ninguno de los de exclusión recomendados por la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (RedETS) y el asegurado cuente con la autorización previa de DKV Seguros.**

1.1. Los criterios de inclusión son:

- 1.1.1. Diagnóstico de adenocarcinoma prostático localizado, con PSA igual o inferior a 20 ng/ml.
- 1.1.2. Esperanza de vida superior a 10 años.
- 1.1.3. Tumor sin evidencia de afectación extracapsular ni afectación de vesículas seminales.
- 1.1.4. Sin invasión linfática ni metástasis (N0 y M0).
- 1.1.5. Riesgo anestésico ASA I o II.

1.2. Los criterios de exclusión son:

- 1.2.1. **PSA mayor de 20 ng/ml.**
- 1.2.2. **Afectación extracapsular, invasión linfática o metástasis.**
- 1.2.3. **Riesgo anestésico ASA mayor de II (trastornos severos de coagulación, trastornos severos ventilatorios, glaucomas severos, infartos previos...).**
- 1.2.4. **Cirugía oncológica abdominal previa.**

2. Biopsia prostática cognitiva dirigida por resonancia magnética funcional multiparamétrica (RMmp): para la detección precoz del carcinoma de próstata oculta (no detectable por los inmunoanálisis actuales) **en casos de alta sospecha clínica, con PSA elevado persistente (más de tres meses) y biopsias de próstata ecoguiadas anteriores negativas.**

3. Cirugía digestiva endoscópica avanzada. **Se cubren tres técnicas mínimamente invasivas, según protocolos comúnmente aceptados:**

- 3.1. Resección endoscópica mucosa (REM) o mucosectomía: para la obtención de grandes biopsias diagnósticas y el tratamiento local de lesiones superficiales precancerosas (displasia de alto grado sobre esófago de Barrett) o malignas en estadio temprano del tracto digestivo superior confinadas a la capa mucosa (T1a) y de extensión igual o inferior a 2 cm de diámetro.
- 3.2. Disección endoscópica submucosa (DES): incluida la extirpación quirúrgica completa o en bloque de los tumores malignos superficiales o ulcerados mayores de 2 cm en toda la vía digestiva. Esta cirugía está indicada cuando, por las características de la lesión neoplásica, no sea adecuado emplear otras técnicas y la probabilidad de metástasis linfáticas regionales asociadas sea mínima.

Criterios de inclusión para la disección endoscópica submucosa:

- 3.2.1. Adenocarcinoma superficial plano bien diferenciado, sin ulceración de cualquier tamaño, incluso mayores de 5 cm.
- 3.2.2. Adenocarcinoma bien diferenciado, con ulceración menor de 3 cm de diámetro.
- 3.2.3. Adenocarcinoma pobremente diferenciado y/o cáncer gástrico temprano de células en anillo de sello, menores de 2 cm.
- 3.2.4. Adenocarcinoma bien diferenciado, con invasión de submucosa superficial sin afectación

linfo-vascular.

4. Biopsia transperineal de próstata guiada por fusión de imágenes de resonancia magnética multiparamétrica (RMmp) y ecografía transrectal (ETR) en tiempo real: se cubre para el **diagnóstico precoz del cáncer de próstata oculto cuando persiste más de tres meses la elevación del antígeno prostático específico (PSA entre 4-10 ng/ml), con un cociente PSA (libre/total) inferior al 20% (0,2) y un resultado negativo de una biopsia ecoguiada previa.**
5. Cirugía robótica laparoscópica avanzada mediante el sistema telerrobotizado da Vinci se cubre **para la nefrectomía parcial en el carcinoma renal, siempre que se cumplan todos los criterios de inclusión y ninguno de los de exclusión.**

5.1. Criterios de inclusión:

- 5.1.1. Edad: mayor de 18 y menor de 70 años.
- 5.1.2. Riesgo anestésico ASA I/II.
- 5.1.3. Tumor de predominio exofítico (que crece hacia afuera) menor de 4 cm (en su diámetro mayor).
- 5.1.4. Tumor menor de 4 cm en monorrenos (pacientes con un solo riñón).

5.2. Criterios de exclusión:

- 5.2.1. **Riesgo anestésico ASA III (trastornos severos de coagulación, trastornos severos ventilatorios, glaucomas severos, infartos previos...) o superior.**
- 5.2.2. **Cirugías previas renales.**
- 5.2.3. **Incapacidad de soportar neumoperitoneo.**
- 5.2.4. **Trombosis de la vena renal.**
- 5.2.5. **Tumores múltiples.**

- ✓ Quimioterapia oncológica: quedan cubiertos los gastos de la medicación citostática antitumoral por vía intravenosa que pueda precisar la persona enferma y, en su caso, el reservorio implantable de perfusión endovenosa, **siempre y cuando se prescriba por el médico de la especialidad que se ocupa de su tratamiento y se emplee de conformidad con las indicaciones que figuran en la ficha técnica del fármaco.**

En lo que se refiere a medicamentos, DKV Seguros **cubre únicamente 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 la definición de "Citostático" así como de las instilaciones endovesicales con Mitomicina y 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 controlar los síntomas de la enfermedad.

- ✓ Prótesis quirúrgicas: selladores, colas o pegamentos biológicos en la cirugía oncológica. Además, cubre, los stents digestivos biliares, esofágicos, gástricos, pancreáticos y enterales para el tratamiento paliativo de la patología obstructiva oncológica. También cubre la prótesis testicular por orquidectomía tras proceso oncológico, los expansores de piel, la prótesis de mama y la malla de recubrimiento mamario únicamente en reconstrucción tras cirugía radical.

¿Qué no te cubre?

- ✗ La cirugía plástica con fines estéticos.
- ✗ La cirugía estética y cualquier otro tratamiento, infiltración o actuación que tenga una finalidad estética y cosmética, a no ser que existiera un defecto funcional de la parte del cuerpo afectada (no son válidas las razones puramente psicológicas); la cirugía del lipoedema o lipedema, así como los tratamientos médicos asociados a ambas.
- ✗ La cirugía profiláctica o de reducción del riesgo de cualquier tipo de cáncer.
- ✗ Los tratamientos médico-quirúrgicos mediante técnicas de radiofrecuencia.
- ✗ Las estancias, asistencias y tratamientos en centros no hospitalarios, 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, el tratamiento de las adicciones, la neurorrehabilitación y los tratamientos dietéticos.

- ✗ La alta tecnología médica diagnóstica y terapéutica, salvo lo detallado en este apartado.
- ✗ Los tratamientos y modalidades de radioterapia y sus indicaciones médicas que no se detallen expresamente en este apartado.
- ✗ La protonterapia, excepto en determinados tumores pediátricos (hasta los 14 años) y con los criterios de inclusión recogidos en este apartado; la neutronterapia; y la radiocirugía con CyberKnife.
- ✗ Los radiofármacos con isótopos radiactivos no autorizados por la EMA (Agencia Europea del Medicamento).
- ✗ La medicina preventiva.
- ✗ Todo tipo de prótesis, implantes, dispositivos sanitarios, piezas anatómicas y ortopédicas, salvo las detalladas en este contrato, las intervenciones quirúrgicas y las hospitalizaciones asociadas a su colocación o implantación, así como sus complicaciones y secuelas. Además, se excluyen los biomateriales, materiales sintéticos y ortopédicos no detallados expresamente en este contrato y su uso para otras indicaciones que no sean las señaladas.
- ✗ Los traslados requeridos para asistencia a consultas médicas, realización de pruebas diagnósticas, así como cualquier tipo de tratamiento ambulatorio.
- ✗ La cámara hiperbárica para cualquier situación clínica, los tratamientos de aféresis, la diálisis y la hemodiálisis para el tratamiento de las afecciones crónicas.
- ✗ La cirugía robótica, la guiada por imágenes o asistida por un ordenador o navegador virtual (excepto los neuronavegadores, la biopsia prostática cognitiva, la guiada por fusión de imágenes y la cirugía robotizada detallada en este apartado), que se incluyen con las limitaciones y únicamente en las indicaciones señaladas.
- ✗ Los procedimientos diagnósticos y las terapias asistidas por robots o mediante sistemas computerizados, así como los gastos sanitarios asociados a todas ellas. Además, se excluyen tratamientos que usan el láser, que únicamente quedan cubiertos en las especialidades e indicaciones que se detallan en este apartado.
- ✗ Los trasplantes o autotrasplantes de órganos, injertos o autoinjertos a excepción de los descritos en este contrato. Además, en los trasplantes, se excluirán los gastos de extracción, transporte y conservación del órgano, salvo en el trasplante de córnea.
- ✗ La quimioterapia oncológica solo cubrirá los gastos de los medicamentos específicamente citostáticos definidos y detallados en la definición de “Citostático”.
Se excluyen expresamente de este concepto la inmunoterapia antitumoral, los anticuerpos monoclonales, las terapias celulares y genéticas, los tratamientos quimioterápicos intraoperatorios como la quimioterapia intraperitoneal e intraabdominal, la terapia endocrina u hormonal, los inhibidores enzimáticos o moleculares, los fármacos antiangiogénicos y los sensibilizadores usados en la terapia fotodinámica y radiación.
- ✗ Los tratamientos de rehabilitación para el daño cerebral adquirido en régimen de internamiento hospitalario o cualquier modalidad de rehabilitación que se realice en el domicilio.
- ✗ La rehabilitación que sea motivo de ingreso hospitalario, o que se realice en centros no autorizados o no inscritos en el registro de Centros y Servicios Sanitarios de la comunidad autónoma correspondiente.



Embarazo y parto

¿Qué te cubre?

- ✓ Enfermería obstétrico-ginecológica: matrona o matron especialista en asistencia en el parto.
- ✓ Neonatología.
- ✓ Obstetricia: comprende la vigilancia del embarazo y la asistencia al parto. Se cubre el “triple screening” o EBA-Screening (test combinado del primer trimestre) y la amniocentesis o la biopsia de corion 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).
Asimismo, queda cubierto el test no invasivo de madurez pulmonar fetal durante el último trimestre del embarazo, sustituyendo a la amniocentesis, para detectar y prevenir los problemas respiratorios en los recién nacidos, cuando haya un riesgo elevado de parto prematuro o cesárea electiva por complicaciones del embarazo, antes de la semana 37 de gestación.
- ✓ Alta tecnología diagnóstica: se facilitará en centros de referencia nacional de la Red DKV de Servicios Sanitarios y debe ser prescrita por personal médico de la misma:

1. Ecografía tridimensional del embarazo (3D-4D): proporcionan una visión global de la anatomía del feto en tiempo real. Se incluye con la prescripción médica del especialista, **con un máximo de una exploración por asegurada y año.**

- ✓ Hospitalización obstétrica: se cubre el tratamiento de especialistas en ginecología y obstetricia, y comadrona o comadrón en ingreso hospitalario durante el proceso de embarazo o parto; y el nido y/o la incubadora para el recién nacido durante su internamiento hospitalario, **hasta un máximo de 28 días.**

En el internamiento hospitalario, queda cubierta la utilización de habitación individual convencional con aseo y cama para acompañante (**excepto en incubadora**), manutención de la paciente, gastos generales de enfermería, unidad de cuidados especiales, medios complementarios de diagnóstico, tratamientos, material, gastos de quirófano, sala de partos, productos anestésicos y medicamentos. **Quedan expresamente excluidos los medicamentos biológicos y biomateriales medicamentosos no detallados en el contrato.**

- ✓ Programa de Salud Infantil. Comprende:
 1. Para la madre, la gimnasia y preparación psicoprofiláctica al parto, con clases prácticas y teóricas de puericultura, y la rehabilitación preventiva del suelo pélvico postparto (**el periodo de cobertura máximo es de cuatro meses tras el parto**) en servicios de referencia incluidos en la Red DKV de Servicios Sanitarios, **hasta un límite máximo de 10 sesiones por año.**
 2. 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.

¿Qué no te cubre?

- ✗ La cirugía estética y cualquier otro tratamiento, infiltración o actuación que tenga una finalidad estética o cosmética, a no ser que existiera un defecto funcional de la parte del cuerpo afectada (no son válidas las razones puramente psicológicas), la ginecología y la cosmetoginecología láser.
- ✗ Los partos alternativos (en el domicilio, acuáticos, etc.)
- ✗ Las estancias, asistencias y tratamientos en centros no hospitalarios, 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, el tratamiento de las adicciones, la neurorrehabilitación y los tratamientos dietéticos.
- ✗ La alta tecnología médica diagnóstica o terapéutica, salvo lo detallado en este contrato.
- ✗ La medicina preventiva y los chequeos o reconocimientos médicos preventivos de carácter general (excepto lo detallado en este contrato).
- ✗ Los traslados requeridos para asistencia a consultas médicas, realización de pruebas diagnósticas, así como cualquier tipo de tratamiento ambulatorio.
- ✗ Los gastos por uso de teléfono, televisión, pensión alimenticia de la persona acompañante en la clínica, los gastos por viaje y desplazamientos (salvo la ambulancia, que solo queda cubierta en los términos contemplados en este contrato), así como otros servicios no imprescindibles para la asistencia hospitalaria.
- ✗ La rehabilitación de mantenimiento por disfunción del suelo pélvico.



Medicina preventiva

¿Qué te cubre?

- ✓ Programa de detección precoz de la diabetes.

Cubre:

- A partir de los 45 años, la determinación de la glucemia basal en plasma cada cuatro años.
- En personas con alto riesgo de padecer diabetes, con antecedentes familiares de diabetes de primer grado, síndrome metabólico o glucemia basal alterada (GBA 110 -125 mg/dl), la prueba se realiza cada año. En caso de confirmarse una glucemia basal alterada (GBA), se deberá realizar además una prueba de hemoglobina glicosilada (HbA1c) o un test de tolerancia oral a la glucosa.
- Si hay un diagnóstico de prediabetes, por glucemia basal entre 110-125 mg/dl y hemoglobina glicosilada, inferior a 6,5%, se realizará un control por año de ambas.
- Por último, si se diagnostica diabetes, por glucemia basal superior a 125 mg/dl y hemoglobina glicosilada igual o superior a 6,5%, DKV Seguros llevará a cabo un control y seguimiento clínico de la enfermedad.

✓ Programa de detección precoz del glaucoma.

Cubre:

- A partir de los 40 años, la medición de la presión intraocular (PiO) cada 3 años.
- En población de riesgo con antecedentes familiares de glaucoma, un control por año de la presión intraocular.

Si la presión intraocular es elevada, control y seguimiento clínico del glaucoma mediante oftalmoscopia y campimetría, y, en caso necesario, tomografía de coherencia óptica según protocolos comúnmente aceptados.

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

Cubre dos modalidades de cribado del cáncer ginecológico, alternativas e incompatibles entre sí, que son las siguientes:

1. Una revisión ginecológica al año, con consulta, citología, colposcopia, ecografía ginecológica y mamografía, según protocolos comúnmente aceptados. Además, queda cubierto el Test HPV (ADN-HPV) para diagnosticar la infección del virus del papiloma humano en mujeres con citología cérvico-vaginal patológica (clasificación de Bethesda) y tras conización.

Asimismo, queda cubierto con la prescripción de ginecología un test del virus del papiloma humano de alto riesgo (HPV-AR) preventivo en mujeres de 25 a 34 años cada tres años y de 35 a 65 años, cada 5 años.

2. Programas de cribado específicos plurianuales para la detección precoz del cáncer de mama y cuello uterino:

- 2.1. Programa de cribado del cáncer de mama: se recomienda la realización de una mamografía cada dos años a mujeres de entre 45 y 69 años. Entre los 35 y 45 años es aconsejable realizar controles anuales si existen antecedentes familiares de cáncer de mama o riesgo genético (BRCA).
- 2.2. Programa de cribado del cáncer de cérvix o cuello uterino en mujeres de entre 25 y 65 años: se cubre la toma de una muestra en medio líquido que se destinará para citología o para test del virus del papiloma humano de alto riesgo (VPH-AR), dependiendo de la edad y el protocolo establecido en el programa de cribado del cáncer de cérvix del Sistema Nacional de Salud (orden SCB/480/2019).
 - 2.2.1. A las mujeres de entre 25 y 34 años se les hará una citología y, si es negativa, se repetirá cada 3 años. Cuando el resultado sea positivo, se realizará una colposcopia. Si es negativa se realizará una revisión en tres años y, si es positiva, se iniciará un tratamiento que incluye, con prescripción médica, un test VPH o del papiloma humano de alto riesgo.
 - 2.2.2. A las mujeres de entre 35 y 65 años se les hará una citología en base líquida con determinación del virus del papiloma humano (VPH) de alto riesgo cada cinco años. Si el resultado del test es positivo, se realizará una citología: si es negativa se les citará para realizarles el test VPH-AR en 1 año y, cuando sea positiva, se hará una colposcopia. Se realizará una revisión en 5 años cuando esta sea negativa y, si es positiva, se iniciará el tratamiento.

✓ Programa de prevención del riesgo coronario:

- Un chequeo médico cardiológico al año: consulta de revisión, analítica básica de sangre y orina, radiografía de tórax y electrocardiograma.
- Un chequeo cardiológico completo cada 3 años, en centros de referencia concertados, que comprende historia clínica, exploración física y 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.

✓ Programa de prevención del cáncer de piel.

Cubre:

1. Consulta y revisión de los cambios de tamaño, color y forma de los nevos displásicos o atípicos.
2. Microscopia por epiluminiscencia digitalizada o dermatoscopia, para el diagnóstico precoz del melanoma:

- 2.1. 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.
- 2.2. En chequeo dermatológico cada tres años: para el control y seguimiento de las lesiones congénitas, pigmentadas o de riesgo cutáneas.

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

Cubre:

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

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

Cubre:

- Consulta médica y exploración física.
- Análisis de sangre y orina, con determinación del antígeno prostático específico.
- Ecografía transrectal.

¿Qué no te cubre?

- ✗ Las pruebas hormonales, inmunológicas, genéticas y biológico moleculares.
- ✗ La asistencia médica especializada.
- ✗ Los medios complementarios de diagnóstico (salvo los expresamente incluidos).
- ✗ La asistencia médico-hospitalaria o quirúrgica.
- ✗ Los medios de contraste.
- ✗ La medicina preventiva y los chequeos o reconocimientos médicos preventivos de carácter general (excepto lo detallado en este apartado).



Coberturas exclusivas

Este seguro te permite acceder a las garantías adicionales siguientes:

1. **Estudio biomecánico de la marcha o pisada. Solo en centros de referencia especializados de la Red DKV de Servicios Sanitarios.**

Incluye un estudio anatómico y funcional **cada 5 años en los adultos, y cada 2 años en menores de 15 años**, previa prescripción de un especialista en traumatología de la red concertada por la entidad.

2. **Consejo dietético y nutricional a pacientes oncológicos, prevención y control del sobrepeso hasta 14 años, y tratamiento de la obesidad en la infancia y la edad adulta, por especialistas en nutrición.** Previa prescripción de especialistas en endocrinología y nutrición, oncología o pediatría (en el caso de menores).

Incluye el consejo dietético y nutricional a pacientes oncológicos para mantener un peso adecuado y un buen estado nutricional, las consultas de prevención control del **sobrepeso hasta los 14 años cuando el índice de masa corporal (IMC) está entre 25 y 29,9**, y el tratamiento de la **obesidad cuando el IMC sea igual o superior a 30**, tanto en la infancia como en la edad adulta, **hasta un límite máximo de 20 consultas por persona asegurada y año (en el que computan todas las indicaciones cubiertas). Se excluyen las curas de adelgazamiento ambulatorias o en régimen de internamiento.**

3. **Un chequeo médico general al año**, que incluye:

- Consulta y exploración física.
- Analítica básica de sangre y orina (estudio de niveles de colesterol, niveles de glucosa, función renal y hepática).
- Prueba cardiológica: electrocardiograma.
- Prueba auditiva: audiometría.
- Pruebas oftalmológicas: agudeza y corrección visual.

Este reconocimiento médico general se cubre por persona asegurada y año exclusivamente en los centros de referencia concertados de la Red DKV de Servicios Sanitarios.

Quedan excluidos de esta cobertura:

- Las pruebas hormonales, inmunológicas, genéticas y biológico moleculares.
- La asistencia médica especializada.
- Los tratamientos médicos.
- Los medios complementarios de diagnóstico (salvo los expresamente incluidos).
- La asistencia médico-hospitalaria o quirúrgica.
- La medicina preventiva y los chequeos o reconocimientos médicos preventivos de carácter general (excepto lo detallado en este apartado).

Además, la contratación de este seguro incluye tres coberturas de reembolso de gastos:

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

1.1. Ámbito territorial

La persona asegurada podrá acceder al tratamiento médico y 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.

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 la persona asegurada para su tratamiento, hasta un límite total de 16.000 euros por persona 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 “Coberturas” de este contrato):

- 1.2.1. Infarto de miocardio: enfermedad que consiste en la oclusión permanente de una porción del tronco principal o una ramificación de las arterias coronarias, y de sus complicaciones post-infarto (arritmia cardíaca, insuficiencia cardíaca, bloqueos cardíacos y angor residual).
- 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, solo 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.
- 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 insitu o desde un lugar extracraneal.
- 1.2.4. Transplante de órganos: ser receptor de un trasplante de córnea, corazón, hígado, médula ósea y riñón **(excluida la cobertura médica del donante, incluso cuando esté asegurado en DKV).**
- 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 este contrato.

1.3. Acceso a la cobertura: normativa específica

- a) A los efectos de esta cobertura, se entiende comunicado el siniestro cuando la persona asegurada 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, la persona tomadora o la asegurada deberá solicitar el reembolso de los gastos médicos cubiertos por la presente garantía y entregar a DKV Seguros las facturas por ella 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. La persona asegurada o 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 la persona asegurada se abonará en España en euros al cambio del día del pago. Si este no constara, se realizará con el cambio correspondiente a la fecha de emisión de la factura o, en su defecto, a la 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 de la persona asegurada.
- d) Una vez reembolsados los gastos, DKV Seguros podrá ejercer el derecho de subrogación, con los límites estipulados en “¿En qué consiste la cláusula de subrogación o cesión de derechos?”.

1.4. Delimitaciones de la cobertura

Los gastos de asistencia médica en el extranjero en las enfermedades graves descritas en este apartado.

1.5. Exclusiones de la cobertura

- **La cirugía estética y cualquier otro tratamiento, infiltración o actuación que tenga una finalidad estética y cosmética, a no ser que existiera un defecto funcional de la parte del cuerpo afectada (no son válidas las razones puramente psicológicas). La ginecología y la cosmetoginecología láser.**
- **La cirugía profiláctica o de reducción del riesgo de cualquier tipo de cáncer, así como los tratamientos médico-quirúrgicos mediante técnicas de radiofrecuencia, salvo aquellos que estén expresamente incluidos.**
- **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, el tratamiento de las adicciones, la neurorrehabilitación 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 domiciliar o ambulatoria.**
- **La alta tecnología médica diagnóstica y terapéutica, salvo lo detallado en el apartado “Medios de diagnóstico y métodos terapéuticos” de este contrato.**
- **Los procedimientos cardíacos transcáteter (con abordaje transfemoral, transaxilar y transapical) para implantación de la válvula aórtica (TAVI), mitral (TMVI), pulmonar (TPVI), tricúspide (TTVI), y el cierre de la orejuela auricular izquierda vía transeptal, epicárdica e híbrida, así como el material quirúrgico y protésico asociado a ambas intervenciones.**
- **Los tratamientos y modalidades de radioterapia y sus indicaciones médicas que no se detallen expresamente en este contrato, en el apartado de “Oncología”. Además, queda excluida la protonterapia, excepto en determinados tumores pediátricos (hasta los 14 años), con los criterios de inclusión recogidos en el apartado de “Oncología”. También se excluyen la neutronterapia y la radiocirugía con CyberKnife.**
- **Los radiofármacos con isótopos radiactivos no autorizados por la EMA (Agencia Europea del Medicamento).**
- **La medicina preventiva y los chequeos o reconocimientos médicos preventivos de carácter general, salvo lo detallado en el apartado de “Medicina preventiva”.**
- **Todo tipo de prótesis, implantes, dispositivos sanitarios, piezas anatómicas y ortopédicas, salvo las detalladas en el apartado “Asistencia hospitalaria” de este contrato, y las intervenciones quirúrgicas y las hospitalizaciones asociadas a su colocación o implantación, así como sus complicaciones y secuelas.**
- **El corazón artificial, los implantes de columna, los implantes valvulares transcáteter, y el dispositivo sanitario de cierre de la orejuela auricular izquierda, así como los biomateriales, materiales sintéticos y ortopédicos no detallados**

- expresamente en el apartado de “Asistencia hospitalaria” y su uso para otras indicaciones que no sean las señaladas.
- Los traslados requeridos para asistencia a consultas médicas, realización de pruebas diagnósticas, así como cualquier tipo de tratamiento ambulatorio.
- La cámara hiperbárica para cualquier situación clínica, los tratamientos de aféresis, la diálisis y la hemodiálisis para el tratamiento de las afecciones crónicas.
- La cirugía robótica, la guiada por imágenes o asistida por un ordenador o navegador virtual (excepto el sistema Carto), los neuronavegadores, la biopsia prostática cognitiva, la guiada por fusión de imágenes y la cirugía robotizada detallada en alta tecnología, que se incluyen con las limitaciones y únicamente en las indicaciones señaladas en este contrato, los procedimientos diagnósticos y las terapias asistidas por robots o mediante sistemas computerizados, así como los gastos sanitarios asociados a todas ellas. Además, se excluyen tratamientos que usan el láser, que únicamente quedan cubiertos en las especialidades e indicaciones que se detallan en este contrato.
- Los gastos por uso de teléfono, televisión, pensión alimenticia de la persona acompañante en clínica, los gastos por viaje y desplazamientos (salvo la ambulancia, que solo queda cubierta en los términos contemplados en el apartado “Urgencias” de este contrato) así como otros servicios no imprescindibles para la asistencia hospitalaria.
- Los trasplantes o autotrasplantes de órganos, injertos o autoinjertos, a excepción de los descritos en el apartado “Asistencia hospitalaria” de estas condiciones generales. Además, en los trasplantes, se excluirán los gastos de extracción, transporte y conservación del órgano, incluso cuando la persona donante esté asegurada en DKV, salvo en el trasplante de córnea. Asimismo, queda excluida cualquier actuación sanitaria que se realice a donantes de cualquier órgano o tejido, aunque el receptor del trasplante esté asegurado en la póliza.
- La quimioterapia oncológica solo cubrirá los gastos de los medicamentos específicamente citostáticos definidos y detallados en el punto “Citostático” del apartado “Definiciones”. Se excluyen expresamente de este concepto la inmunoterapia antitumoral, los anticuerpos monoclonales, las terapias celulares y genéticas, los tratamientos quimioterápicos intraoperatorios, como la quimioterapia intraperitoneal e intraabdominal, la terapia endocrina u hormonal, los inhibidores enzimáticos o moleculares, los fármacos antiangiogénicos y los sensibilizadores usados en la terapia fotodinámica y radiación.
- La rehabilitación de mantenimiento en lesiones neurológicas irreversibles de diverso origen, en enfermedades o lesiones crónicas del aparato locomotor, y por disfunción del suelo pélvico.
- La estimulación precoz, la terapia ocupacional y los tratamientos de rehabilitación para el daño cerebral adquirido en régimen de internamiento hospitalario o cualquier modalidad de rehabilitación que se realice en el domicilio, la que sea motivo de ingreso hospitalario, o que se realice en centros no autorizados o no inscritos en el registro de Centros y Servicios Sanitarios de la comunidad autónoma correspondiente.

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

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 atención a la dependencia, hasta un límite máximo total de 12.000 euros por persona asegurada para toda la duración del contrato (incluidas sus prórrogas) o vida de la persona asegurada, con un sublímite de 2.000 euros para el servicio de asesoría o de gestión de las ayudas a la dependencia, cuando esta o una 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.

El reembolso 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 este contrato.

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:

- 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.

2.1.1.1. Atención personal:

2.1.1.1.1. Aseo personal

2.1.1.1.2. Movilización en el domicilio

- 2.1.1.1.3. Cambios de postura e higiene personal de personas encamadas
 - 2.1.1.1.4. Acompañamiento dentro del domicilio
 - 2.1.1.2. Cuidado del hogar:
 - 2.1.1.2.1. Limpieza del domicilio
 - 2.1.1.2.2. Compras domésticas
 - 2.1.1.2.3. Servicio de cocina
- 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, personal médico, enfermería, fisioterapeutas, psicólogos o terapeutas ocupacionales. Este servicio permite el acceso a estancias temporales, permanentes y a centros de día.
 - 2.1.2.1. Residencias
 - 2.1.2.2. Centros de día de atención especializada
 - 2.1.2.3. Centros de noche
- 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 profesionales sanitarios las 24 horas de 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 la persona beneficiaria deberá mantener las funciones cognitivas suficientes para el uso de la tecnología correspondiente.
- 2.1.4. Servicio de adaptación del hogar: se refiere al conjunto de 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.
- 2.1.5. Servicio de asesoría y de gestión de ayudas a la dependencia. También quedan incluidos los servicios de asesoría o gestión de las ayudas a la dependencia, **con un sublímite máximo de 2.000 euros durante la vigencia de la póliza y vida de la persona asegurada.**

La persona asegurada o una 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 atención a la dependencia descritos en este apartado, **hasta un límite máximo total de 12.000 euros por persona asegurada para toda la duración del contrato (incluidas sus prórrogas) o de su vida, con un sublímite de 2.000 euros para los servicios de asesoría o gestión de las ayudas a la dependencia. Para ello resulta imprescindible presentar la resolución que reconozca a la persona asegurada 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 la persona asegurada el capital máximo garantizado de 12.000 euros por este concepto, o el sublímite de 2.000 euros por servicios de asesoría o gestión de ayudas a la dependencia, durante la vigencia del seguro a través de la modalidad de reembolso de gastos.

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 o excluidas específicamente de la cobertura de dependencia de este apartado.
- 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 beneficiarse del reembolso de dependencia, la persona asegurada deberá presentar la acreditación completa de la situación de dependencia aportando los siguientes documentos (originales o compulsados):

- Datos personales, familiares y profesionales de la persona asegurada causante de la prestación.
- 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.
- Informes médicos con las condiciones de salud del dependiente, y el informe social realizado por el asistente social.
- Todos aquellos documentos adicionales que sean necesarios para poder acreditar el derecho a percibir la prestación.
- 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 la persona asegurada se abonará en España en euros al cambio del día del pago. Si este no constara, se realizará con el cambio correspondiente a la fecha de emisión de la factura o, en su defecto, a la de 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 de la persona asegurada.

2.3. Riesgos excluidos de la cobertura:

Están excluidas de la cobertura de dependencia:

- 2.3.1. **El reembolso de los gastos por servicios de ayuda familiar y atención a la dependencia no detallados en este apartado.**
- 2.3.2. **El reembolso de los gastos por servicios de ayuda familiar y atención a la dependencia detallados en este apartado, cuando la situación de dependencia grado 3:**
 - 2.3.2.1. **Es producida por un accidente causado por actividades o en circunstancias excluidas expresamente de la cobertura general del seguro de salud.**
 - 2.3.2.2. **Es consecuencia, secuela o complicación de lesiones producidas en un accidente ocurrido con anterioridad (preexistente) a la fecha de inclusión de cada persona asegurada en la póliza.**
 - 2.3.2.3. **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.**
 - 2.3.2.4. **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.**

2.3.2.5. **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.**

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

2.3.3. **El reembolso de los gastos por servicios de ayuda familiar o atención a la dependencia, y el parcial por gastos de asesoría o gestión, cuando se haya extinguido el derecho a la cobertura al haber percibido la persona asegurada el límite máximo por este concepto durante la vigencia de esta póliza o de otro seguro de asistencia médica completa de modalidad individual o colectiva contratado con DKV Seguros con anterioridad.**

2.3.4. **Los traslados requeridos para asistencia a consultas médicas, realización de pruebas diagnósticas, así como cualquier tipo de tratamiento ambulatorio.**

3. **Reembolso de los gastos de mantenimiento anual en banco de las células madre hematopoyéticas procedentes del cordón umbilical, los seis primeros años tras el nacimiento, siempre que el servicio de extracción y criopreservación del cordón se haya contratado con el proveedor incluido en la “Red de Servicios DKV Club Salud & Bienestar”, el parto esté cubierto por el seguro, y la persona cuyas células madre se preservan permanezca incluido en la póliza.**

DKV Seguros ofrece, como servicio franquiciado, a través de DKV Club Salud & Bienestar la extracción del cordón umbilical del recién nacido y su criopreservación. De esta manera, DKV Seguros asume 300 euros del coste de la extracción y la persona asegurada el pago de 690 euros, si opta por la modalidad FIRST, o 990 euros, si elige la ADVANCE.

Además, los seis primeros años, los gastos de mantenimiento del cordón umbilical quedan cubiertos mediante reembolso un máximo de 90 euros/año siempre que el parto haya sido cubierto por el seguro, y la persona permanezca en la póliza desde el nacimiento.

Además anualmente en cada renovación del contrato de seguro, DKV Seguros podrá modificar el proveedor de DKV Club Salud & Bienestar que facilita el servicio, el coste de extracción que asume, las condiciones de acceso, las tarifas a abonar y el gasto de mantenimiento máximo que reembolsa.



Discapacidad

¿Qué te cubre?

✓ **Información y orientación sobre dependencia y discapacidad.** Las personas aseguradas tienen a su disposición, de manera exclusiva, tres canales de contacto para recibir atención personalizada: teléfono, WhatsApp (682571073) y correo electrónico (discapacidadydependencia@dkvintegralia.org), en horario de lunes a viernes, de 9 a 18h.

A través de este servicio se ofrece información especializada sobre la normativa estatal y autonómica en materia de dependencia y discapacidad, los trámites disponibles en cada Comunidad Autónoma, las ayudas existentes, y los procedimientos de modificación o actualización de la situación reconocida.

✓ **Tramitación del certificado de discapacidad y dependencia.** Si la persona asegurada cumple los requisitos para iniciar un expediente de valoración, podrá solicitar el acompañamiento en la tramitación a través de los mismos canales.

El servicio contempla:

- Recogida de documentación y autorización formal de la persona interesada.
- Presentación de la solicitud ante los organismos competentes, conforme a los requisitos establecidos en cada Comunidad Autónoma.
- Seguimiento del expediente, respuesta a requerimientos administrativos y comunicación permanente con la persona sobre el estado de su solicitud (presentado, en tramitación, en citación, resuelto).
- Tramitación de recursos o reclamaciones administrativas (no incluye representación jurídica ni demanda judicial).



Salud mental

¿Qué te cubre?

- ✓ Las consultas presenciales y virtuales de psiquiatría en régimen ambulatorio.
- ✓ Las sesiones de psicoterapia presencial y de telepsicoterapia de carácter individual en régimen ambulatorio, previa prescripción de profesionales de la psiquiatría, oncología (en caso de pacientes oncológicos), o pediatría (hasta los 14 años) de la Red DKV de Servicios Sanitarios, practicadas por especialistas en psicología concertados y con la necesaria autorización de DKV Seguros.

Tanto las sesiones de psicoterapia presencial como las de telepsicoterapia computan de forma conjunta en los límites de sesiones establecidos en la póliza.

Las personas aseguradas pueden acceder a esta prestación en las patologías médicas que requieran intervención psicológica, abonando el copago que se establezca para cada acto o sesión en la “Tabla de grupos de actos médicos y copagos”, **hasta un límite máximo de 20 sesiones por persona asegurada y año.**

En los siguientes casos, **el límite máximo por año se extiende a 40 sesiones:**

- Personas aseguradas de hasta 24 años.
- Trastornos alimentarios (anorexia/bulimia).
- Situaciones de acoso escolar.
- Situaciones de violencia de género o familiar.
- Situaciones de ciberacoso o estrés laboral.

Se incluyen las sesiones de psicoterapia para el tratamiento de los síntomas asociados al Trastorno del Espectro Autista (TEA) y el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). El número máximo de sesiones cubiertas estará determinado por la edad de la persona asegurada.

Asimismo, las siguientes prestaciones de carácter no presencial en la Red DKV de Servicios Sanitarios de Telemedicina, con las limitaciones y exclusiones del producto contratado.

- ✓ **Teleconsulta:** consulta no presencial, virtual o telemática, con personal sanitario (profesionales de la medicina o la enfermería).
En la Red DKV de Servicios Sanitarios de Telemedicina concertada por la entidad, la persona asegurada podrá acceder a través de la app Quiero cuidarme Más, por distintos canales de comunicación (voz, texto o videollamada) y previa cita, a teleconsultas programadas de diferentes especialidades con los profesionales sanitarios habilitados para ello, según el producto contratado.
- ✓ **Teleterapia:** terapia no presencial.
En la Red DKV de Servicios Sanitarios de Telemedicina concertada por la entidad, la persona asegurada podrá acceder previa solicitud y autorización de DKV Seguros a profesionales sanitarios especializados en tratamientos de telerrehabilitación por distintos canales de comunicación (voz, texto o videollamada), dependiendo del tipo de tratamiento a aplicar.

En estas indicaciones, se establece el mismo límite de sesiones que para la terapia presencial. Las sesiones realizadas de forma presencial, virtual o telemáticas computan conjuntamente en el límite máximo por año estipulado según tipo de trastorno.

¿Qué no te cubre?

- ✗ En psiquiatría y psicología clínicas, las consultas, técnicas diagnósticas y terapias que no sigan criterios de tratamiento neurobiológicos o farmacológicos, el psicoanálisis, la hipnosis o narcolepsia ambulatoria, la sofrología, la estimulación magnética transcraneal repetitiva, las curas de reposo o sueño, y todas las derivadas de similares prestaciones.
- ✗ La psicoterapia de grupo o pareja, los test psicológicos y psicométricos, la evaluación y rehabilitación psicosocial o neuropsicológica y la terapia educativa.
- ✗ La psicoterapia cognitivo conductual y de los trastornos de la comunicación oral y escrita, o del desarrollo de diverso origen, salvo lo expresamente incluido en este apartado.
- ✗ 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, el tratamiento de las adicciones, la neurorrehabilitación y los tratamientos dietéticos.
- ✗ La hospitalización psiquiátrica, la hospitalización por razones de tipo social o familiar y la que sea sustituible por una asistencia domiciliaria o ambulatoria.



Planificación familiar

¿Qué te cubre?

- ✓ Implantación del DIU.
- ✓ Ligadura de trompas.
- ✓ Vasectomía.

¿Qué no te cubre?

- ✗ Se excluye el coste del dispositivo intrauterino.



Odontología

¿Qué te cubre?

- ✓ Se cubren las consultas, las extracciones, las curas estomatológicas, las fluorizaciones, las limpiezas de boca y la radiología dental asociada.
Además, hasta los 14 años, quedan cubiertos los selladores de fisuras y las obturaciones (empastes).
Asimismo, cubre el tallado selectivo (por cuadrantes), el recubrimiento pulpar, el empaste provisional y el estudio implantológico.
- ✓ El programa de Salud Bucodental:
 1. En la edad infantil: dirigido a 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.
 2. En la gestación o embarazo: dirigido a establecer pautas de prevención, a través de una valoración del estado gingival y de consejos sobre higiene oral y dieta, así como informar de las enfermedades orales más prevalentes en su futuro bebé. Incluye:
 - Planificación de una dieta para el control de caries.
 - Limpiezas de boca.
 - Aplicación de flúor desensibilizante.

¿Qué no te cubre?

- ✗ Se excluye la odontología especial:
 - 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.
 - Los medios diagnósticos necesarios para realizar estos tratamientos.
 - La estética dental.



Asesoramiento a distancia

Líneas de orientación telefónica

Accede a líneas médicas especializadas llamando al **900 810 074 - 976 991 199** (excepto para la línea de atención psicoemocional).

Asistencia 24 horas

Línea atendida por personal médico y administrativo, especializada en la **coordinación y activación de servicios de asistencia médica en el domicilio**, en base al tipo de seguro contratado y la zona geográfica de residencia.

Línea médica de la mujer

Llamando a esta línea podrás hablar con doctoras que te proporcionarán información y resolverán tus dudas sobre **síntomas, pruebas diagnósticas, problemas de salud o medicamentos propios de la salud de la mujer**.

Médico DKV 24 horas

Te proporcionará información y resolverá tus dudas sobre **síntomas, pruebas diagnósticas, problemas de salud o medicamentos**.

Línea médica deportiva

Prevé lesiones, adecúa el ejercicio en tu práctica deportiva y recibe asesoramiento en patologías relacionadas con el deporte por expertos en medicina deportiva, médicos o técnicos en nutrición.

Línea médica pediátrica 24 horas

Servicio especial 24 horas para resolver tus dudas sobre **síntomas, pruebas diagnósticas o problemas de salud** que presenten los **menores asegurados de hasta 14 años**.

Línea médica nutricional

Habla con personal médico o técnicos en dietética y nutrición sobre **el control dietético en patologías que incluyen la dietoterapia como parte del tratamiento prescrito por un médico**.

Línea médica obesidad infantil

Recibe asesoramiento para tus hijos asegurados de hasta 14 años por parte de personal médico o técnicos en dietética y nutrición que te proporcionarán **recomendaciones para prevenir o tratar el sobrepeso en la infancia**.

Línea médica tropical

Si vas a viajar, llama para resolver tus dudas sobre **síntomas, pruebas diagnósticas, problemas de salud, quimioprofilaxis o medicamentos necesarios para tu viaje**.

Línea médica del embarazo

Te damos información y resolvemos tus dudas, a través de personal médico o especialistas en obstetricia, sobre **síntomas, pruebas diagnósticas, problemas de salud o medicamentos propios del embarazo**.

Línea de atención psicoemocional (900 810 675 - 876 500 659)

Tienes disponibles seis consultas psicológicas al año, de media hora de duración, con las que podrás obtener orientación a través de un cualificado equipo psicológico, que estudiará cada caso de manera personalizada.
Horario de 8:00 a 21:00 horas, en días laborables, y acceso previa consulta programada.

Segunda opinión médica por enfermedad grave

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

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

Segunda opinión bioética por enfermedad grave

Mediante este servicio gratuito, en caso de enfermedad grave, la persona asegurada o su equipo médico tendrán acceso al asesoramiento y segunda opinión de 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.

Exclusiones generales del seguro

Además de las exclusiones específicas establecidas anteriormente para alguna de las especialidades, prestaciones y servicios cubiertos, destacadas de modo especial (en **negrita**), quedan excluidos de la cobertura general de este seguro:

1. Para cada persona asegurada, las patologías (enfermedades o lesiones, sobrevenidas o congénitas) y condiciones de salud, como dolores o síntomas, de origen anterior a la fecha de entrada en vigor de la póliza o de su inclusión en ella, de las que, siendo conocidas, no se hubiese informado a la compañía en el cuestionario de salud en los casos en los que corresponda.

DKV Seguros podrá, en todo caso, excluir de cobertura aquellas patologías y condiciones de salud declaradas que no puedan ser asumidas según las características de la póliza, haciendo constar dichas exclusiones concretas de manera expresa.
2. Todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos cuya seguridad y coste-efectividad no cuenten con un informe positivo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (RedETS), dependientes del Ministerio de Sanidad.
3. Los daños físicos que sean consecuencia de guerras, motines, revoluciones y terrorismo; los causados por epidemias, pandemias o emergencias de salud pública de importancia internacional (ESPII), que sean declaradas oficialmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS); 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).
4. Las enfermedades o lesiones derivadas de la práctica con carácter o dedicación profesional de cualquier deporte; de la participación en apuestas, competiciones, y de la práctica como aficionado o profesional de actividades de alto riesgo, tales como el toreo, el encierro de reses bravas, el puenting, el barranquismo, la espeleología, el parapente, el uso de quads; de cualquier deporte extremo o peligroso como el buceo, el bobsleigh, el boxeo, las artes marciales, la hípica, la escalada, el hockey, el snowboard, el rugby; de las carreras de vehículos a motor, de actividades aéreas no autorizadas para el transporte público de viajeros; de actividades de navegación en aguas bravas y en cualquier otra circunstancia de riesgo. Asimismo, en general, quedan excluidos los entrenamientos de todos ellos, y, cualquier otro deporte, actividad recreativa o de ocio de carácter notoriamente peligroso no detallada en la relación anterior.
5. La asistencia sanitaria para el tratamiento del alcoholismo crónico, de la adicción a todo tipo de drogas o sustancias, así como sus complicaciones y secuelas; la que se derive de lesiones producidas por estado de embriaguez, de riñas o desafíos, intento de suicidio o autolesiones; y la que sea consecuencia de enfermedades o accidentes sufridos por dolo, negligencia o imprudencia de la persona asegurada. Los ingresos en centros para el tratamiento o reeducación de conductas adictivas o adicciones no materiales de cualquier clase. Además, quedan excluidos los tratamientos y la ayuda médica para morir (eutanasia).
6. La estética dental.
7. Las terapias alternativas y complementarias, como acupuntura, naturopatía, homeopatía, fitoterapia, quiromasaje, drenaje linfático (salvo veinte sesiones por persona asegurada y año tras linfadenectomía oncológica), masaje circulatorio, mesoterapia, magnetoterapia estática, gimnasia, osteopatía, hidroterapia, piscinoterapia, oxigenoterapia trifásica, presoterapia, ozonoterapia, ortóptica. Así como cualquier otra prestación o tratamiento que no cuente con evidencia científica que avale su eficacia y seguridad por el Ministerio de Sanidad. También se excluyen las especialidades médicas o del ámbito sanitario no incluidas en el apartado “Coberturas” de este contrato.
8. 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 o dependientes de las comunidades autónomas, salvo en los supuestos identificados (ver apartado “¿Puedo acceder a médicos o centros no incluidos en la Red DKV de Servicios Sanitarios?”).

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

9. La interrupción voluntaria del embarazo, así como el tratamiento de la esterilidad, las técnicas de lavado seminal y las de reproducción asistida de cualquier clase.

10. Los análisis u otras exploraciones que sean precisas para la expedición de certificaciones, emisión de informes y el libramiento de cualquier tipo de documento que no tenga una clara función asistencial.
11. La terapia ocupacional, excepto en las indicaciones y patologías descritas en el apartado “Especialidades médicas y quirúrgicas: teleterapia ocupacional”.
12. La medicina regenerativa, la biológica, la inmunoterapia, las terapias celulares o genéticas, las terapias biológicas 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.
13. La asistencia sanitaria por fiebres hemorrágicas virales, así como sus complicaciones y secuelas. Los gastos asistenciales derivados de la infección por VIH/SIDA y de las enfermedades causadas por el virus, cuando excedan la cantidad máxima garantizada.
14. Los productos farmacéuticos, medicamentos y medios auxiliares de cura de cualquier clase, salvo los que se consuman por la persona asegurada durante el internamiento (un mínimo de 24 horas) en un centro hospitalario. En cualquier caso, quedan también expresamente excluidos los medicamentos biológicos y biomateriales medicamentosos no detallados en el apartado “Asistencia hospitalaria: Prótesis quirúrgicas” y las terapias del punto l) de este apartado, aunque se administren durante el internamiento hospitalario.
15. 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 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 (excepto la plataforma genómica pronóstico-predictiva del cáncer de mama). Asimismo, queda excluida cualquier otra técnica genética o de biología molecular que se solicite con fin pronóstico o diagnóstico si este se puede obtener por otros medios o no tiene repercusión terapéutica, o si la terapia queda excluida de cobertura por póliza.
16. Cualquier prestación sanitaria no contemplada expresamente en el presente contrato de seguro o no reconocida oficialmente.

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:



Intervenciones quirúrgicas ambulatorias de los grupos 0, I y II del nomenclátor de la entidad:

6 meses, salvo en los casos de urgencia*.



Tomografía axial computerizada (TAC):

6 meses.



Resonancia magnética nuclear (RMN):

6 meses.



Medios diagnósticos de alta tecnología:

6 meses.



Métodos terapéuticos: la litotricia músculo esquelética:

6 meses.



Medios diagnósticos intervencionistas sin hospitalización:

6 meses.



Psicoterapia:

6 meses.



Cirugía podológica:

6 meses.



Estudio biomecánico de la marcha o la pisada:

6 meses.



Intervenciones quirúrgicas de los grupos III al VIII del nomenclátor de la entidad, por cualquier motivo y naturaleza:

8 meses, salvo en los casos de urgencia*.



Hospitalización, por cualquier motivo y naturaleza:

8 meses, salvo en los casos de urgencia*.



Prótesis quirúrgicas, por cualquier motivo y naturaleza:

8 meses, salvo en los casos de urgencia*.



Asistencia de cualquier tipo de parto (excepto parto prematuro) o cesárea:

8 meses.



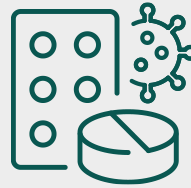
Protonterapia en tumores pediátricos:

8 meses.



Trasplantes:

12 meses.



**Asistencia sanitaria por
infección del VIH/SIDA:**

12 meses.

* Se entenderá por urgencia en este caso aquella asistencia (de carácter médico o sanitario), que de no prestarse de forma inmediata e inaplazable podría poner en peligro la vida del paciente o su integridad física o causar un menoscabo grave permanente en su salud.

Beneficios

Por contratar DKV Integral la aseguradora DKV Seguros pone a su disposición los siguientes beneficios:

- Compromiso de no anulación a partir del tercer año.
- Compromiso de no variación de precio por uso de póliza (precio garantizado).

Compromiso de no anulación a partir del tercer año

DKV Seguros podrá hacer uso de la facultad de oposición a la prórroga del contrato hasta la anualidad en que el asegurado haya permanecido tres anualidades consecutivas de vigencia en la póliza (es decir, cuando hayan transcurrido tres periodos consecutivos de doce meses naturales desde la contratación).

Transcurrido dicho plazo, DKV Seguros renunciará a la facultad de oposición a la prórroga del contrato, siempre que la documentación de la póliza esté firmada y el tomador acepte que las primas de renovación variarán anualmente conforme a los criterios técnicos expuestos en el apartado “¿El precio del seguro puede modificarse?” de este contrato, así como las modificaciones de las condiciones generales que se propongan a todas las personas aseguradas que hayan suscrito la misma modalidad del seguro.

Con independencia de los plazos establecidos, DKV Seguros sí podrá oponerse a la prórroga del contrato en 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.

Compromiso de no variación de precio por uso de póliza (precio garantizado)

El uso que hagas de tu seguro no influirá en las revisiones, actualizaciones y posibles incrementos anuales del precio del seguro. No obstante, recuerda que el precio del seguro puede variar según lo establecido en el apartado “¿El precio del seguro puede modificarse?”.

Al finalizar cada anualidad de vigencia de la póliza, DKV Seguros informará si los beneficios antes descritos se modifican, eliminan o reemplazan por otros para la siguiente anualidad, lo cual será comunicado con dos meses de antelación a la fecha de vencimiento de tu contrato de seguro. Si no estuvieras de acuerdo, recuerda que puedes oponerte a la prórroga del contrato de seguro mediante notificación escrita a DKV Seguros con un mínimo de un mes de antelación a la fecha de vencimiento de tu contrato.

La persona tomadora del seguro reconoce y acepta expresamente su conformidad a los beneficios detallados y a aquellos supuestos y requisitos que deben darse para disfrutar de los mismos así como a los casos en los que no son de aplicación.

La persona tomadora del seguro

Por DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E.
Fernando Campos Márquez
Consejero delegado



Servicios adicionales

Además de las coberturas del contrato de seguro mencionadas, con DKV Integral tienes disponibles una serie de servicios adicionales que detallamos a continuación:

DKV Club Salud & Bienestar

¿Qué es DKV Club Salud & Bienestar?

DKV Club Salud & Bienestar es un programa exclusivo para personas aseguradas de DKV Integral. Ofrece acceso a una amplia red de servicios relacionados con la salud, el bienestar y el cuidado personal, con descuentos especiales y tarifas inferiores al precio de mercado.

¿Cómo funciona?

Elige un servicio de salud y pide cita.

Busca o consulta los servicios de salud disponibles en el listado del portal dkvclubdesalud.dkvseguros.com o llama al teléfono 900 810 670 - 976 506 010.

Existen dos formas de acceder a estos servicios. Sigue los siguientes pasos para comprarlos y obtener tu bono.



Pago online del servicio:

- Consulta las tarifas en la app.
- Reserva y paga el bono en línea (consulta los distintos métodos de pago).
- Solicita cita directamente con el centro proveedor.
- Presenta tu bono pagado el día de la cita.

Reserva del servicio con bono:

- Consulta tarifas en la app.
- Haz la reserva del bono.
- Solicita cita directamente con el centro proveedor.
- Presenta tu bono reserva y paga el servicio en el centro.

Cuando acudas a la cita no olvides

- Tu DNI.
- El bono pagado o la reserva de pago en centro. Puedes llevarlo impreso o mostrarlo en versión digital, en el móvil.

El catálogo de DKV Club Salud & Bienestar cubre las necesidades de nuestros clientes en categorías de interés o prevención como:

Salud y deporte

- Estudio biomecánico de la marcha
- Plantillas personalizadas
- Reconocimiento médico deportivo
- Pruebas de esfuerzo

Salud y embarazo

- Criopreservación de células madre del cordón umbilical
- Reproducción asistida
- Diagnóstico prenatal
- Cuidados postparto en el hogar
- Nutrición en el embarazo

Salud visual y auditiva

- Cirugía láser de miopía, hipermetropía y astigmatismo

- Cirugía de presbicia
- Servicio de óptica (gafas, lentillas)
- Chequeo auditivo y compra de audífonos

Salud y nutrición

- Asesoramiento dietético personalizado
- Cirugía de obesidad y diagnóstico nutricional

Salud mental

- Programas específicos de psicología
- Terapias de relajación y antiestrés

Servicios sociosanitarios y asistencia familiar

- Apoyo a hospitalizados o personas solas
- Ayuda domiciliaria (personal y hogar)
- Adaptación del hogar
- Residencias de tercera edad
- Apartamentos asistidos
- Servicio de ortopedia
- Odontología en residencia y a domicilio
- Óptica en residencia y domicilio
- Reentrenamiento de la memoria

Servicios de prevención

- Estudios genéticos predictivos
- Programa para dejar de fumar y otras terapias para adicciones
- Reconocimientos y chequeos preventivos
- Certificados médicos
- Medicina deportiva
- Paquete de servicios digitales especializados en epilepsia
- Servicios para el cuidado de la menopausia



Importante

- Los servicios de DKV Club Salud & Bienestar no forman parte de la cobertura del seguro, pero están disponibles con condiciones ventajosas.
- En cada renovación del contrato de seguro, DKV Seguros podrá modificar la “Red de Servicios DKV Club Salud & Bienestar”, los descuentos, las tarifas y los servicios incluidos en DKV Club Salud & Bienestar, añadiendo otros nuevos o suprimiendo alguno de los ya existentes, para adaptarse a las necesidades de los asegurados.

Aplicación Quiero cuidarme Más

Desde DKV Seguros apostamos por la tecnología para ayudar a cuidarse. Por eso, hemos desarrollado un amplio abanico de servicios de salud digital incluidos en tu póliza, disponibles en la aplicación Quiero cuidarme Más, que incluye:

1. Herramientas de autocuidado y planes de prevención personalizados

1.1 Índice de vida saludable (IVS)

Consiste en una encuesta de salud, que mide con un valor del 0 al 1000 el nivel de vida saludable del usuario, y que se obtiene de la medida de nueve parámetros introducidos previamente (índice de masa corporal, glucosa, colesterol, presión arterial, calidad del sueño, bienestar emocional, actividad física, consumo de tabaco y alimentación). Los datos de los indicadores se pueden sincronizar con Apple Health, Google y otros dispositivos de última generación.

Además de estos nueve parámetros, el usuario cuenta con otros indicadores como los antecedentes personales y familiares, las alergias, la dosis de naturaleza, etc.

1.2 Cuida tu mente

Herramienta que ofrece servicios relacionados con la salud mental. Cada persona puede hacer un cuestionario y recibir una valoración automática sobre su estado de bienestar. También permite recibir orientación psicológica a través de chat, donde el psicólogo puede disponer de la información del cuestionario para evaluar la consulta. Además, permite realizar una videollamada con psicología y psiquiatría, y la posibilidad de utilizar otros servicios y herramientas para mantener una buena salud mental.

1.3 Plan de prevención personalizado

En base a los datos de salud la persona asegurada podrá acceder a planes de prevención personalizados, contando con el apoyo de un coach para la evaluación y el seguimiento, además, previo permiso del usuario, el coach podrá acceder a sus indicadores y su carpeta de salud para una mayor personalización.

Asimismo, la persona asegurada podrá apuntarse a retos para trabajar sobre aquellos indicadores de salud que sean mejorables.

1.4 Coach de Salud

A través del chat, resuelve sus dudas y le da consejos para que pueda incorporar hábitos de vida saludables y seguir diferentes planes de salud, adaptados a los factores de riesgo específicos de cada persona asegurada según su edad y sexo.

2. Servicios de orientación diagnóstica y tratamiento

2.1 Chequeador de síntomas

La app Quiero cuidarme Más incorpora un chequeador de síntomas a través de un cuestionario, que permite a la persona asegurada obtener una orientación rápida y fiable sobre algún problema de salud. Además, se ofrece la posibilidad de contactar con un profesional tras la evaluación.

2.2 Consulta virtual

También directamente a través del móvil podrás hablar con diferentes especialistas disponibles del equipo médico de Quiero cuidarme Más. En el caso de medicina general y pediatría podrá hacerlo por chat, telefónicamente o por videollamada. Todo ello de una forma fácil de usar, segura y con todas las garantías de confidencialidad.

2.3 Comadrona digital

La comadrona digital permite, a través de chat, resolver todas las dudas que surjan a las madres durante el embarazo y en los cien días posteriores al parto, como cuestiones sobre la lactancia, los cuidados del bebé o la recuperación, entre otros. Además, el servicio ofrece acompañamiento a las mujeres con el fin de evitar o identificar de forma precoz la depresión posparto.

2.4 Soporte especializado a la epilepsia

Sección en la que se tiene acceso a soporte por chat con profesionales específicamente formados para atender problemas relacionados con la epilepsia. Dentro de las posibles consultas se incluye el chat de atención postcrisis, el chat con atención primaria o pediatría, videollamada con psicología y neurología.

3. Trámites online con la compañía: solicitud de citas, carpeta de salud, diario y receta electrónica

3.1 Cita online

Solicitud de cita online con múltiples centros, sin tener que llamar por teléfono o acudir presencialmente para solicitarla.

3.2 Carpeta personal de salud

Mediante su Carpeta de Salud podrá recibir, guardar, consultar y descargar de forma segura sus informes médicos; recibir automáticamente las peticiones de pruebas analíticas y de imagen que el médico genere durante la consulta; y acceder a los resultados de las mismas. Además, también recibirá en la carpeta la receta electrónica homologada que pauten los profesionales desde la app, con la que podrá acudir a una farmacia para la dispensación.

3.3 Diario de salud

Agenda personal para registrar sus citas médicas manualmente o visualizar automáticamente las solicitadas desde la app con cita online y revisar el histórico de sus actividades de salud.

2.3.4 Mi Farmacia

Esta función permite solicitar recetas electrónicas con medicina general, revisar los medicamentos de la persona asegurada y entablar un chat en directo con profesionales farmacéuticos para resolver dudas.

La receta médica electrónica permite al médico emitir prescripciones de medicamentos, y que la persona asegurada las reciba automáticamente en su Carpeta de Salud para ir directamente a la farmacia. Para ello usamos el sistema REMPe un sistema de prescripción y dispensación homologado por la Organización Médica Colegial (OMC).

Además, este servicio también está conectado con los productos y servicios del Club Salud y Bienestar relacionados con farmacia y parafarmacia para comprar de forma online.

Servicio bucodental

Este servicio pone a disposición de las personas aseguradas 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 DKV de Servicios Sanitarios, las franquicias dentales y los servicios bucodentales incluidos.

Asistencia en viaje

Las coberturas y garantías adicionales del apartado “Asistencia en viaje” se prestan de forma independiente al resto las coberturas y serán ofrecidas por la aseguradora ERGO Seguros de Viaje Sucursal en España, con domicilio en avenida Isla Graciosa, 1, 28703 San Sebastián de los Reyes (Madrid), NIF W0040918E e inscrita en la DGSyFP, con la clave E0217.

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 de la persona asegurada, **excepto las coberturas descritas en los apartados 2.1.1, 2.1.3, 2.1.14, 2.1.20, y el 2.1.6, 2.1.8 en lo referente a gastos de hotel, que no son de aplicación en España, prestándose únicamente en los viajes que la persona asegurada realice al 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, la persona asegurada debe tener su domicilio en España y residir habitualmente en él, de modo que sus viajes, o la permanencia fuera de dicha residencia habitual, **no podrán superar los 180 días consecutivos.**

2. Descripción de las coberturas

2.1 Asistencia

2.1.1 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 máximo de 30.000 euros. El límite de esta garantía es por siniestro ocurrido y persona asegurada.**

2.1.2 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 300 euros.**

2.1.3 Prolongación de estancia en un hotel en el extranjero

Si la persona asegurada se encuentra enferma o accidentada en el extranjero y no es posible su regreso en la fecha prevista, DKV Seguros se hará cargo de los gastos de prolongación de estancia de la persona asegurada en un hotel, después de la hospitalización y bajo prescripción médica, **hasta un importe de 80 euros por día y con un máximo de 800 euros.**

2.1.4 Repatriación o traslado sanitario

En caso de que la persona asegurada 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 a la persona asegurada herida o enferma, 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 la persona asegurada fuera ingresada 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.

2.1.5 Repatriación de fallecidos y sus acompañantes

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

Si la persona asegurada fallecida viajara acompañada de otros familiares asegurados 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 de la persona asegurada fallecida 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.

2.1.6 Escolta de restos mortales

De no haber quien acompañe en su traslado los restos mortales de la persona asegurada fallecida, DKV Seguros facilitará a la persona que designen los familiares del mismo, un billete de ida y vuelta para acompañar el cadáver.

Si el fallecimiento se produjese en el extranjero, DKV Seguros asumirá, además, los gastos de estancia de dicha persona o, en su lugar, los gastos de estancia de otra persona distinta que ya se encuentre desplazada por estar viajando en compañía de la persona asegurada fallecida y que hubiera sido designada por los familiares como acompañante del cadáver, **con un límite de 80 euros por día y hasta un máximo de tres días.**

2.1.7 Repatriación o traslado de otras personas aseguradas

Cuando a una de las personas aseguradas 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 las personas aseguradas restantes hasta el lugar de su residencia habitual o hasta el lugar donde esté hospitalizada la persona asegurada repatriada o trasladada.
- b) La puesta a disposición de una persona para que viaje y acompañe a las personas aseguradas restantes de las que se trata en el punto a) anterior, cuando éstas fueran hijos menores de 15 años de edad de la persona asegurada repatriada y no contaran con un familiar o persona de confianza para acompañarles en el viaje de regreso.

2.1.8 Viaje de un acompañante

Cuando la persona asegurada se encuentre hospitalizada más de cinco días, DKV Seguros pondrá a disposición de un familiar de la persona asegurada 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 80 euros diarios y con un máximo de diez días.

2.1.9 Regreso anticipado a su domicilio

Si en el transcurso de un viaje, durante el cual la persona asegurada 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 de la persona asegurada un billete para regresar a su domicilio, en caso de que el billete que tuviera la persona asegurada para el viaje de regreso no permitiera adelantar el mismo. Asimismo, después de resuelta la situación que dio lugar al regreso anticipado a su domicilio habitual, si deseara reincorporarse a su lugar del viaje, DKV Seguros pondrá de nuevo a su disposición un billete para su vuelta a lugar de destino de su viaje inicial.

2.1.10 Envío de medicamentos

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

2.1.11 Consulta médica telefónica

Si la persona asegurada 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.

2.1.12 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 de la persona asegurada.

2.1.13 Envío de documentos

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

2.1.14 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, la persona asegurada tenga necesidad de contratar su defensa legal, DKV Seguros asumirá los gastos que comporte la misma, **hasta un límite de 1.500 euros.**

Si la persona asegurada 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 a la persona asegurada una fianza penal, DKV Seguros anticipará la misma, **hasta un límite de 6.000 euros.**

La persona asegurada 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, la persona asegurada queda obligada a restituirla inmediatamente a DKV Seguros.

2.1.15 Ayuda en viaje

Cuando la persona asegurada 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, para lo que debe ponerse en contacto con la compañía a través del número de teléfono indicado, donde podrá solicitar recibir la respuesta mediante llamada telefónica o por correo electrónico.

2.1.16 Transmisión de mensajes

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

2.1.17 Ayuda familiar

Si como consecuencia de la garantía de desplazamiento de un familiar por hospitalización o fallecimiento de la persona asegurada, se quedasen solos en el domicilio hijos menores de 15 años, o hijos discapacitados, se pusiera a su disposición una persona para su cuidado, **coste hasta 60 euros día y limitado a 7 días.**

2.1.18 Anulación de tarjetas

En caso de robo, hurto o extravío de tarjetas bancarias o no bancarias, emitidas por entidades en España, DKV Seguros se compromete a petición de la persona asegurada, a comunicarlo a la entidad emisora para su cancelación.

2.1.19 Bloqueo del teléfono móvil

En caso de notificación por parte de la persona asegurada del robo o pérdida de su teléfono móvil, DKV Seguros procederá a comunicar dicha circunstancia al operador correspondiente solicitando el bloqueo del terminal. DKV Seguros no será

responsable de los usos indebidos en ningún caso.

2.1.20 Adelanto de fondos en el extranjero

Cuando sea necesario, a causa de gastos extraordinarios por enfermedad o accidente ocurridos en el extranjero, DKV Seguros adelantará a la persona asegurada, **hasta el límite de 1.500 euros**, contra firma de un escrito de reconocimiento de deuda o cheque bancario por dicho importe, o el contravalor en euros, de la cantidad anticipada, a salvo siempre de la legislación vigente sobre el control de cambios. **La persona asegurada se compromete a reembolsar a DKV Seguros el importe adelantado en un plazo máximo de 30 días desde el momento de la entrega efectuado por esta.**

2.2 Equipajes

2.2.1 Gastos de gestión por pérdida de documentos

Quedan amparados, **hasta el límite de 120 euros**, los gastos justificados en que incurra la persona asegurada durante el viaje para obtener la sustitución de tarjetas de crédito, cheques bancarios, de viaje, de gasolina, de billetes de transporte, del pasaporte o del visado, por pérdida o robo de los mismos ocurridos en el transcurso de un viaje o estancia fuera de su lugar de residencia habitual.

No son objeto de esta cobertura y, en consecuencia, **no se indemnizarán los perjuicios derivados de la pérdida o robo de los documentos mencionados o de su utilización indebida por terceras personas, así como aquellos gastos complementarios que no sean los directamente relacionados con la obtención de los duplicados.**

2.3 Demoras

2.3.1 Pérdida de enlaces por retraso del medio de transporte

Si el medio de transporte público se retrasa debido a fallo técnico, huelgas, inclemencias climatológicas o desastres naturales, intervención de las autoridades o de otras personas por la fuerza, y como consecuencia de este retraso se imposibilitara el enlace con el siguiente medio de transporte público cerrado y previsto en el billete, **DKV Seguros abonará hasta el límite de 120 euros**, los gastos justificados incurridos en la espera de alojamiento y manutención.

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 la persona asegurada a sí misma, 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.

3.1.9 Los siniestros ocurridos en caso de guerra, pandemias, manifestaciones y movimientos populares, actos de terrorismo y sabotaje, huelgas, detenciones por parte de cualquier autoridad por delito no derivado de accidente de circulación, restricciones a la libre circulación o cualquier otro caso de fuerza mayor, a menos que la persona asegurada pruebe que el siniestro no tiene relación con tales acontecimientos.

3.1.10 Los siniestros que tengan por causa las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear o la radioactividad, así como los derivados de agentes biológicos o químicos.

3.1.11 Los daños causados intencionadamente por la persona asegurada, o negligencia grave de ésta.

4. Disposiciones adicionales

En las comunicaciones telefónicas solicitando la asistencia de las garantías señaladas, se deberá indicar el nombre de la persona asegurada, 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, a la persona asegurada 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 a la persona asegurada con el equipo médico de DKV Seguros.

Si la persona asegurada 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 la persona asegurada 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 a la persona asegurada 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 la persona asegurada solicite su intervención, desde el momento del suceso, en el siguiente teléfono: +34 91 379 04 34.

Derechos y obligaciones

Quejas y reclamaciones

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



A la dirección de **Defensa del Cliente** de DKV Seguros, por correo postal a la dirección:

Torre DKV
Avenida María Zambrano, 31
50018, Zaragoza



O por **correo electrónico** a:

defensacliente@dkvseguros.es



En nuestro **Servicio de Atención al Cliente**, llamando al número:

900 810 072 - 976 506 000



O en cualquiera de **las oficinas de DKV Seguros**

El cliente podrá elegir la forma en que desea ser contestado y el domicilio al que se le enviará la respuesta; si no se especifica otra cosa, la respuesta se le enviará por el mismo medio en que se puso en contacto con DKV Seguros. El expediente será tramitado por escrito, de no especificar ninguna modalidad previa, dentro del plazo máximo de dos meses. En las oficinas de la entidad se encuentra disponible el Reglamento del Servicio de Atención al Cliente de DKV Seguros.

Transcurrido el plazo de dos meses, si el cliente discrepa de la solución propuesta, podrá dirigirse al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de pensiones, con domicilio en el paseo de la Castellana 44, 28046 Madrid, (dgsfp.mineco.gob.es).

Una vez acreditada la tramitación previa ante DKV Seguros, se iniciará un expediente administrativo.

Otras obligaciones, deberes y facultades de la persona tomadora o persona asegurada

La persona tomadora o, en su caso, la persona asegurada, tiene el **deber** de:

- Antes de contratar el seguro: declarar a DKV Seguros, en el cuestionario que ésta le proporcione, todas las circunstancias por ella conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerada de tal deber si DKV Seguros no le somete al cuestionario o cuando, aun solicitándolo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él (artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro).
- Durante el curso del contrato: comunicar a DKV Seguros, tan pronto como sea posible, los traslados de residencia habitual al extranjero, los cambios de domicilio en España o de profesión habitual. También deberá comunicar el inicio de actividades de ocio o deportivas de riesgo elevado o extremo, puesto que, si hubieran sido conocidas por DKV Seguros en el momento de contrato de la póliza, no la habría aceptado o lo habría hecho en condiciones distintas.
- 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.
- Facilitar la cesión de sus derechos o subrogación a DKV Seguros conforme a lo establecido en el apartado “¿En qué consiste la cláusula de subrogación o cesión de derechos?”.

Y es que, en caso de que la persona tomadora o la asegurada tuviesen derecho a ser indemnizados por parte de terceros responsables, este derecho pasa a tenerlo DKV Seguros por el importe de la prestación sanitaria pagada a la persona tomadora o a la asegurada.

Asimismo, la persona tomadora o, en su caso, la asegurada, tienen la **facultad** de:

a) Cuando el contrato de seguro se celebre utilizando una técnica de contratación a distancia, si la persona tomadora del seguro es una persona física, podrá desistir del contrato sin necesidad de indicar los motivos y sin que se le aplique penalización alguna, dentro del plazo de los 14 días naturales siguientes a la fecha en que la aseguradora le entregue, mediante soporte duradero, la documentación correspondiente a la póliza. Si, en cumplimiento del contrato de seguro, DKV Seguros hubiese dado cobertura a algún siniestro o prestado algún servicio, podrá exigir el reembolso de lo pagado con anterioridad a hacerse efectivo el desistimiento.

La persona tomadora podrá ejercer el citado derecho de desistimiento mediante una carta firmada al domicilio de la aseguradora: Torre DKV, avenida María Zambrano, 31 - 50018 (Zaragoza); o a través de la dirección de correo electrónico: bajas@dkvseguros.es, identificando claramente en ambos casos, sus datos personales y los del contrato sobre el que desea ejercitar el derecho de desistimiento.

El contrato quedará extinguido y, consecuentemente, sin cobertura del riesgo asegurado, en la misma fecha en que la aseguradora reciba la notificación del desistimiento por parte de la persona tomadora, quien tendrá derecho a la devolución de la parte proporcional de la prima no consumida que corresponda una vez descontado el importe del servicio prestado. Dicha devolución tendrá lugar en el plazo máximo de 14 días naturales desde el día de notificación del desistimiento.

Otras obligaciones de DKV Seguros

DKV Seguros:



Proporcionará la asistencia médica contratada.



Facilitará la tarjeta identificativa para cada una de las personas aseguradas que forman parte del contrato, así como información sobre la Red DKV de Servicios Sanitarios.

Pérdida de derechos

La persona tomadora o la asegurada pierden el derecho a la prestación garantizada si al cumplimentar el cuestionario de salud, no responden con veracidad al mismo o a las aclaraciones que les pueden ser solicitadas, ya sea ocultando de manera consciente circunstancias relevantes, ya sea no observando la debida diligencia para proporcionar los datos que se le piden (artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro).

Suspensión y rescisión del contrato de seguro

a) DKV Seguros podrá rescindir el contrato, mediante declaración dirigida a la persona tomadora del seguro, en el plazo de un mes, a contar desde que tenga conocimiento cierto de que la persona tomadora o la asegurada ocultaron o falsearon datos al responder al cuestionario de salud (artículo 10 Ley de Contrato de Seguro).

b) Si se produce agravamiento del riesgo por traslado de residencia habitual al extranjero, cambio de domicilio en España, de profesión habitual, o por inicio de actividades de ocio o deportivas de riesgo elevado o extremo, DKV Seguros podrá rescindir el contrato, comunicándolo por escrito a la persona tomadora o a la asegurada dentro del plazo de un mes a contar desde el día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo (artículo 12 de la Ley de Contrato de Seguro).

c) DKV Seguros tiene derecho a finalizar el contrato si por culpa de la persona tomadora el primer recibo no ha sido pagado. En caso de impago de alguno de los recibos siguientes, las coberturas quedan suspendidas, transcurrido un mes desde la fecha de impago.

Comunicaciones

Si quieres comunicarte con DKV Seguros puedes escribir a nuestro domicilio: Torre DKV, avenida María Zambrano, 31, 50018 Zaragoza (España). También puedes hacerlo mediante los siguientes canales: por teléfono al 900 810 072 - 976 506 000 o en el correo electrónico atencion.cliente@dkvseguros.es. No obstante, también serán válidas las comunicaciones que se efectúen de manera fehaciente al agente de DKV Seguros que haya mediado en la póliza.

Si has contratado la póliza a través de un corredor de seguros, él puede hablar en tu nombre frente a la compañía y tendrá los mismos efectos que si dicha comunicación la hubieras realizado tú salvo indicación escrita a DKV Seguros en contrario por

tu parte. En todo caso, se precisará tu consentimiento expreso, como persona tomadora del seguro, para suscribir un nuevo contrato o para modificar o dar de baja el contrato de seguro en vigor.

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

Las comunicaciones de DKV Seguros a la persona tomadora del seguro o a la asegurada se realizarán a través del medio específicamente señalado por ellas, que podrá ser correo electrónico, correo postal u otro medio de contacto facilitado.

La persona tomadora se compromete a comunicar cualquier variación en los datos de contacto elegidos a través del teléfono 900 810 072 - 976 506 000, por email a atencion.cliente@dkvseguros.es, por WhatsApp escribiendo al número 960 160 602, en el área de cliente o mediante la app Quiero cuidarme Más.

Riesgos sanitarios especiales con sobreprima

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

Éstos se denominarán “riesgos sanitarios especiales” y para que sean cubiertos deberán ser expresamente determinados en las condiciones particulares y se deberá pagar por ello una cantidad complementaria (sobreprima).

Impuestos y recargos

Los impuestos y recargos legalmente repercutibles serán pagados por la persona tomadora o la asegurada.

Legislación aplicable

Este contrato de seguro se rige por lo pactado por las partes y por la legislación española de seguros aplicable en cada momento. Merecen mención especial, por su transcendencia sobre las garantías de este contrato y su aplicabilidad, las siguientes normas:

- Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro
- Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores (en casos de contratación a distancia)
- Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras
- Real Decreto-ley 3/2020, de 4 de febrero, de medidas urgentes por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español diversas directivas de la Unión Europea en el ámbito de la contratación pública en determinados sectores; de seguros privados; de planes y fondos de pensiones; del ámbito tributario y de litigios fiscales

Protección de datos

En cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Protección de Datos UE 2016/679 y en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, te informamos que DKV Seguros actúa como responsable del tratamiento de tus datos personales de la persona tomadora y las aseguradas.

¿Con qué finalidad se tratan los datos?

Tratamos los datos con la finalidad de prestarte los servicios que has contratado, cumplir con nuestras obligaciones legales y ofrecerte otros productos o servicios que puedan ser de tu interés.

¿Cuál es la base legal que legitima el tratamiento?

El cumplimiento de la relación contractual y de las obligaciones legales del sector asegurador.

Destinatarios de los datos



Los datos de las personas aseguradas serán comunicados a terceros cuando sea necesario para gestionar la prestación de la asistencia sanitaria o los servicios del seguro y para el cumplimiento de las obligaciones legales.

Información sobre productos, servicios e iniciativas



DKV Seguros está legitimado para remitir información a la persona tomadora y a las aseguradas mayores de edad sobre otros productos similares al contratado, novedades sobre otros productos similares al contratado, novedades sobre información corporativa, incentivar un mejor uso de los activos digitales a su alcance y la promoción de servicios relacionados con la salud y el bienestar.

Seguridad de los datos

Adoptamos todas las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa necesarias para proteger la confidencialidad e integridad de la información y evitar la alteración, pérdida y el acceso no autorizado a tus datos y realizamos comprobaciones periódicas para verificar su eficacia.

¿Durante cuánto tiempo se conservan los datos?

Conservaremos tus datos personales mientras dure la relación contractual y, una vez finalizada, hasta que el tratamiento sea necesario para atender posibles responsabilidades o reclamaciones derivadas de la relación mantenida y del cumplimiento de la normativa legal vigente. Como norma general, finalizada la relación contractual, mantenemos la información durante diez años a partir de la finalización del contrato y, transcurrido ese plazo, procedemos a su eliminación.

¿Qué derechos de información tengo en cuanto a mi privacidad?

- **Acceso:** conocer qué datos tratamos y acceder a todos ellos.
- **Rectificación:** tienes derecho a rectificar los datos personales si son inexactos o incompletos.
- **Supresión:** te permite solicitar la supresión de los datos que ya no sean necesarios para los fines para los que fueron recabados, o que sean desproporcionados en relación con dicho fin.
- **Limitación:** puedes limitar el tratamiento que realizamos de todos o parte de tus datos personales en las circunstancias que determina la ley.
- **Oposición:** puedes oponerte a determinados tratamientos cuya base legal sea el consentimiento, como el envío publicitario o la realización de perfiles.
- **Portabilidad:** puedes solicitar la portabilidad de tus datos personales identificativos en un formato interoperable, para que te los facilitemos a ti o para un tercero con las debidas cautelas.
- **Retirar el consentimiento:** en cualquier momento podrás retirar los consentimientos que nos hayas dado previamente.

¿Cómo puedo ejercer mis derechos de privacidad?



Por **correo postal** a:
DKV Seguros
Torre DKV
Avenida María Zambrano, 31
50018, Zaragoza



O por **correo electrónico** a:
arco@dkvseguros.es,
identificándote con tu nombre,
apellidos y número de DNI



A través del **área de cliente** de
areadelcliente.dkv.es

en la opción: mis pólizas/mis derechos de privacidad
(RGPD)

¿Cómo puedo ampliar información?

Puedes consultar información más detallada sobre privacidad en el apartado de política privacidad de la web (dkv.es) y en el documento que te entregamos con el contrato.

Asimismo, si quieres ampliar información o plantearnos dudas sobre tus derechos también puedes contactar con nuestro delegado de Protección de Datos en la dirección de correo dpogrupodkv@dkvseguros.es.

Si no quedas satisfecho con la atención de tus derechos de información, puedes dirigirte a la Agencia Española de Protección de Datos, calle Jorge Juan, 6 (28001 Madrid) y teléfono 900 293 183.

Definiciones

A

Accidente: percance ajeno a la voluntad o intención de la persona asegurada en que esta sufre algún tipo de lesión por un hecho externo, violento, repentino y fortuito. Para que sus consecuencias tengan cobertura del seguro, el accidente debe ocurrir estando la póliza en vigor.

Accidente de circulación: el sufrido por la persona asegurada como peatón, usuario de transportes públicos, líneas aéreas regulares o chárter, conductor o pasajero de un automóvil, conductor de bicicleta o ciclomotor, cuando se encuentre circulando por cualquier clase de vía pública o camino particular abierto al público.

Adhesión: compromiso de la persona asegurada de respetar las normas pactadas en el contrato de seguro.

Agravación de un riesgo: cuando aumenta un riesgo cubierto por una póliza. La persona asegurada debe comunicar dicho cambio a la compañía, para que decida si modifica las condiciones del contrato o lo da por finalizado.

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, quirúrgico o rehabilitador. Estas técnicas se caracterizan por un alto coste de inversión, necesidad de personal especializado y estar sujetas a los informes de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (RedETS) para contrastar si su seguridad, efectividad y utilidad terapéuticas están avaladas.

Análisis coste-efectividad: permite comparar los costes de una o más intervenciones sanitarias alternativas en términos monetarios, y sus consecuencias en años de vida ajustados por calidad de vida (unidad de medida AVAC), para medir el resultado sanitario.

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.

Anticipo: importe mínimo de la indemnización que el asegurador paga a la persona asegurada, a cuenta del importe final.

Antígeno prostático: el antígeno prostático específico (PSA) es una proteína producida por la próstata. Su síntesis se eleva con la enfermedad prostática.

Anualidad: periodo de tiempo comprendido entre dos vencimientos sucesivos del contrato.

Asegurador: entidad aseguradora que asume el riesgo contractualmente pactado. En este caso, la entidad aseguradora es DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E.

Asistencia: en el caso de los seguros de salud, la prestación de los profesionales sanitarios legalmente habilitados para ello que es objeto de cobertura de este contrato.

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 sin hospitalización o ambulatoria: es la asistencia médica diagnóstica o terapéutica que se presta en centros sanitarios y hospitales, pero sin hospitalización en régimen de ingreso ni hospital de día. La cirugía mayor ambulatoria no se incluye en este concepto.

Asistencia médica hospitalaria: la asistencia hospitalaria es la que se presta en un hospital en régimen de internamiento, durante un mínimo de 24 horas, para recibir tratamiento médico o quirúrgico.

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

B

Biomaterial: materiales biocompatibles 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. Pueden ser de origen artificial o biológico. Se incluyen en este concepto los trasplantes de células con fines regenerativos.

C

Cirugía mayor ambulatoria: procedimiento quirúrgico realizado por un cirujano en un quirófano con anestesia general, local, regional, con o sin sedación, que requiere cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración, por lo que la persona asegurada no precisa ingreso hospitalario.

Cirugía menor ambulatoria: procedimientos quirúrgicos de baja complejidad y mínimamente invasivos, que se practican bajo anestesia local y que no requieren cuidados postoperatorios, en pacientes que no precisan ingreso.

Cirugía radical oncológica: procedimiento quirúrgico para extirpar todo el tejido tumoral con márgenes libres, con el fin de curar la enfermedad.

Cirugía robótica o asistida por ordenador: maniobras quirúrgicas que realiza un sistema laparoscópico telerrobotizado siguiendo las instrucciones de un cirujano, quien es guiado por un sistema informatizado de realidad virtual o navegador con un software específico que permite la reconstrucción tridimensional de las imágenes obtenidas mediante un ordenador.

Citostático: medicamento citotóxico que 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: pacto que figura en el listado de condiciones de un contrato de seguro, fijando alguna norma o condición en la relación entre asegurador y persona asegurada. Las cláusulas definen en qué consiste el contrato de seguro, los derechos y obligaciones de las partes.

Coberturas: todos los servicios y prestaciones sanitarias a los que tiene derecho la persona asegurada.

Consulta presencial: es aquella que aparece descrita como “consulta” en el contrato, es la consulta convencional, que se define como un proceso asistencial basado en la relación presencial o personal del médico con el paciente, que tiene como fin obtener un diagnóstico, realizar un tratamiento y/o establecer un pronóstico de la condición de enfermedad o de salud de una persona asegurada.

Contrato de seguro: contrato por el que el asegurador se obliga, mediante el cobro de una prima y en el caso de que se produzca un evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a indemnizar dentro de los límites pactados el daño producido a la persona asegurada o a satisfacer un capital, una renta u otras prestaciones convenidas.

Contratación a distancia: se considera que existe contratación del seguro a distancia cuando para la negociación y celebración del contrato se utiliza exclusivamente una técnica de comunicación a distancia, sin presencia física y simultánea del proveedor y el consumidor, consistente en la utilización de una página web, venta telefónica u otros medios similares.

Copago: cantidad adicional que la persona tomadora o asegurada tiene que abonar a DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E. por determinados actos médicos, cuyo importe aparece reflejado en el contrato. Las cantidades exactas, si corresponde, se detallan en la “Tabla de grupos de actos médicos y copagos”.

Corredor de seguros: persona física o jurídica que intercede en la contratación de seguros privados, de manera independiente, sin vinculación con ninguna aseguradora; por ello se compromete a ofrecer información y asesoramiento imparciales sobre las diferentes ofertas en el mercado.

Cuestionario o declaración de salud: lista de preguntas, que forma parte del contrato de seguro, facilitado por DKV Seguros a la persona tomadora o asegurada, que tiene por objeto determinar su estado de salud y conocer las circunstancias que influyen en la valoración del riesgo y en la consiguiente contratación del seguro.

Culpa: actuación negligente que provoca un daño.

D

Dependencia: es un estado permanente en que se encuentran las personas, que, por diversas razones (edad, enfermedad, discapacidad, etc.), necesitan la atención de otra u otras personas o ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Hay tres grados de dependencia: 1. Grado I. Dependencia moderada; 2. Grado II. Dependencia severa; 3. Grado III. Gran dependencia.

Discapacidad: según la normativa vigente, se trata de una situación que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias previsiblemente permanentes y cualquier tipo de barreras que limiten o impidan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Dolo: es la voluntad de cometer un acto en perjuicio de un tercero, con mala fe. Por ejemplo, cuando uno de los contratantes oculta información importante para obtener una cobertura a la que no tendría derecho si se conociese dicha información.

Duración del seguro: plazo de vigencia de la cobertura de un contrato de seguro, entre la fecha de efecto inicial y la fecha de vencimiento. Suele ser de un año prorrogable por otros periodos anuales, si no se indica lo contrario en sus condiciones particulares.

E

Edad actuarial: es la edad de cada persona asegurada en su cumpleaños más próximo, aunque no se haya alcanzado, tomando como referencia la fecha de efecto o de prórroga del contrato de seguro.

Efecto del seguro: momento en que se inicia la cobertura de un seguro y todas sus garantías son efectivas. Normalmente coincide con la fecha de contratación y pago del primer recibo, aunque algunas coberturas comienzan pasado el periodo de carencia.

Enfermedad: toda alteración del estado de salud contraída durante la vigencia del contrato, 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 aquella 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.

F

Fuerza mayor: acontecimiento de carácter imprevisto, como consecuencia del cual se producen determinados hechos que no pueden ser evitados. Generalmente, los accidentes debidos a fuerza mayor no están incluidos en las garantías de la póliza y, por tanto, no son indemnizables.

H

Honorarios médico-quirúrgicos: honorarios profesionales derivados de una intervención quirúrgica y/o ingreso médico hospitalario. Se incluyen los del médico cirujano, los de sus ayudantes, anestelistas, comadrona y los del personal médico estrictamente imprescindible en la intervención o asistencia médica realizada siempre que los mismos deriven de tratamientos cubiertos por la póliza.

Hospital de día: unidad hospitalaria para procedimientos médicos y quirúrgicos, con o sin anestesia, y con permanencia registrada del paciente por un periodo inferior a 24 horas, sin pernoctación.

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, en su caso, las prótesis, siempre que los mismos deriven de tratamientos cubiertos por la póliza.

Hospitalización de carácter social o familiar: es el ingreso o la prolongación de la estancia en un hospital, a juicio de personal médico de DKV Seguros, por causas no relacionadas con patologías médicas objetivas, sino por razones de carácter social o familiar. Estos 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.

Imprudencia: actuación negligente por no haber actuado con previsión y la diligencia debida.

Inexactitud: cuando la persona asegurada o tomadora no ha sido veraz en la comunicación de su situación ni en las condiciones reales del riesgo cubierto. Si se demuestra, la aseguradora puede rescindir el contrato de forma unilateral y oponerse a la prórroga del mismo.

Inhibidor enzimático 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 (por ejemplo, inhibidores de la proteína quinasa, de la tirosina 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 antígenoespecíficos, las terapias con citoquinas y las vacunas.

M

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.

Mediador de seguros: persona física o jurídica que intercede en nombre de la persona asegurada en la contratación de una póliza de seguro.

Medicina regenerativa: es una especialidad de la medicina que aplica principios de la ingeniería y de ciencias de la salud para fabricar sustitutos biológicos que mejoren o reemplacen órganos o tejidos que están dañados y no pueden llevar a cabo sus funciones. Incluye técnicas de regeneración tisular, celular o molecular, los implantes o transplantes de células madre y la ingeniería de tejidos.

Medios ajenos: facultativos y centros no incluidos en la Red DKV de Servicios Sanitarios que te corresponda según la modalidad de seguro contratada.

Medios propios: facultativos y centros incluidos en la Red DKV de Servicios Sanitarios que te corresponda según la modalidad de seguro contratada.

N

Negligencia: descuido, falta de cuidado. Omisión de la atención debida por inacción o descuido o por acción incorrecta, inadecuada o insuficiente, que puede causar perjuicios a sí misma o a terceros.

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. DKV Seguros solo asumirá los gastos médicos derivados de un parto prematuro si, antes de la inclusión en la póliza, la persona asegurada no estuviese embarazada o, estándolo, no tuviera modo de saberlo por ausencia de los signos o síntomas de embarazo.

Periodo de carencia: período de tiempo fijado en el contrato, posterior a la suscripción de un contrato de seguro, durante el cual la totalidad o parte de las coberturas no surten efecto.

Persona asegurada: la persona expuesta al riesgo cubierto por el contrato de seguro.

Persona tomadora: la persona física o jurídica que suscribe el contrato de seguro con la compañía y está obligada a la firma de la documentación y el pago de la prima. Con ello, acepta las obligaciones que en él se establecen, salvo las que, por su naturaleza, deban ser cumplidas por la persona asegurada.

Póliza: es el documento formalizado entre dos partes para fijar las condiciones de un contrato de seguro.

Precio fraccionado: cuando la compañía aseguradora le ofrece a la persona tomadora la posibilidad de pagar el precio anual a plazos (mensuales, trimestrales o semestrales).

Preexistencia: es aquella condición de la salud (por ejemplo, embarazo o gestación), alteración o trastorno orgánico que ya existe con anterioridad a la fecha de inclusión de la persona asegurada en la póliza, independientemente de que exista un diagnóstico médico.

Prima: precio que debe pagar la persona tomadora o asegurada a cambio de quedar cubierto ante determinados riesgos. Esta cantidad depende de cuestiones como lo probable que sea ese riesgo o la duración del seguro. En la prima, además de la parte destinada a cubrir siniestros, se incluye una cantidad destinada a los gastos de administración de la empresa y una parte correspondiente a los impuestos.

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: especialidad de la psicología, desarrollada por un psicólogo licenciado y especializado en la rama, que se ocupa del tratamiento y rehabilitación de las anomalías y trastornos del comportamiento humano.

Psicoterapia: método terapéutico que se aplica a una persona que padece un conflicto psíquico, por indicación o prescripción de un psiquiatra, oncólogo (en caso de pacientes oncológicos), o pediatra (hasta los 14 años), basado en la relación directa entre terapeuta y paciente.

R

Radioterapia de intensidad modulada (IMRT): es un tipo de radioterapia tridimensional que usa imágenes creadas por un ordenador, mediante programas informáticos de planificación inversa, para mostrar el tamaño y la forma de un tumor. Se basa en 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 (3D) 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.

Recibo de prima: documento en el que se detalla cada uno de los pagos de la persona tomadora del seguro o de la

asegurada correspondiente al periodo de pago establecido.

Red DKV de Servicios Sanitarios: conjunto de profesionales y establecimientos sanitarios concertados por DKV Seguros en todo el territorio nacional. Ten en cuenta que no todas las pólizas tienen el mismo cuadro médico.

Rehabilitación: conjunto de terapias físicas prescritas por un médico traumatólogo, neurólogo, reumatólogo o rehabilitador, y realizadas por un fisioterapeuta en un centro específico de rehabilitación, destinadas 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.

Rehabilitación neurológica: conjunto de terapias físicas específicas (también denominada fisioterapia neurológica), prescritas por un médico neurólogo o rehabilitador, y realizadas por un fisioterapeuta en un centro idóneo de rehabilitación, destinadas a devolver, en la medida de lo posible, la movilidad normal a aquellos pacientes que hayan sufrido un trastorno sensitivo-motor derivado de un daño cerebral adquirido severo.

Rescisión: acto por el que se deja sin efecto un contrato de seguro.

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 son 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 número mínimo de personas unidas por un vínculo de pertenencia (documentalmente acreditable) a una entidad que tiene un propósito diferente a la contratación de un seguro. Estas personas, además, deben cumplir las condiciones legales de asegurabilidad. La 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.

Siniestro: es un suceso que produce un daño o una pérdida material. Si hablamos de seguros, es la materialización del riesgo cubierto por la póliza y que determina el nacimiento de la obligación de la aseguradora.

Sobreprima: cantidad adicional de dinero que la persona tomadora o aseguradas han de pagar a la compañía aseguradora por haberse producido un incremento del riesgo que ésta cubría.

Solicitud del seguro: acto mediante el cual la potencial persona tomadora se dirige a la aseguradora con el propósito de, eventualmente, contratar una póliza y mediante la cual la aseguradora calcula el precio y las condiciones definitivas.

T

Teleconsulta: es aquella que aparece en el contrato descrita como “teleconsulta”, también denominada e-consulta, consulta virtual o telemática. Es un acto realizado de forma no presencial a través de medios de comunicación digital en que el médico actúa como profesional de la medicina para orientar, diagnosticar y/o prescribir tratamientos a un paciente de forma remota.

Telemedicina: se basa en la prestación de servicios de atención sanitaria a través de herramientas digitales y tecnologías de la comunicación e información como medio para el intercambio de datos que permitan generar una impresión diagnóstica, plan terapéutico, acciones para prevención y promoción de la salud, seguimiento continuo, con el fin de mejorar el acceso a la salud.

Teleterapia: sesiones de tratamiento virtual programadas que se prestan a través de la Red DKV de Servicios Sanitarios, previa autorización de la compañía, por distintos canales de comunicación (voz, texto, videollamada) no presenciales, que varían dependiendo del tipo de tratamiento a aplicar.

Teleterapia ocupacional: la terapia ocupacional es una profesión sanitaria cuya función principal es dotar a la persona que

presenta alteraciones físicas o sensoriales de mayor autonomía y mejorar su calidad de vida, empleando para ello la ocupación como medio de rehabilitación. En la modalidad de teleterapia ocupacional las sesiones son prestadas de forma virtual, no presencial.

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).

U

Unidad de cuidados especiales: servicio o área especialmente equipada de un hospital, donde trabaja personal médico y de enfermería especializado en realizar unos determinados tratamientos.

Unidad del dolor: servicio médico especializado en el tratamiento del dolor crónico.

V

Vencimiento del seguro: finalización del periodo de vigencia del contrato de seguro, y por tanto, de la aplicación de sus condiciones. Existen dos tipos de vencimientos: natural (del 1 de enero al 31 de diciembre) y anual (las doce mensualidades transcurridas desde el mes de contratación que no necesariamente tiene que ser enero).

Vigencia del seguro: periodo durante el que es aplicable el contrato de seguro y las condiciones estipuladas. Tan solo en algunas circunstancias especiales, como el impago, un contrato puede quedar temporalmente en suspenso.

ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES

La persona tomadora reconoce haber recibido un ejemplar de las condiciones generales y otorga expresamente su conformidad a todas sus condiciones, incluidos los supuestos en los que no recibiría prestación por no estar cubierta. Para asegurar el conocimiento y comprensión de estos casos, han sido resaltados gráficamente y constan de manera separada en el documento.

La persona tomadora del seguro

Por DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E.
Fernando Campos Márquez
Consejero delegado



CLÁUSULAS LIMITATIVAS

Hospitalización. Coberturas complementarias. Plazos de carencia (apartados “Definiciones”, “Coberturas” y “Periodos de carencia” de las condiciones generales)

Estancia psiquiátrica: periodo máximo de 60 días por año. Asistencia sanitaria VIH/SIDA: hasta un máximo de 6.000 euros/contrato. Prótesis: implantes cardíacos y vasculares con límite de 12.000 euros por persona asegurada y año. **Periodos de carencia:** 1. Intervenciones quirúrgicas ambulatorias de los grupos 0, I y II del nomenclátor de la entidad: un periodo de seis meses, salvo en los casos de urgencia. 2. Cirugía podológica y estudio biomecánico de la marcha o pisada: un periodo de seis meses. 3. Medios diagnósticos de alta tecnología, tomografía axial computerizada (TAC) y resonancia magnética nuclear (RMN): un periodo de seis meses. 4. Litotricia músculo esquelética: un periodo de seis meses. 5. Medios diagnósticos intervencionistas sin hospitalización: un periodo de seis meses. 6. Sesiones de psicoterapia: un periodo de seis meses. 7. Intervenciones quirúrgicas de los grupos III al VIII del nomenclátor de la entidad, hospitalización y prótesis, por cualquier motivo: un periodo de ocho meses, salvo en los casos de urgencia. 8. Protonterapia en tumores pediátricos: un periodo de ocho meses. 9. Asistencia a cualquier tipo de parto (excepto prematuro) o cesárea: un periodo de ocho meses. 10. Trasplantes: un periodo de doce meses. 11. Asistencia sanitaria por infección del VIH/SIDA: un periodo de doce meses.

Asistencia en viaje (apartado "Servicios adicionales" de este contrato)

Límite máximo gastos sanitarios 30.000€, y de desplazamiento 180 días. Existen límites de reembolso en gastos no asistenciales.

Exclusiones. Se aceptan todas las descritas en los apartados “¿Qué no te cubre?” y "Exclusiones generales" de este contrato

1. Para cada persona asegurada, las patologías (enfermedades o lesiones, sobrevenidas o congénitas) y condiciones de salud, como dolores o síntomas, de origen anterior a la fecha de entrada en vigor de la póliza o de su inclusión en ella, de las que, siendo conocidas, no se hubiese informado a la compañía en el cuestionario de salud. DKV Seguros podrá, en todo caso, excluir de cobertura aquellas patologías y condiciones de salud declaradas que no puedan ser asumidas según las características de la póliza, haciendo constar dichas exclusiones concretas de manera expresa.
2. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos cuya seguridad y coste-efectividad no cuenten con un informe positivo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (RedETS) dependientes del Ministerio de Sanidad.
3. Daños físicos consecuencia de guerras, motines, revoluciones, terrorismo, epidemias, pandemias o emergencias de salud pública de importancia internacional (declaradas por la OMS), radiación o reacción nuclear y cataclismos.
4. Enfermedades o lesiones derivadas de la práctica con carácter o dedicación profesional de cualquier deporte, participación en apuestas o competiciones, práctica como aficionado o profesional de actividades de alto riesgo (ver ejemplos en el contrato), carreras de vehículos motor, actividades aéreas no autorizadas para el transporte público de viajeros, actividades de navegación en aguas bravas y en cualesquiera otras circunstancias de riesgo. Además, se excluyen los entrenamientos en todos los casos, y, cualquier otro deporte, actividad recreativa o de ocio de carácter peligroso.

La persona tomadora reconoce y acepta las cláusulas limitativas y restrictivas que recogen los supuestos en los que no percibiría prestación (artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro).

La persona tomadora del seguro

Por DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E.
Fernando Campos Márquez
Consejero delegado



5. Tratamiento del alcoholismo, adicción a drogas u otras sustancias, sus complicaciones y secuelas. Asistencia a lesionados por embriaguez, riña o desafío, intento de suicidio o autolesiones. Enfermedades o accidentes sufridos por dolo, negligencia o imprudencia de la persona asegurada. Ingresos para tratamiento de conductas adictivas de cualquier clase. Los tratamientos y la ayuda médica para morir (eutanasia).

6. Cirugía estética y tratamientos de finalidad estética y/o cosmética, a no ser que existiera un defecto funcional (no son válidas las razones psicológicas). Tratamientos de varices (grado C2 o inferior, según CEAP). La ginecología y la cosmetoginecología láser. Cirugía de cambio de sexo, del lipoedema o lipedema, así como los tratamientos médicos asociados a ambas. Las curas de adelgazamiento, tratamientos dermoestéticos, capilares y la estética dental. La corrección quirúrgica de la miopía, astigmatismo, hipermetropía, presbicia y ortoqueratología. Así como las consecuencias y complicaciones derivadas de las exclusiones de éste apartado.

7. Las terapias alternativas y complementarias, como acupuntura, naturopatía, homeopatía, fitoterapia, quiromasaje, drenaje linfático (salvo veinte sesiones por persona asegurada y año tras linfadenectomía oncológica), masaje circulatorio, mesoterapia, magnetoterapia estática, gimnasia, osteopatía, hidroterapia, piscinoterapia, partos alternativos (en el domicilio, acuáticos, etc.), oxigenoterapia trifásica, presoterapia, ozonoterapia, ortóptica, modalidades de fototerapia y sus indicaciones no incluidas en el apartado "Coberturas" de este contrato. Así como cualquier otra prestación o tratamiento que no cuente con evidencia científica que avale su eficacia y seguridad por el Ministerio de Sanidad. También se excluyen las especialidades médicas o del ámbito sanitario no incluidas en este contrato. Queda excluida la cirugía profiláctica o de reducción del riesgo de cualquier tipo de cáncer. Los tratamientos médico-quirúrgicos mediante técnicas de radiofrecuencia, salvo aquellos que estén expresamente incluidos en este contrato. Queda excluido el láser y la radiofrecuencia en la cirugía de las vías aéreas superiores para el tratamiento de la apnea obstructiva del sueño y en la uvulopalatofaringoplastia (cirugía del roncador).

8. Las estancias y tratamientos en centros no hospitalarios como hoteles, balnearios, asilos, residencias, centros de reposo, centros relacionados con el ocio, descanso, tratamiento de las adicciones, la neurorrehabilitación, y los tratamientos dietéticos. La hospitalización psiquiátrica (salvo en caso de brotes agudos). La hospitalización por razones de tipo social o familiar, así como la que sea sustituible por una asistencia domiciliaria o ambulatoria. La asistencia sanitaria en centros privados no concertados, y la prestada en hospitales 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 apartado "¿Puedo acceder a médicos o centros no incluidos en la Red DKV de Servicios Sanitarios?"); en estos casos DKV Seguros se reserva la facultad de reclamar a la persona asegurada el recobro de los gastos de asistencia que haya tenido que abonar al sistema sanitario público, por la asistencia médico-quirúrgica hospitalaria prestada.

9. La alta tecnología diagnóstica y/o terapéutica, salvo lo detallado en este contrato. Quedan excluidos expresamente los procedimientos cardíacos transcatóter (con abordaje transfemoral, transaxilar y transapical) para implantación de la válvula aórtica (TAVI), mitral (TMVI), pulmonar y tricúspide, y el cierre de la orejuela auricular izquierda (vía transeptal, epicárdica e híbrida), así como el material quirúrgico y/o protésico asociado a ambas intervenciones.

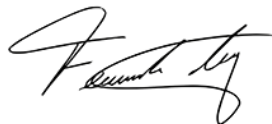
10. Los servicios de telemedicina no indicados específicamente en el contrato.

11. El tratamiento de la roncopatía o apnea obstructiva del sueño (salvo treinta sesiones con CPAP o BiPAP), así como los tratamientos y/o modalidades de radioterapia y sus indicaciones médicas que no se detallen expresamente en este contrato. Además, quedan excluidas la protonterapia, excepto en determinados tumores pediátricos (hasta los 14 años) y con los criterios de inclusión recogidos en este contrato; la neutronterapia; y la radiocirugía con CyberKnife. Así mismo se excluyen los radiofármacos con isótopos radiactivos no autorizados por la EMA (Agencia Europea del Medicamento).

La persona tomadora reconoce y acepta las cláusulas limitativas y restrictivas que recogen los supuestos en los que no percibiría prestación (artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro).

La persona tomadora del seguro

Por DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E.
Fernando Campos Márquez
Consejero delegado



12. La medicina y chequeos médicos preventivos (excepto el chequeo médico general anual, incluido en este contrato), **el coste de las vacunas y de los extractos en procesos alérgicos**, salvo lo detallado en los programas de prevención específicos incluidos en este contrato.

13. La interrupción voluntaria del embarazo, la reducción embrionaria selectiva, la cirugía reconstructiva de técnicas anticonceptivas previas, la reproducción asistida y las técnicas de lavado seminal.

14. Todo tipo de prótesis, implantes, dispositivos sanitarios, piezas anatómicas y ortopédicas, salvo las detalladas en el contrato y las intervenciones quirúrgicas y/o las hospitalizaciones asociadas a su colocación o implantación, así como sus complicaciones y secuelas. Se excluyen el corazón artificial, los implantes de columna, los implantes valvulares transcáteter, y el dispositivo sanitario de cierre de la orejuela auricular izquierda. También se excluyen los biomateriales, materiales sintéticos y ortopédicos, no detallados expresamente en este contrato, así como su uso para otras indicaciones que no sean las señaladas.

15. La odontología especial endodóncica, periodóncica, ortodóncica, las obturaciones o empastes, prótesis dentales, apicectomías e implantología.

16. Traslados requeridos para asistencia a consultas médicas, pruebas diagnósticas y tratamientos de cualquier tipo. Exploraciones para la expedición de certificaciones y documentos carentes de función asistencial.

17. 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, la estimulación magnética transcraneal repetitiva, las curas de reposo o sueño, y todas las derivadas de similares prestaciones. La psicoterapia de grupo o pareja, los test psicológicos y psicométricos, la evaluación y rehabilitación psicosocial o neuropsicológica, la terapia educativa, la terapia ocupacional (excepto en las indicaciones y patologías descritas en este contrato), la psicoterapia cognitivo-conductual, y de los trastornos de la comunicación oral y escrita, o del desarrollo de diverso origen, salvo lo incluido en este contrato.

18. 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, salvo lo detallado en este contrato.

19. La medicina regenerativa, la biológica, la inmunoterapia, las terapias celulares y genéticas, las terapias biológicas, y con antivirales de acción directa, así como las aplicaciones de todas ellas. Los tratamientos experimentales, los de uso compasivo, con medicamentos huérfanos, y los que están en ensayo clínico en todas sus fases o grados.

20. La cámara hiperbárica para cualquier situación clínica, los tratamientos de aféresis, la diálisis y la hemodiálisis para el tratamiento de las afecciones crónicas.

21. La asistencia sanitaria por fiebres hemorrágicas virales, así como sus complicaciones y secuelas. Los gastos asistenciales derivados de la infección por VIH/SIDA y de las enfermedades causadas por el virus, cuando excedan la cantidad máxima garantizada en este contrato.

22. La cirugía robótica, la guiada por imágenes o asistida por un ordenador o navegador virtual (excepto el sistema Carto, los neuronavegadores, la biopsia prostática cognitiva, la guiada por fusión de imágenes y la cirugía robotizada detallada en alta tecnología, que se incluyen con las limitaciones y únicamente en las indicaciones señaladas en este contrato), los procedimientos diagnósticos y las terapias asistidas por robots o mediante sistemas computerizados, así como los gastos sanitarios asociados a todas ellas. Además, se excluyen tratamientos que usan el láser, que únicamente quedan cubiertos en las especialidades e indicaciones que se detallan en este contrato.

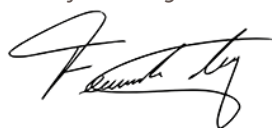
23. Los gastos de teléfono, T.V., pensión alimenticia del acompañante en la clínica, de desplazamiento (salvo la ambulancia, que solo queda cubierta en los términos descritos en este contrato) y otros no imprescindibles para hospitalización.

24. Los trasplantes o autotrasplantes de órganos, injertos o autoinjertos, salvo los descritos en el contrato. Gastos de extracción, transporte y conservación del órgano, incluso cuando la persona donante esté asegurada en DKV, salvo en el trasplante de córnea. Asimismo, queda excluida cualquier actuación sanitaria que se realice a donantes de cualquier órgano o tejido, aunque el receptor del trasplante esté asegurado en la póliza.

La persona tomadora reconoce y acepta las cláusulas limitativas y restrictivas que recogen los supuestos en los que no percibiría prestación (artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro).

La persona tomadora del seguro

Por DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E.
Fernando Campos Márquez
Consejero delegado



25. Los tratamientos de quimioterapia oncológica intraoperatorios, como la quimioterapia intraperitoneal e intraabdominal. Productos farmacéuticos, medicamentos y medios auxiliares de cura. La inmunoterapia, terapias biológicas, celulares, genéticas y endocrinas, anticuerpos monoclonales, inhibidores enzimáticos, antiangiogénicos y agentes sensibilizadores usados en la terapia fotodinámica y radiación. Los implantes no detallados en este contrato y los tratamientos de el punto 18 de este apartado durante la hospitalización.

26. Rehabilitación en lesiones neurológicas irreversibles, y en enfermedades o lesiones crónicas del aparato locomotor, y del suelo pélvico. La estimulación precoz, la terapia ocupacional (excepto en las indicaciones y patologías descritas en este contrato), los tratamientos de rehabilitación para el daño cerebral adquirido en régimen de internamiento hospitalario o cualquier modalidad de rehabilitación que se realice en el domicilio (excepto en la indicación señalada en este contrato, hasta el límite de sesiones establecido) o sea motivo de ingreso hospitalario, y la que se realiza en centros no autorizados y/o inscritos en los registros sanitarios Comunidades Autónomas.

27. Consejo genético, pruebas de paternidad, mapas genéticos, técnicas de microarrays (salvo plataforma genómica del cáncer de mama), hibridación genómica y secuenciación masiva génica o molecular, y cualquier otra técnica genética o molecular si el diagnóstico puede obtenerse por otros medios o no hay repercusión terapéutica.

La persona tomadora reconoce y acepta las cláusulas limitativas y restrictivas que recogen los supuestos en los que no percibiría prestación (artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro).

La persona tomadora del seguro

Por DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E.
Fernando Campos Márquez
Consejero delegado



900 810 072 | 976 506 000 | dkv.es



Descárgate las apps



Servicio de atención telefónica
atendido por:

Fundación

INTEGRALIA DKV



Descubre el espacio
virtual de DKV



DKV, compañía mejor valorada
por los corredores de seguros
en el ramo de salud individual

DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E. Torre DKV, Avda. María Zambrano, 31
50018 Zaragoza, inscrita en el Registro Mercantil de la provincia de Zaragoza,
tomo 1.711, folio 214, hoja n.º Z-15.152. CIF: A-50004209.