DKV Modular

Condiciones generales



Más opciones, más facilidades

Póliza de Seguros

DKV Modular

Torre DKV, Avda. 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.
Domicilio social: Torre DKV, Avda. María Zambrano, 31 - 50018 Zaragoza (España).
Registro Mercantil de Zaragoza, tomo 1.711, folio 214, hoja n.° Z-15.152.
C.I.F. A-50004209.

Mod. RE CON-10000
2DNP1.CG/04_V25
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.

Índice

Respondemos a sus preguntas 5
Servicios de salud complementarios 13
1. Servicios de asesoramiento médico a distancia 13
2. Servicios de salud digital: aplicación Quiero cuidarme Más (QC+) 16
3. Servicio bucodental 19
4. Centro de Atención Telefónica 20
DKV Club Salud y Bienestar 21
Condiciones generales 24
1. Cláusula preliminar 24
2. Conceptos básicos. Definiciones 26
3. Modalidad y extensión del seguro 37
3.1 Objeto del seguro 37
3.2 Modalidad del seguro 37
3.3 Acceso a las coberturas 39
3.4 Asistencia en medios ajenos a la Red DKV de Servicios Sanitarios 40
3.5 Cláusula de subrogación o de cesión de derechos 41
4. Descripción de las coberturas 42
4.1 Asistencia primaria 42
4.2 Urgencias 42
4.3 Especialidades médicas y quirúrgicas 43
4.4 Medios de diagnóstico 47
4.5 Métodos terapéuticos 51
4.6 Asistencia hospitalaria 59
4.7 Coberturas complementarias 61
4.8 Coberturas exclusivas 69
4.9 Asistencia en viaje 70
5. Coberturas excluidas 71
6. Periodos de carencia 78
7. Las prestaciones según el módulo o módulos de asistencia contratados 80
7.1 Asistencia médica primaria 80
7.2 Asistencia médica especializada sin hospitalización 80
7.3 Asistencia médica hospitalaria 82
7.4 Asistencia médica extrahospitalaria (sin hospitalización o ambulatoria) 83
7.5 Asistencia médica especializada con hospitalización 83
7.6 Asistencia médica primaria con hospitalización 84

7.7 Asistencia médica completa ... 84
8. Bases del contrato ... 85
8.1 Formalización del contrato y duración del seguro ... 85
8.2 Otras obligaciones, deberes y facultades del tomador o asegurado ... 86
8.3 Otras obligaciones de DKV Seguros ... 87
8.4 Pago del seguro (primas) ... 88
8.5 Pérdida de derechos ... 90
8.6 Suspensión y rescisión del contrato de seguro ... 90
8.7 Comunicaciones ... 91
8.8 Riesgos sanitarios especiales ... 91
8.9 Impuestos y recargos ... 91
9. Seguro de accidentes ... 92
10. Seguro de decesos ... 108
11. Regulación complementaria ... 109

Anexo I: Asistencia en viaje ... 111

Anexo II: Coberturas exclusivas del seguro DKV Modular en su modalidad individual ... 119

Respondemos a sus preguntas

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

A lo largo del documento le explicamos la mayoría de las cuestiones que se le pueden plantear al utilizar su seguro.

En este capítulo pretendemos dar respuesta de forma clara y sencilla a algunas de las preguntas más frecuentes que nos formulan nuestros asegurados. Esperamos que le resulten útiles.

Sobre el contrato

¿Qué documentos integran el contrato de seguro?
El contrato del seguro está integrado por la solicitud del seguro, la declaración de salud, las condiciones generales, las condiciones particulares, los suplementos y apéndices, y en los casos que corresponda las condiciones especiales.

¿Qué suponen las condiciones?
Las "condiciones generales" y las "condiciones particulares" recogen los derechos y obligaciones de DKV Seguros y de la persona asegurada o que contrata el seguro.

¿Qué documentación le entregamos al contratar su seguro?
Las condiciones generales y particulares, su(s) tarjeta(s) DKV MEDICARD® e información del cuadro médico o Red DKV de Servicios Sanitarios.

Compruebe que sus datos personales estén correctamente reflejados.

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

Si tiene alguna duda, póngase en contacto con nosotros.

Será un placer atenderle.

¿Hay que comunicar la prórroga del contrato?
El contrato se renueva automáticamente cada año, no hace falta confirmar la continuación.

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

¿Cuáles son sus derechos en materia de privacidad de datos personales?

Conforme a lo que indican los artículos 12 a 22 del Reglamento General de Protección de Datos UE 2016/679, DKV Seguros queda expresamente autorizada para solicitar, tratar y ceder a las entidades de su grupo asegurador los datos personales del tomador y los asegurados. La base jurídica que hace lícito el tratamiento de sus datos es la relación contractual que mantiene con DKV Seguros, así como las obligaciones legales a que nos somete nuestra regulación sectorial.

Por lo que se refiere a los datos del asegurado, solo serán cedidos a terceros cuando resulte necesario para prestar la asistencia sanitaria o los servicios de su seguro. Asimismo, DKV Seguros queda autorizada, con base al interés legítimo, para remitir información al tomador y a los asegurados mayores de edad sobre productos y servicios relacionados con la promoción de la salud y el bienestar, así como iniciativas que pudieran ser del interés de estos.

Hemos adoptado 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 o acceso no autorizado a sus datos y realizamos comprobaciones periódicas para verificar su cumplimiento.

Conservaremos sus datos personales todo el tiempo que tenga vigencia la relación contractual, así como una vez finalizada cuando el tratamiento de los datos sea necesario para atender las posibles responsabilidades o reclamaciones que pudieran derivarse 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 hasta su completa eliminación.

Conforme a lo dispuesto por el Reglamento Europeo de Inteligencia Artificial UE 2024/1689, si como parte del tratamiento de sus datos utilizásemos bien por parte de DKV o terceros encargados de tratamiento, sistemas que incorporan algoritmos de Inteligencia Artificial calificados de alto riesgo, le informaremos debidamente de ello y tomaremos las medidas de control para garantizar que los resultados son fiables,

seguros y siempre con intervención humana, si como resultado de su aplicación, se toman decisiones que puedan afectarle.

Puede ejercer sus derechos en materia de privacidad dirigiéndose por correo postal a DKV Seguros, Torre DKV, avenida María Zambrano, 31 (50018 Zaragoza), identificándose con su nombre, apellidos y número de DNI, por correo electrónico en arco@dkvseguros.es o desde el área de cliente en dkv.es. También puede contactar con nuestro delegado de Protección de Datos en dpogrupodkv@dkvseguros.es. Recuerde que, si no queda satisfecho, puede dirigirse a la Agencia Española de Protección de Datos, calle Jorge Juan, 6 (28001 Madrid) y teléfono 900 293 183. Más información en www.aepd.es.

Modalidad asistencial y extensión del seguro

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

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

¿En qué fundamenta su cobertura el seguro "DKV Modular"?
En la prestación de los servicios descritos en los diferentes módulos a través de la Red DKV de Servicios Sanitarios concertada por DKV Seguros e implantada en todo el territorio nacional.

¿Cómo se accede a las prestaciones sanitarias incluidas en los distintos módulos de cobertura?
El asegurado podrá elegir libremente entre los facultativos o centros incluidos en la Red DKV de Servicios Sanitarios pero, únicamente, entre los que correspondan a las especialidades incluidas en las coberturas contratadas. Recibirá el servicio previa identificación con su tarjeta DKV MEDICARD® y, para aquellos casos que lo requieran, con la necesaria autorización.

En caso de que desee contratar dos o más módulos, ¿cómo puede combinarlos en "DKV Modular"?
Los módulos se pueden combinar libremente entre sí para adaptarse a las necesidades del asegurado.

Tarjeta DKV MEDICARD®

¿Puede un médico de la Red DKV de Servicios Sanitarios solicitarle, además de la autorización de determinados

servicios, la tarjeta DKV MEDICARD®?
Sí. La tarjeta DKV MEDICARD® es el medio por el cual usted se identifica como asegurado de DKV Seguros ante la Red DKV de Servicios Sanitarios y le será solicitada.

¿Cuánto hay que abonar por cada acto médico?
Las cantidades prefijadas por cada acto médico que se detallan en la "Tabla de grupos de actos médicos y copagos" de las condiciones particulares y especiales de la póliza.

¿Qué debe hacer si pierde la tarjeta DKV MEDICARD®?
Ponerse en contacto con DKV Seguros.

Le enviaremos una nueva.

¿Cómo puede ponerse en contacto con DKV Seguros?
Por teléfono, a través del Centro de Atención Telefónica de DKV Seguros llamando al número 900 810 072 - 976 506 000, por Internet, en la dirección: dkv.es, o acudiendo a cualquiera de las oficinas de DKV Seguros.

Autorizaciones

¿Qué pruebas o servicios necesitan autorización en la Red DKV de Servicios Sanitarios?
Las pruebas diagnósticas complejas, los traslados en ambulancia, las prótesis e implantes quirúrgicos, las sesiones de psicoterapia, la cirugía podológica, los programas o chequeos preventivos, los tratamientos médicos en cualquier modalidad asistencial (presencial o virtual), las intervenciones quirúrgicas y los ingresos hospitalarios.

Si tiene alguna duda sobre los actos diagnósticos y terapéuticos que no requieren autorización previa de DKV Seguros, puede consultar la web de DKV Seguros o el cuadro médico del año en curso de la Red DKV de Servicios Sanitarios que le corresponda, capítulo 2 ("Consejos de utilización").

¿Cómo solicitar una autorización si no se puede acudir a una oficina de DKV Seguros?
Por teléfono, en nuestro Centro de Atención Telefónica, llamando al número 900 810 072 - 976 506 000; a través de la web de DKV Seguros (dkv.es) o por medio de cualquier persona que presente, en su oficina de DKV Seguros, su tarjeta y la prescripción facultativa de la prueba médica.

Pago del seguro

¿Todos los meses se paga lo mismo?
No. Algunos meses usted recibirá además el cargo por los copagos de los actos médicos realizados.

¿Qué quiere decir que el contrato es anual, si se paga mensualmente?
La duración del contrato establecido en la póliza es anual prorrogable por años naturales, lo cual es compatible con el pago mensual de la prima. También puede optarse por un pago trimestral, semestral o anual.

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

Prestaciones sanitarias

¿Se puede ir al médico al día siguiente de contratar la póliza de salud?
Sí, desde el primer día en que entra en vigor la póliza, excepto para algunos servicios que tienen periodo de carencia (ver apartado 6. "Periodos de carencia").

¿Hay que solicitar autorización para acceder a las consultas presenciales o teleconsultas de las especialidades médicas o quirúrgicas?
No, tanto las consultas presenciales como las teleconsultas de las especialidades médicas y quirúrgicas son de libre acceso en la Red DKV de Servicios Sanitarios, siempre que estén incluidas en el módulo contratado.

¿Y para acceder a la psicología clínica necesito autorización?
Sí, para acceder a esta especialidad no médica en la Red DKV de Servicios Sanitarios será necesario haber contratado el módulo de "Especialistas" y será preciso solicitar la correspondiente autorización.

¿Y para hacerme una mamografía o una ortopantomografía necesito autorización?
No, no necesita autorización. Solo es necesaria la prescripción escrita de un médico incluido en la Red DKV de Servicios Sanitarios.

¿Cuándo se puede solicitar un servicio a domicilio?
Cuando, por el estado del enfermo, el desplazamiento a una consulta o centro hospitalario es medicamente desaconsejable.

También las visitas de enfermería pueden ser a domicilio si así lo prescribe un médico de la Red DKV de Servicios Sanitarios.

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

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

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

¿Cuántas limpiezas de boca cubre al año la póliza?
Las necesarias, siempre que sean prescritas por un médico de la Red DKV de Servicios Sanitarios.

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

¿Está cubierta la anestesia epidural en el parto?
Sí y también en cualquier otra intervención quirúrgica en la que esté indicada, si ha contratado el módulo de "Hospitalización y cirugía".

¿Quedan cubiertas las intervenciones de miopía en "DKV Modular"?
Con la contratación de cualquier módulo DKV Seguros ofrece la posibilidad de acceder en condiciones económicas ventajosas a la cirugía refractiva láser de la miopía. Para ello el asegurado tiene que adquirir, previamente a la intervención, un bono a través de DKV Club Salud y Bienestar.

¿Está cubierta la psicología clínica en "DKV Modular"?
Sí. En el módulo "Especialistas", quedan cubiertas, en régimen ambulatorio y realizadas por un psicólogo concertado, las sesiones de carácter individual tanto de psicoterapia presencial como las de telepsicoterapia (computan de forma conjunta en los límites establecidos en la póliza). Será necesaria la prescripción previa de un médico psiquiatra, oncólogo (en caso de pacientes oncológicos), o pediatra (hasta los 14 años) de la Red DKV de Servicios Sanitarios que le corresponda según la modalidad de seguro contratada, así como la autorización de DKV Seguros.

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" de las condiciones particulares y especiales de su póliza. **El límite máximo es de 20 sesiones por persona asegurada y año natural.**

En los siguientes casos, el límite máximo anual 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.

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

¿Y la planificación familiar?
Las técnicas de planificación familiar, que incluyen la ligadura de trompas y la vasectomía, están cubiertas si se ha suscrito el módulo de "Hospitalización y cirugía".

En estos dos casos, por tratarse de intervenciones quirúrgicas, se establece el periodo de carencia descrito en el apartado 6. "Periodos de carencia".

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

Si se produce una fractura durante la práctica deportiva, ¿queda cubierta la asistencia sanitaria?
Sí, siempre que tenga contratado el módulo asistencial correspondiente a la prestación sanitaria recibida y no se trate de una práctica profesional, de una competición oficial o que el deporte en cuestión esté definido como de alto riesgo.

¿Qué ocurre si en su provincia no existe nadie que pueda hacerle una prueba determinada?
DKV Seguros le facilitará el acceso al servicio en la provincia que usted elija en la que existan los medios para realizar dicha prueba, siempre que esté incluida en el módulo o módulos suscritos.

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

¿A qué número de teléfono debe llamar cuando está en el extranjero y se le presenta una urgencia médica?
Al número +34 91 379 04 34. Le orientarán y le indicarán el centro médico al que acudir para recibir asistencia médica.

Ingresos hospitalarios

¿Qué debe hacerse en caso de ingreso hospitalario programado?
Si usted ha contratado el módulo de "Hospitalización y cirugía", el ingreso debe ser solicitado por un médico de la **Red DKV de Servicios Sanitarios y** debe ser autorizado previamente por DKV Seguros (consulte en el apartado AUTORIZACIONES de "Respondemos a sus preguntas" qué prestaciones sanitarias necesitan autorización previa).

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

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

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 caso de hospitalización, ¿cuándo queda incluida la cama de acompañante?
La habitación individual con cama de acompañante está incluida en las coberturas del módulo de "Hospitalización", salvo ingreso psiquiátrico, en U.C.I. o con incubadora.

Sugerencias y reclamaciones

¿Qué debe hacerse para presentar una sugerencia o una queja?
Puede presentarla por escrito en cualquiera de nuestras oficinas o enviarla al servicio de Defensa del Cliente. Para ello, puede dirigirse al domicilio social de DKV Seguros: Torre DKV, avenida María Zambrano 31, (50018 Zaragoza) o por correo electrónico: defensacliente@dkvseguros.es. También puede llamar al número 900 810 072 - 976 506 000, de nuestro Servicio de Atención al Cliente.

Asimismo puede enviarla al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones: paseo de la Castellana 44, 28046 Madrid.

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

Servicios de salud complementarios

1. Servicios de asesoramiento médico a distancia

a) Líneas de orientación telefónica

Las personas aseguradas podrán acceder a este servicio llamando al **900 810 074 - 976 991 199** (disponible las 24 horas del día, los 365 días del año). En el caso de querer contactar con la línea de atención psicoemocional, pueden llamar al número **900 810 675 - 876 500 659** (disponible para consultas programadas de 8:00 a 21:00 horas, en días laborables).

1.1 Asistencia 24 horas

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

1.2 Médico DKV 24 horas

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

1.3 Línea médica pediátrica 24 horas

Este servicio facilita a la persona asegurada de DKV Seguros asesoramiento médico telefónico por parte de médicos o especialistas en pediatría, proporcionando información y resolviendo dudas sobre síntomas, pruebas diagnósticas o problemas de salud que presenten los asegurados hasta 14 años.

1.4 Línea médica obesidad infantil

Este servicio proporciona a las familias con menores a cargo de hasta 14 años asegurados en DKV Seguros, asesoramiento telefónico, por parte de médicos o técnicos en dietética y nutrición, proporcionando estrategias y documentación médica sobre la prevención y tratamiento del sobrepeso y obesidad infantil.

1.5 Línea médica del embarazo

Este servicio facilita a la asegurada de DKV Seguros embarazada,

asesoramiento médico telefónico, por parte de médicos o especialistas en Obstetricia, proporcionando información y resolviendo dudas sobre síntomas, pruebas diagnósticas, problemas de salud o medicamentos propios de la etapa de gestación.

1.6 Línea médica de la mujer

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

1.7 Línea médica deportiva

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

1.8 Línea médica nutricional

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

1.9 Línea médica tropical

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

1.10 Línea de atención psicoemocional

El asegurado puede realizar seis consultas al año de carácter psicológico, de treinta minutos cada una, y obtener orientación a través de un cualificado equipo de psicólogos, que estudiarán cada caso de manera personalizada.

Podrá acceder a este servicio llamando al **900 810 675 - 876 500 659** para consultas programadas, en **horario de 8:00 a 21:00 horas, en días laborables.**

b) Segunda opinión médica por enfermedad grave

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

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

c) Segunda opinión bioética por enfermedad grave

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

2. Servicios de salud digital: aplicación Quiero cuidarme Más (QC+)

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 la póliza de nuestros asegurados, disponibles en la aplicación **Quiero cuidarme Más**, que incluye:

2.1. Herramientas de autocuidado y planes de prevención personalizados

2.1.1. 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.

2.1.2. 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.

2.1.3. Plan de prevención personalizado

En base a los datos de salud el asegurado 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 los indicadores y la carpeta de salud del asegurado para una mayor personalización.

Asimismo, el asegurado podrá apuntarse a retos para trabajar sobre aquellos indicadores de salud que sean mejorables.

2.1.4. 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 asegurado según su edad y sexo.

2.2. Servicios de orientación diagnóstica y tratamiento

2.2.1. Chequeador de síntomas

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

2.2.2. Consulta virtual

También directamente a través del móvil usted podrá hablar con diferentes especialistas disponibles del equipo médico de QC+, con las limitaciones y exclusiones de cobertura que se deriven del módulo o combinación de módulos contratados.

Todo ello de una forma fácil de usar, segura y con todas las garantías de confidencialidad.

2.2.3. Comadrona digital

La comadrona digital, con las limitaciones y exclusiones de cobertura que se deriven del módulo o combinación de módulos contratados, permite resolver, a través de chat, 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.

2.2.4 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, con las limitaciones y exclusiones de cobertura que se deriven del módulo o combinación de módulos contratados. Dentro de las posibles consultas se incluye el chat de atención postcrisis, el chat con atención primaria o pediatría, videollamada con psicología y neurología.

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

2.3.1. Cita online

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

2.3.2. 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.

2.3.3. 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 del asegurado 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 el asegurado 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.

3. Servicio bucodental

Este servicio pone a disposición de los asegurados el acceso a los servicios odontológicos no cubiertos en su póliza en condiciones económicas ventajosas cuando acudan a las clínicas dentales incluidas en la Red DKV de Servicios Sanitarios que le corresponda según la modalidad de seguro contratada.

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.

4. Centro de Atención Telefónica

Consultas, información y autorizaciones

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

DKV Club Salud y Bienestar

¿Qué es DKV Club Salud y Bienestar?

DKV Club Salud y Bienestar es un programa exclusivo para personas aseguradas de "DKV Modular", tanto en modalidad individual como colectiva. 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?

La persona asegurada elige un servicio de salud y pide cita.

- Puede buscar o consultar los servicios de salud disponibles en el listado del portal www.dkvclubdesalud.com o llamar al teléfono 900 810 670 - 976 506 010.

- Existen dos formas de acceder a estos servicios:

  - **Pago online del servicio:** el cliente consulta las tarifas en la web, reserva y paga el bono en línea (consultando los distintos métodos de pago), solicita cita directamente con el centro proveedor y presenta su bono pagado el día de la cita.

  - **Reserva del servicio con bono:** la persona asegurada consulta las tarifas en la web y hace la reserva del bono. A continuación solicita cita directamente con el centro proveedor, donde debe presentar su bono reserva y pagar el servicio.

Cuando la persona asegurada acuda a la cita no debe olvidar:

- Su DNI.

- El bono pagado o reserva de pago en centro. Puede llevarlo impreso o en versión digital, en el móvil.

El catálogo de DKV Club Salud y 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 y 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 y Bienestar”, los descuentos, las tarifas y los servicios incluidos en DKV Club Salud y Bienestar, añadiendo otros nuevos o suprimiendo alguno de los ya existentes, para adaptarse a las necesidades de los asegurados.

Condiciones generales

1. Cláusula preliminar

Este contrato está sometido a la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

El control de la actividad aseguradora de DKV Seguros y Reaseguros S.A.E., (en adelante DKV Seguros), con domicilio social en Torre DKV avenida María Zambrano 31, 50018 Zaragoza, corresponde al Reino de España, y en concreto, al Ministerio de Economía a través de su Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Integran el contrato los siguientes documentos:

- Documento preliminar de información del seguro (solicitud de seguro).
- Declaración de salud.
- Condiciones generales.
- Condiciones particulares.
- Condiciones especiales (solo aquellos casos que corresponda).
- Suplementos o apéndices.

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

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

En cualquiera de las oficinas de DKV Seguros, ante el Servicio de Defensa del Cliente de DKV Seguros o a través de nuestro Servicio de Atención al Cliente.

Las reclamaciones pueden enviarse por correo a la dirección de Defensa del Cliente de DKV Seguros: Torre DKV, avenida María Zambrano 31, 50018 Zaragoza; por correo electrónico: defensacliente@dkvseguros.es, o por teléfono, llamando al número 900 810 072 - 976 506 000 de nuestro Servicio de Atención al Cliente.

El cliente podrá elegir la forma en que desea ser contestado y el domicilio al que se le enviará la respuesta. El expediente será tramitado por escrito, de no especificar ninguna modalidad

previa, dentro del plazo máximo de dos meses. En las oficinas de la entidad, se encuentra disponible el Reglamento del Servicio de Atención al Cliente de DKV Seguros.

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

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

Sin perjuicio de las vías de reclamación precedentes, usted puede plantear una reclamación ante la Jurisdicción que corresponda.

2. Conceptos básicos. Definiciones

A los efectos de este contrato se entiende por:

A

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

Además, tendrán consideración de accidentes:

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

No se considerarán accidentes:

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

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

Alta tecnología médica
Se refiere a las nuevas aplicaciones de la electrónica, la informática, la robótica y la bioingeniería en el campo de la medicina, especialmente en las tecnologías de diagnóstico y tratamiento médico, 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) de las mismas, 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.

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

Asegurador
Entidad aseguradora que asume el riesgo contractualmente pactado, DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E.

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

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

B

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

Biomaterial
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
Se denomina cirugía robótica o asistida por un ordenador a las 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 limitativa
Acuerdo establecido en el contrato de seguro, mediante el cual se limita el alcance de la garantía o la deja sin efecto cuando concurre alguna circunstancia de riesgo.

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

Consulta presencial (CP)
Es aquella que aparece en las **condiciones generales descrita como**

“consulta”, 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 un asegurado.

Consulta no presencial (CNP) o teleconsulta
Es aquella que aparece en las condiciones generales 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. Se incluye en el módulo de Especialistas y/o Atención primaria en los seguros Modulares.

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

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

D

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.

Derechohabiente
Persona que deriva un derecho en otra.

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; 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.

E

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

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

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

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

H

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

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

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

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 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 cuestiones de carácter social o familiar. Estos casos no quedan cubiertos por la póliza.

Hospitalización médica o quirúrgica
Ingreso hospitalario necesario para recibir tratamiento médico o quirúrgico.

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

I

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

Indisputabilidad de la póliza
Beneficio incluido en el contrato, por el que DKV Seguros asume la cobertura de toda enfermedad preexistente de un asegurado una vez haya pasado un año de su inclusión en el seguro, siempre que el asegurado no la conociera y no la omitiera intencionadamente en el cuestionario de salud.

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

Inmunoterapia o terapia biológica
La inmunoterapia o terapia biológica (a veces también llamada bioterapia o terapia modificadora de la respuesta biológica) se basa en modificar, estimular o restaurar la capacidad del sistema inmunitario para luchar contra el cáncer, las infecciones y otras enfermedades. Asimismo, se usa para disminuir ciertos efectos secundarios que pueden causar algunos tratamientos oncológicos. Las sustancias o medicamentos utilizados en la inmunoterapia antitumoral son: los agentes inmunomoduladores no específicos, los interferones, las interleuquinas, los factores de crecimiento o estimulantes de colonias, los anticuerpos monoclonales o los agentes antitumorales antigeno-específicos, las terapias con citoquinas y las vacunas.

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

M

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

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

Medicina regenerativa
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 trasplantes de células madre y la ingeniería de tejidos.

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

Medios ajenos
Facultativos y centros no incluidos en la Red DKV de Servicios Sanitarios.

Medios propios
Facultativos y centros incluidos en la Red DKV de Servicios Sanitarios.

N

Nutricionista
Diplomado o graduado en nutrición humana y dietética.

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 asegurada no estuviese embarazada o, estándolo, no tuviera modo de saberlo por ausencia de los signos o síntomas de embarazo.**

Periodo de carencia
Es el intervalo de tiempo prefijado en el contrato, contado a partir de la fecha de efecto del seguro, en el que no son efectivas algunas de las coberturas incluidas dentro de las garantías de la póliza. Dicho periodo se computa por meses, contados desde la fecha de entrada en vigor de la póliza, para cada uno de los asegurados incluidos en ella.

Persona asegurada
La persona a quien se prestará la cobertura contratada en el seguro.

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

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

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

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

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

Protonterapia
La protonterapia o terapia con protones es una nueva modalidad de radioterapia muy precisa, que minimiza el daño en los órganos y estructuras vecinas sanas que rodean el tumor. Es el tratamiento de elección en determinados tumores pediátricos, ya que respeta los tejidos sanos (que aún se están formando) y minimiza las secuelas, algo fundamental para el desarrollo durante la infancia.

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

Psicólogo clínico
Licenciado en Psicología especializado en Psicología Clínica.

Psicoterapia
Método 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 entre terapeuta y paciente.

R

Radioterapia de intensidad modulada (IMRT)
Es un tipo de radioterapia conformada tridimensional que usa imágenes creadas por un ordenador, mediante programas informáticos de planificación inversa, para mostrar el tamaño y la forma de un tumor, y dirigir los haces de radiación de un acelerador lineal multiláminas en diferentes ángulos y con distinta intensidad hacia el tumor, concentrando la máxima intensidad en el mismo, y limitando la dosis que reciben los tejidos sanos adyacentes. También se llama RIM.

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

Radioterapia intraoperatoria (RIO)
La radioterapia intraoperatoria (RIO) es una nueva modalidad de radioterapia de alta precisión, que administra una dosis única y elevada de radiación ionizante durante un acto quirúrgico. Para ello, se utiliza un acelerador lineal que se encuentra en el quirófano y que emite haces de electrones acelerados. Este tratamiento tiene como objetivo disminuir la toxicidad y los efectos secundarios de la radiación.

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

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 realizados 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.**

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

S

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

Seguro modalidad colectiva
A efectos de la contratación, se considera que un seguro es de modalidad colectiva cuando incluye un 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 y el colectivo contratante.

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

Solicitud de seguro o documento de información preliminar
Contiene además de información preliminar y la política de protección de datos, un cuestionario de estado de salud, facilitado por DKV Seguros, en el que el tomador del seguro describe el riesgo que desea asegurar, con todas las circunstancias que conoce y que pueden influir en la valoración de dicho riesgo. Se exige veracidad en las respuestas a las preguntas establecidas por DKV Seguros.

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

T

Teleenfermería
Consulta virtual o telemática con personal de Enfermería, que le ayudará en la preparación de pruebas diagnósticas, compresión de informes médicos, control de variables, y resolverá sus dudas sobre pautas de tratamiento y medicamentos.

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 realizan de forma no presencial a través de la "Red DKV de Servicios Sanitarios de Telemedicina" que le corresponde, según la modalidad de seguro contratada**, previa autorización de la compañía, por distintos canales de comunicación (voz, texto, videollamada) que varían dependiendo del tipo de tratamiento a aplicar. Se incluye en el módulo de Especialistas en los seguros Modulares.**

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).

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

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

U

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

Unidad del dolor
Servicio médico especializado en el tratamiento del dolor crónico.

3. Modalidad y extensión del seguro

3.1 Objeto del seguro

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

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

1. Los estudios de validación de su seguridad y coste-efectividad sean ratificados, mediante un informe positivo, por la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (RedETS), dependientes del Ministerio de Sanidad.

2. Queden incluidos expresamente en el apartado 4 "Descripción de las coberturas" de las condiciones generales.

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

3.2 Modalidad del seguro

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

1. Módulo de asistencia primaria.

2. Módulo de asistencia por especialistas y medios complementarios de diagnóstico y tratamiento.

3. Módulo de asistencia médico-hospitalaria y cirugía.

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

1. Un capital en caso de muerte e invalidez permanente total.

2. Una renta temporal, durante 36 meses, por muerte o invalidez permanente total, tras accidente de circulación.

3. Un capital adicional para gastos de sepelio por fallecimiento del titular, tanto por enfermedad como por accidente.

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

El seguro "DKV Modular" proporciona asistencia médica y quirúrgica de ámbito nacional a través de la Red DKV de Servicios Sanitarios, en toda clase de enfermedades o lesiones, en las especialidades especificadas en la descripción de las coberturas de los módulos contratados, siempre que el domicilio de residencia habitual del asegurado se halle en España, salvo aceptación expresa en contrario por parte de DKV Seguros.

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

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

El derecho de libertad de elección de médico y de centro supone la ausencia de responsabilidad directa, solidaria o subsidiaria de DKV Seguros por los actos de aquéllos, sobre los que DKV Seguros no tiene capacidad de control a causa de la protección del secreto profesional, la confidencialidad de los datos sanitarios y la prohibición del intrusismo de terceros en la actividad sanitaria. La medicina es una actividad de medios y no de resultados. Por este motivo, DKV Seguros no puede garantizar que los actos médicos cubiertos por la póliza tengan siempre un resultado positivo.

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

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

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

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

3.3 Acceso a las coberturas

DKV Seguros entregará la tarjeta DKV MEDICARD®, de uso personal e intransferible, a la persona tomadora del seguro como elemento identificativo de cada beneficiario. Además facilitará a través de su web la **información para acceder a la Red DKV de Servicios Sanitarios** con el detalle de los servicios concertados –profesionales sanitarios, centros diagnósticos, centros hospitalarios, servicios de urgencia y servicios complementarios– así como sus direcciones y horarios de consulta. **La persona asegurada podrá consultar el listado de las clínicas y profesionales de la red concertada en medicos.dkv.es/seguro-privado o, en su móvil, en la app Quiero cuidarme Más (dkv.es/qcmas), así como solicitar un ejemplar impreso del mismo en las oficinas.**

DKV podrá modificar la Red DKV de Servicios Sanitarios en función de las necesidades y cambios en el mercado, añadiendo nuevos centros y profesionales, y dando de baja algunos de los existentes. La información actualizada del cuadro médico en cada momento puede consultarla en el enlace (medicos.dkv.es/seguro-privado).

En la Red DKV de Servicios Sanitarios que le corresponda según la modalidad de seguro contratada, la persona asegurada podrá elegir entre varias modalidades de copago (pago de una cantidad fija prefijada por la compañía por cada acto médico realizado) y una que no conlleva copago (ver apartado “Respondemos a sus preguntas” - Tarjeta DKV MEDICARD®). La cantidad a abonar se establece en la “Tabla de grupos de actos médicos y copagos” de las condiciones particulares y/o especiales de la póliza.

Las prestaciones a las que da derecho esta póliza, en sus diferentes módulos, pueden ser de libre acceso o precisar autorización previa de DKV Seguros.

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

Requieren autorización los ingresos hospitalarios, intervenciones quirúrgicas, prótesis e implantes quirúrgicos, sesiones de psicoterapia, la cirugía podológica, programas o chequeos preventivos, traslados en ambulancia, la teleterapia virtual, los tratamientos médicos y las pruebas diagnósticas complejas, que se detallan en la Red DKV de Servicios Sanitarios.

Para acreditar ante cualquier facultativo o centro de la Red DKV de Servicios Sanitarios su condición de asegurado, deberá presentar la tarjeta DKV MEDICARD®.

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

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

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

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

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

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.

Las autorizaciones se pueden solicitar por teléfono, en el Centro de Atención Telefónica, llamando al número 900 810 072 - 976 506 000, a través de la web dkv.es o en cualquiera de las oficinas de DKV Seguros.

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

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

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

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

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.

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

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

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

3.5 Cláusula de subrogación o de cesión de derechos

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

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

4. Descripción de las coberturas

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

4.1 Asistencia primaria

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

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

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

Servicio de enfermería (inyectables y curas): el graduado de Enfermería prestará el servicio en consulta y en domicilio, previa petición escrita del médico que asista al asegurado.

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

También se incluyen los traslados en incubadora.

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

4.2 Urgencias

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

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

siguientes al ingreso, de manera probada.

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.

4.3 Especialidades médicas y quirúrgicas

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

Anestesiología y reanimación: incluida la anestesia epidural.

Angiología y cirugía vascular.

Aparato digestivo.

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

Cirugía cardiovascular.

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

Cirugía oral y maxilofacial.

Cirugía pediátrica.

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

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

1. **Reconstrucción oncoplástica de la mama tras cirugía radical y, si fuera necesario durante el mismo proceso quirúrgico, 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.**

3. **Mamoplastia de reducción en mujeres mayores de 18 años con gigantomastia (más de 1500 gramos 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 1000 gr por mama.

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

Cirugía vascular periférica: incluye 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 5.f** ("Coberturas excluidas") de las condiciones generales.

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

Endocrinología y nutrición.

Enfermería obstétrico-ginecológica: matrona o matrón especialista en asistencia en el parto.

Geriatría.

Ginecología: comprende el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la mujer. Quedan cubiertas la planificación familiar, los tratamientos con láser (CO_2, Erbio y diodo), el diagnóstico de la esterilidad y la detección precoz del cáncer ginecológico mediante dos modalidades de cribado, alternativas e incompatibles entre sí, como son la revisión ginecológica anual y los programas de prevención específicos plurianuales (ver descripción apartado 4.7.4. de las condiciones generales).

Asimismo, **en mujeres operadas previamente de un cáncer de mama y que son portadoras de mutaciones en los genes BRCA1 y BRCA2, queda cubierta la mastectomía terapéutica de la mama contralateral, como alternativa a la vigilancia activa.**

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

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.

Neonatología.

Neumología - Aparato respiratorio: incluye la **rehabilitación respiratoria en niños menores de 10 años, con un límite máximo anual de 10 sesiones, y a partir de los 10 años y en los adultos, con un límite de 3 sesiones /año,** en casos de enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y en secuelas de

la COVID-19. Asimismo queda cubierta **la terapia domiciliaria con CPAP/BiPAP en el síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS) severo (ver criterios de inclusión en apartado 4.5 "Métodos terapéuticos" de estas condiciones generales).**

Neurocirugía.

Neurología.

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

Se incluye el "triple screening" o EBA-Screening (test combinado del primer trimestre) y la amniocentesis o la biopsia de 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.

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

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

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

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

Oncología: incluye 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 natural, previa prescripción del oncólogo.**

Otorrinolaringología: incluye la adenoamigdaloplastia, la cirugía de los cornetes nasales o turbinoplastia, la ablación de la patología rinosinusal por radiofrecuencia, y el uso del láser en quirófano. **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 roncador).**

Proctología: incluye el uso de láser quirúrgico para el tratamiento de la patología rectal y hemorroidal; y la **rehabilitación del suelo pélvico en casos de defecación disinérgica o incontinencia anal** que no responden al tratamiento, previa prescripción del especialista en medicina digestiva y **hasta un límite máximo anual de 10 sesiones por asegurado.**

Psiquiatría.

Rehabilitación: dirigida por un 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 está habilitado para ejercer su actividad sanitaria mediante la correspondiente autorización administrativa y esté inscrito en el registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la comunidad autónoma respectiva.**

Reumatología.

Traumatología: incluye cirugía artroscópica, nucleotomía percutánea y quimionucleosis.

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

4.4 Medios de diagnóstico

Deben ser prescritos por un médico de la Red DKV de Servicios Sanitarios que le corresponda, según la modalidad de seguro contratada e indicar el motivo de la exploración. Quedan incluidos los medios de contraste en las pruebas diagnósticas de este apartado que lo precisen.

Análisis clínicos, anatomía patológica y citopatología.

Analíticas en el domicilio: Incluye la extracción de sangre en el domicilio del asegurado, **previa prescripción de un médico y con la preceptiva autorización de la compañía, siempre y cuando se acredite mediante informe médico:**

a) Un estado de dependencia asimilable a un grado 3 (gran dependencia) caracterizado por la incapacidad absoluta del asegurado para desplazarse al exterior de su domicilio, o

b) 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 asegurado y año natural.**

Es necesario haber contratado el módulo de Atención primaria y el de Especialistas conjuntamente para tener acceso a esta prestación.

Radiodiagnóstico: incluye técnicas de diagnóstico radiológico complejas (con contraste), tomografía axial computerizada (TAC), resonancia nuclear magnética (RNM) y densitometría ósea.

Endoscopias digestivas diagnósticas: para la detección precoz de las lesiones del tracto digestivo superior (esofagoscopia, gastroscopia y duodenoscopia) e inferior (colonoscopia, sigmoidoscopia y rectoscopia).

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

Endoscopias digestivas terapéuticas: incluye la biopsia de las lesiones y el tratamiento quirúrgico de la patología del tubo digestivo superior e inferior.

Fibrobroncoscopias: diagnósticas y terapéuticas.

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

Incluye, además, **la coronariografía virtual o coronariografía DMD** tras infarto agudo de miocardio y en pacientes operados previamente de patologías cardíacas; la espectografía cardiaca 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 cardiaca y las miocardiopatías.

Asimismo, queda cubierta la **resonancia magnética cardiaca** para evaluación y seguimiento de la arteriopatía coronaria, las valvulopatías, cardiopatías congénitas, miocardiopatías no isquémicas, enfermedad de la aorta, pericárdica, y los tumores cardiacos.

Neurofisiología: electroencefalograma y electromiograma.

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

Radiología intervencionista o invasiva vascular y visceral.

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

Alta tecnología diagnóstica:

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

a) Incluye la 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, evaluación de las dilataciones arteriales o aneurismas, las malformaciones vasculares y coartaciones independientemente de su localización.**

b) La artrografía por resonancia magnética (ArtroRM) **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.**

c) La 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 ureterorrenoscopia.**

d) Queda incluida 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.**

e) La tomografía de fotón único (Espectrografía - SPECT) y la espectroscopia por RM o RMN de alta resolución o campo (3 teslas): **en diagnóstico oncológico y/o epilepsia que no responda al tratamiento médico, según protocolos de práctica clínica comúnmente aceptados.**

f) Pruebas genéticas y de biología molecular: quedan cubiertas con la prescripción de un médico, **siempre que tengan repercusión en el tratamiento de una enfermedad en curso o sean necesarias para la obtención de un diagnóstico diferencial que no pueda confirmarse por otros medios, según los criterios establecidos por la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (RedETS).**

Asimismo, quedan cubiertas las siguientes pruebas:

1. **Diagnóstico genético (HLA-DQ2/DQ8) de la intolerancia al gluten o celiaquía,** para niños sintomáticos **de hasta 16 años con marcadores serológicos alterados,** y para aquellos adultos en los que la endoscopia o la biopsia digestiva esté contraindicada o no sea concluyente.

2. **La plataforma genómica pronóstica-predictiva del cáncer de mama en estadio temprano,** que estima el riesgo de recurrencia del cáncer de mama, y la necesidad o no de administrar quimioterapia tras la cirugía. **Queda cubierta cuando se cumplen los criterios de inclusión siguientes (obligatorios, todos son precisos):**

   a) Mujer con menos de 75 años y adenocarcinoma infiltrante de mama, operada recientemente (menos de 8 semanas de la intervención).

   b) Con receptores hormonales positivos.

   c) Receptor del factor 2 de crecimiento epidérmico humano (HER2) negativo.

   d) 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 2mm) y no más de 3 ganglios afectados.

   La plataforma genómica cubierta en la Red DKV de Servicios Sanitarios que le corresponda según la modalidad de seguro contratada será exclusivamente la concertada por la entidad.

3. **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:**

   a) Hay dos o más familiares de 1º y 2º grado afectados por un cáncer de mama u ovario.

   b) 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.

g) 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.

h) 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.

i) Tomosíntesis mamaria (3D) para el control y seguimiento de la patología fibroquística, y para el diagnóstico precoz oncológico en mamas densas, evitando biopsias innecesarias.

j) 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.**

k) Espectografía (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.

l) 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.

m) Resonancia magnética multiparamétrica (RMmp) de próstata, con un periodo de carencia de 6 meses, previa prescripción del especialista y con informe médico, en las siguientes indicaciones:

1) Riesgo clínico elevado de carcinoma de próstata.

2) Estadificación local del carcinoma de próstata.

3) Vigilancia activa o planificación terapias focales.

4) Sospecha de recidiva tras tratamiento oncológico.

Está excluida como prueba de cribado preventivo o *screening*.

n) 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 cronificada. **Máximo una exploración por asegurado y año.**

Se excluye en la enfermedad hepática alcohólica y en el síndrome metabólico (esteatosis hepática no alcohólica).

o) 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 ente 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.***

4.5 Métodos terapéuticos

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

La medicación será a cargo del asegurado.

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

Fototerapia ultravioleta B de banda estrecha (UVB-BE): en centros de referencia concertados de la Red DKV de Servicios Sanitarios a nivel nacional, para el tratamiento de la **psoriasis extensa** (más del 20% de la superficie corporal afectada) y las **dermatosis inflamatorias crónicas pruriginosas idiopáticas de gran extensión** (tronco y extremidades), **cuando no haya sido efectivo el tratamiento farmacológico. Existe un límite máximo anual de 35 sesiones por asegurado.**

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

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 oligo-recurrencias. 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. Con un periodo de carencia de 8 meses. Se incluye para el tratamiento de determinados tumores pediátricos seleccionados, hasta los 14 años.

Queda cubierta en la Red DKV de Servicios Sanitarios concertada por la entidad en centros de referencia nacional, previa prescripción de un médico y la preceptiva autorización de DKV, en las indicaciones terapéuticas y con los criterios de inclusión siguientes:

A. Terapia de protones. Indicaciones terapéuticas:

1. Tumores cerebrales:

a) Indicada: en el tramiento 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.

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

2. Tumores oculares: para tratamiento del retinoblastoma, y del glioma del nervio óptico.

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

4. Tumor de Ewing.

5. Neuroblastoma.

B. Terapia de protones. Criterios de inclusión:

- **Edad: hasta los 14 años.**
- **El tratamiento debe tener intención curativa.**
- **El paciente debe tener un buen estado general (ECOG 0-1).**
- **La expectativa de vida alcanza 5 años, sin comorbilidades que la limiten.**
- **No debe haber evidencia de metástasis.**
- **Tras valoración individual, debe haber una ventaja dosimétrica de la protonterapia con impacto clínico respecto a otras técnicas de radioterapia.**
- **Se valorarán especialmente:**

  1. Los tumores en menores de 3 años.

  2. Los síndromes genéticos con riesgo elevado de toxicidad.

- **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.

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.**

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 6 semanas de tratamiento, o que no reducen su tamaño al menos un 50% en un periodo de un mes con los tratamientos convencionales.**

Podología: incluye las sesiones de quiropodia y la cirugía de la uña

incarnada y de los papilomas plantares **con un plazo de carencia de seis meses.**

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.

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

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

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).

Fisioterapia: se efectuará por diplomados en Fisioterapia, en un centro idóneo o específico de rehabilitación que cumpla los requisitos establecidos en el apartado 4.3 para los centros de rehabilitación y rehabilitación neurológica, con la prescripción escrita de un médico rehabilitador, traumatólogo, reumatólogo o neurólogo **para restituir las funciones recuperables del aparato locomotor, y la de un médico neurólogo cuando se solicite en las indicaciones clínicas detalladas en el apartado 4.3 (aptdo. "Rehabilitación neurológica para daño cerebral adquirido severo").**

Asimismo**, queda cubierta, con un límite máximo de 20 sesiones por asegurado y año natural, 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:**

a) **Un estado de dependencia asimilable a un grado 3 (gran dependencia)** con incapacidad absoluta del asegurado para desplazarse al exterior de su domicilio, o

b) **Un estado de dependencia asimilable a un grado 2 (dependencia severa)** con dificultad del asegurado para desplazarse al exterior de su domicilio sin apoyo continuo o supervisión de un tercero.

Es necesario haber contratado el módulo de Especialistas y el de Hospitalización y cirugía conjuntamente para tener acceso a esta prestación.

Laserterapia incluida como técnica de rehabilitación.

Litotricia renal y vesicular con ondas de choque extracorpóreas.

Litotricia músculo esquelética, con un periodo de carencia de 6 meses, (máximo diez sesiones por persona asegurada y año natural) en centros de referencia de la Red DKV de Servicios Sanitarios que le corresponda a nivel nacional, en las pseudoartrosis, osteonecrosis y tendinitis crónicas de inserción (de más de 3 meses de evolución) del hombro, codo, cadera, rótula, talón y planta del pie.

Alta tecnología terapéutica:

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

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

1. Taquiarrítmias 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 antiarrítmico.**
- **Taquicardias auricular macrorreentrante (TAM)/aleteo auricular atípico.**
- **Taquicardia auricular focal y de vías accesorias.**

2. Taquiarrítmias 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, del tracto de salida del ventrículo izquierdo, de la raíz aórtica, fascicular y epicárdica.**

3. Procedimientos fallidos de ablación por radiofrecuencia guiados por el sistema fluoroscópico convencional.

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

c) Cirugía asistida por neuronavegadores (3D) intracraneal y tumoral espinal. Sistema informatizado

de digitalización de imágenes para guiar en tiempo real al cirujano en las intervenciones neurológicas complejas o de alto riesgo.

d) Cirugía robótica laparoscópica en prostatectomía radical por cáncer de próstata órgano-confinado: queda incluida en los servicios de referencia de la Red DKV de Servicios Sanitarios que le corresponda según la modalidad contratada, 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. **Solo cubierta en DKV Modular, si contrata el módulo de Especialistas combinado con el de Hospitalización.**

d.1) Los criterios de inclusión son:

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

d.2) Los criterios de exclusión son:

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

e) 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 los neurocirujanos. Será necesario para su cobertura la prescripción escrita de un médico.

f) Biopsia prostática cognitiva dirigida por resonancia magnética funcional multiparamétrica (RMmp): previa prescripción del especialista, con informe médico y con la preceptiva 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).

g) Cirugía digestiva endoscópica avanzada. Se incluyen tres técnicas mínimamente invasivas, según protocolos comúnmente aceptados:

g.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.**

g.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:

1) Adenocarcinoma superficial plano bien diferenciado, sin ulceración de cualquier tamaño, incluso mayores de 5 cm.

2) Adenocarcinoma bien diferenciado, con ulceración menor de 3 cm de diámetro.

3) Adenocarcinoma pobremente diferenciado y/o cáncer gástrico temprano de células en anillo de sello, menores de 2 cm.

4) Adenocarcinoma bien diferenciado, con invasión de submucosa superficial sin afectación linfo-vascular.

g.3. Ablación por radiofrecuencia del esófago de Barrett: se incluye 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 anátomo-patológico mediante la toma de biopsias aleatorias.

h) 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 preceptiva 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).

i) La cirugía robótica laparoscópica avanzada mediante el sistema telerrobotizado da Vinci se incluye para la nefrectomía parcial en el carcinoma renal, si contrata el módulo de Hospitalización, siempre que se cumplan todos los criterios de inclusión y ninguno de los de exclusión:

A) Criterios de inclusión:

1. Edad: mayor de 18 y menor de 70 años.

2. Riesgo anestésico ASA I/II.

3. Tumor de predominio exofítico (que crece hacia afuera) **menor de 4 cm** (en su diámetro mayor).

4. **Tumor menor de 4 cm en monorrenos** (pacientes con un solo riñón).

B) Criterios de exclusión:

- Riesgo anestésico ASA III (trastornos severos de coagulación, trastornos severos ventilatorios, glaucomas severos, infartos previos...) o superior.

- Cirugías previas renales.

- Incapacidad de soportar neumoperitoneo.

- Trombosis de la vena renal.

- Tumores múltiples.

j) 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.

Logopedia y foniatría: incluye, 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.

Reeducación logopédica: queda cubierta **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 el niño** (receptivas y expresivas), **con un límite anual máximo de 20 sesiones/asegurado, y la rehabilitación de su alteración o pérdida en los adultos tras un accidente cerebro vascular agudo (ictus) hasta un máximo de 20 sesiones/asegurado y año.**

Quimioterapia oncológica: quedan cubiertos los gastos de la medicación citostática antitumoral por vía intravenosa que pueda precisar el enfermo, 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 "Citóstatico", apartado 2 "Conceptos básicos. Definiciones", 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/o controlar los síntomas de la enfermedad.

4.6 Asistencia hospitalaria

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

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

Se incluyen específicamente:

- Los tratamientos oncológicos: radioterapia, braquiterapia, protonterapia (hasta los 14 años) y quimioterapia.
- La terapia con plasma rico en plaquetas o factores de crecimiento plaquetarios: en la cirugía de reemplazo articular y de las fracturas que no consolidan (pseudoartrosis).
- La terapia de cierre asistido por vacío (V.A.C.) o de presión negativa tópica (P.N.T.) en las indicaciones y **con las limitaciones detalladas en apartado 4.5 "Métodos terapéuticos".**
- Método o técnica OSNA: análisis molecular intraoperatorio del ganglio centinela. **Se incluye en el cáncer de mama en estadío temprano, sin extensión linfática.**
- La litotricia renal, vesicular y músculo-esquelética.
- La diálisis y hemodiálisis.
- Cirugía de los Grupos II al VIII del nomenclátor de la entidad, realizada exclusivamente en un centro hospitalario.
- La cirugía mayor ambulatoria, las endoscopias digestivas terapéuticas, y las fibrobroncoscopias diagnósticas y terapéuticas.
- La radiología intervencionista o invasiva vascular y visceral.
- Las técnicas de planificación familiar: ligadura de trompas y vasectomía.

- La radioneurocirugía estereotáxica intracraneal (Gamma Knife).

- La cirugía artroscópica y la cirugía digestiva endoscópica avanzada (mucosectomía, disección endoscópica submucosa y ablación por radiofrecuencia del Esófago de Barrett).

- La cirugía de cornetes o turbinoplastia, la adenoamigdaloplastia, la ablación cardiaca, las varices de los miembros inferiores (grado C3 o superior de la CEAP) y la patología rinosinusal por técnicas de radiofrecuencia.

- El láser quirúrgico en ginecología, oftalmología, proctología, cirugía vascular periférica y otorrinolaringología.

- El láser holmio endourológico y el láser verde (KTP y HPS) de diodo, holmio o tulio para el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata.

- La nucleotomía percutánea y la quimionucleosis.

- La alta tecnología terapéutica **(ver detalle de los tratamientos cubiertos en el apartado 4.5 Métodos terapéuticos).**

- Las prótesis quirúrgicas.

- La indemnización diaria por hospitalización.

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

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

1. Hospitalización médica (sin intervención quirúrgica).

Incluye las distintas especialidades médicas para el diagnóstico y tratamiento de las patologías médicas que requieran de ingreso en mayores de 14 años.

2. Hospitalización quirúrgica. Incluye las especialidades quirúrgicas para el tratamiento de las patologías que así lo requieran, el estudio preoperatorio o preanestésico (consulta, analítica y

electrocardiograma), las visitas y curas del postoperatorio inmediato (hasta dos meses después de la cirugía), la cirugía mayor ambulatoria y, en su caso, las prótesis.

3. Hospitalización obstétrica. Incluye el tratamiento 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.

4. Hospitalización pediátrica (para personas hasta los 14 años). Incluye la asistencia de pediatra tanto en la hospitalización convencional como en incubadora.

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

6. Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Incluye la asistencia del médico intensivista.

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

4.7 Coberturas complementarias

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

1. Programa de Salud Infantil.

Comprende:

- La gimnasia y preparación psicoprofiláctica al parto, con clases prácticas y teóricas de puericultura, y la rehabilitación preventiva del suelo pélvico postparto (periodo de cobertura máximo, **cuatro meses tras el parto)** en servicios de referencia incluidos en la Red DKV de Servicios Sanitarios, **hasta un límite máximo anual de 10 sesiones.**

- 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.

- **La administración de las vacunas** del programa de vacunación infantil obligatorio en España, **siendo el medicamento 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.

2. Programa de detección precoz de la diabetes.

Incluye:

- **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 6,5%, se realizará un control anual 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.

3. Programa de detección precoz del glaucoma.

Incluye:

- A partir de los 40 años, la medición de la presión intraocular (PiO) cada tres años.

- En población de riesgo con antecedentes familiares de glaucoma, un control anual 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.

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

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

a) Una revisión ginecológica anual, 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 incluido con la prescripción del ginecólogo 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.**

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

b.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).

b.2. Programa de cribado del cáncer de cérvix o cuello uterino en mujeres de entre 25 y 65 años: incluye 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).**

- **A las mujeres de entre 25 y 34 años se les hará una citología y, si es negativa, se repetirá cada tres 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.**

- **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 y, si el resultado del test es positivo, se realizará una citología: si es negativa se les citará para realizarles el test VPH-AR en un año y, si es positiva, se hará una colposcopia, si esta es negativa, se realizará una revisión en cinco años y, si es positiva, se iniciará el tratamiento.**

5. Programa de prevención del riesgo coronario.

Incluye:

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

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

electrocardiograma de reposo y esfuerzo y un ecocardiograma.

6. Programa de prevención del cáncer de piel.

Incluye:

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

1. En población de riesgo: con múltiples nevus atípicos (>100) o diagnosticados del síndrome del nevus displásico familiar, antecedentes personales o familiares (de primer y segundo grado) de melanoma, o portadores de mutaciones genéticas asociadas.

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

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

Incluye:

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

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

Incluye:

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

9. Programa de Salud Bucodental.

9.1. 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.

9.2. 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 hijo.

Incluye:

- Planificación de una dieta para el control de caries.
- Limpiezas de boca.
- Aplicación de flúor desensibilizante.

Psicología clínica. Incluye sesiones de psicoterapia de carácter individual en régimen ambulatorio, previa prescripción de psiquiatra, oncólogo en pacientes oncológicos o pediatra de la Red DKV de Servicios Sanitarios que le corresponda, según la modalidad de seguro contratada, practicadas por especialistas en psicología concertados y con la necesaria autorización de DKV Seguros.

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

En los siguientes casos, el límite máximo anual 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.

Planificación familiar. Incluye los siguientes servicios:

- Implantación del DIU. **El coste del dispositivo intrauterino será a cargo del asegurado.**
- Ligadura de trompas.
- Vasectomía.

Prótesis quirúrgicas: queda incluida en la cobertura de la póliza la prescripción y la colocación de las **prótesis articulares**

(grandes y pequeñas articulaciones), **vasculares** (incluye coils, como agentes de embolización), **cardiacas** (válvulas cardiacas, by-pass 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:**

- Selladores, colas o pegamentos biológicos: en la cirugía oncológica.

- 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 3 meses de evolución).

- Tapones lagrimales (máximo 2 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 cardiaca.

- Anclajes articulares: incluye biomateriales de alta resistencia (PPLA y PEEK) para la fijación ligamentaria de las grandes articulaciones (hombro, rodilla, cadera, codo y tobillo) en la cirugía artroscópica mínimamente invasiva de las extremidades.

Además incluye el material de osteosíntesis**, los stents digestivos biliares, esofágicos, gástricos, pancreáticos y enterales para el tratamiento paliativo de la patología obstructiva oncológica, las mallas quirúrgicas en reparación de los defectos de la pared abdominal, las bandas suburetrales y mallas de contención del suelo pélvico en la cirugía de la incontinencia urinaria y del prolapso de los órganos pélvicos,** las válvulas para hidrocefalia, las fijaciones externas extraesqueléticas, **la lente intraocular monofocal neutra**

(sin corrección visual añadida) **en la catarata, la prótesis testicular por orquidectomía tras proceso oncológico** o accidente, los expansores de piel, la prótesis de mama y la malla de recubrimiento mamario únicamente en reconstrucción tras cirugía radical.

Es necesario suscribir el módulo de "Asistencia Médica Hospitalaria" para tener cubiertas las prótesis quirúrgicas e implantes detallados con anterioridad. 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 cardiacas descritas con anterioridad en este apartado que tendrán un límite de cobertura de 12.000 euros por asegurado y año.**

Indemnización compensatoria diaria por hospitalización. DKV Seguros indemniza con 80 euros por día, a partir del tercer día de ingreso hospitalario, y hasta un máximo de 2.400 euros por asegurado 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.

Asistencia sanitaria por infección VIH/SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) y de las enfermedades causadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH): con un periodo de carencia de 12 meses, cubre los gastos derivados del tratamiento **hasta un límite máximo total de 6.000 euros/asegurado para toda la duración del contrato (incluidas sus prórrogas) o vida de la persona asegurada y con los límites y exclusiones que se establezcan a la prestación asistencial en los distintos apartados de las condiciones generales** (apartados 2, 3, 4, 5 y 6) y que le sean aplicables.

Es necesario suscribir el módulo de "Asistencia médica especializada" o el de "Asistencia médica hospitalaria" para tener cubierta la asistencia sanitaria de la infección por VIH/SIDA.

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).

Telemedicina. Incluye las siguientes prestaciones de carácter no presencial en la "Red DKV de Servicios Sanitarios de Telemedicina", **con las limitaciones y exclusiones del módulo o módulos contratados:**

1. 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, el asegurado **podrá acceder a través de la app Quiero cuidarme Más, por distintos canales de comunicación** (voz, texto, videollamada) y previa cita, a **teleconsultas programadas de diferentes especialidades con los profesionales sanitarios habilitados para ello** según el módulo contratado sea de **Asistencia médica primaria y/o Especializada sin hospitalización (ver art.7 CC GG).**

2. Teleterapia: terapia no presencial
En la **"Red DKV de Servicios Sanitarios de Telemedicina"** concertada por la entidad, **el asegurado podrá acceder previa solicitud y autorización de DKV Seguros** a profesionales sanitarios especializados en tratamientos de telerrehabilitación por distintos canales de comunicación (voz, texto, videollamada), dependiendo del tipo de tratamiento a aplicar. **Las terapias de rehabilitación virtual cubiertas son:**

a) Telefisioterapia: para el tratamiento de lesiones o enfermedades recuperables del aparato locomotor.

b) Telepsicoterapia. Con el mismo límite de sesiones que se establece para la terapia presencial. Las sesiones realizadas de forma presencial, virtual o telemática computan conjuntamente

en el límite máximo anual establecido según tipo de trastorno.

c) Telelogopedia: para el tratamiento de lesiones o enfermedades (de origen infeccioso, oncológico y traumático) recuperables de las cuerdas vocales.

d) 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 cerebro vascular agudo (ACV).**

En ambas 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 anual estipulado según tipo de trastorno.

e) Teleterapia ocupacional: Tratamiento virtual programado que se presta a través de la "Red DKV de Servicios Sanitarios de Telemedicina", previa autorización de la compañía. Sesiones virtuales de terapia ocupacional prescritas por un 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. En las fases de la enfermedad, en las que la persona se pueda beneficiar de esta modalidad de terapia no presencial. **Con un límite de 12 sesiones persona/año natural.**

Estas teleterapias, y cualquier otra que se vaya añadiendo, se cubren en las mismas indicaciones, límites y exclusiones de cobertura que las terapias presenciales homólogas. Por tanto, consultas/sesiones realizadas de forma presencial, virtual o telemática suman conjuntamente en el límite anual máximo por persona asegurada.

4.8 Coberturas exclusivas

Solo la contratación del seguro "DKV Modular" de modalidad individual completo o con el módulo de especialistas, permite al asegurado acceder a las garantías adicionales siguientes (ver Anexo II):

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

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.

Si se ha contratado la asistencia médica completa o los módulos de

atención primaria y especialistas conjuntamente, también permite acceder a:

Un chequeo médico general anual.

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

Además la contratación del seguro "DKV Modular" de modalidad individual con asistencia médica completa incluye tres coberturas más de reembolso de gastos (ver Anexo II):

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

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

3. **Reembolso de los gastos de mantenimiento anual en banco de las células madre hematopoyéticas procedentes del cordón umbilical, durante los seis primeros años,** siempre que el servicio franquiciado de extracción y criopreservación del cordón se haya **contratado a través del proveedor concertado por DKV Club Salud y Bienestar, el parto estuviese cubierto por el seguro y el niño cuyo órgano se preserva se incluya en la póliza desde el nacimiento.**

En este último caso (reembolso de gastos de mantenimiento en banco de las células madre de cordón umbilical) también podrán acceder a la cobertura aquellos **asegurados con pólizas individuales que tengan contratada la opción "DKV Modular de Especialistas con Hospitalización"**.

La descripción de estas coberturas exclusivas, su modalidad, ámbito territorial, objeto, forma de acceso, limitaciones de cobertura y riesgos excluidos se establecen en el Anexo II (Coberturas exclusivas del seguro DKV Modular en su modalidad individual) **y en los apartados de las condiciones generales que delimitan la cobertura del seguro:** apartado 2 "Conceptos básicos. Definiciones", apartado 3 "Modalidad y extensión del seguro", apartado 4 "Descripción de las coberturas", apartado 5 "Coberturas excluidas" y apartado 6 "Periodos de carencia".

4.9 Asistencia en viaje

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

5. Coberturas excluidas

Quedan excluidos de la cobertura general de este seguro:

a) Para cada asegurado, 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.

b) 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.

c) 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).

d) 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.

e) 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 y/o reeducación de conductas adictivas o adicciones no materiales de cualquier clase. Además, quedan excluidos los tratamientos y la ayuda médica para morir (eutanasia).

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

g) Las terapias alternativas y complementarias, como acupuntura, naturopatía, homeopatía, fitoterapia, quiromasaje, drenaje linfático (salvo 20 sesiones por persona asegurada y año natural 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 detalladas en el apartado 4.5. 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 4 (Descripción de las coberturas).

Queda excluida la cirugía profiláctica o de reducción del riesgo de cualquier tipo de cáncer.

Quedan excluidos los tratamientos médico-quirúrgicos mediante técnicas de radiofrecuencia, salvo aquellos que estén expresamente incluidos en el apartado 4.5 "Métodos terapéuticos: Alta tecnología terapéutica".

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).

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

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

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

i) La alta tecnología médica diagnóstica y/o terapéutica, salvo lo detallado en el apartado 4.4 "Medios de diagnóstico" y/o 4.5 "Métodos terapéuticos" de estas condiciones generales. Quedan excluidos de forma expresa los procedimientos cardiacos transcatéter (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 trans-septal, epicárdica e híbrida, asi como el material quirúrgico y/o protésico asociado a ambas intervenciones.

Además, se excluyen los servicios de telemedicina en cualquier

modalidad asistencial no indicada expresamente en las condiciones generales.

j) **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 el apartado 4.5 "Métodos terapéuticos", apartado "Radioterapia", de estas condiciones generales. Además, quedan excluidas la protonterapia, excepto en determinados tumores pediátricos (hasta los 14 años) y con los criterios de inclusión recogidos en el art. 4.5. apartado "Protonterapia"; 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).

k) **La medicina preventiva y los chequeos o reconocimientos médicos preventivos de carácter general** (excepto el chequeo médico general anual, exclusivo de la modalidad individual de asistencia médica completa o con el módulo de atención primaria y el de especialistas conjuntamente), **el coste de las vacunas y de los extractos en procesos alérgicos, salvo lo detallado en los programas de prevención específicos incluidos en el apartado 4.7 "Coberturas complementarias" de las condiciones generales.**

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

m) **Todo tipo de prótesis, implantes, dispositivos sanitarios, piezas anatómicas y ortopédicas, salvo las detalladas en el apartado 4 "Descripción de las coberturas" de estas condiciones generales, y las intervenciones quirúrgicas y/o las hospitalizaciones asociadas a su colocación o implantación, así como sus complicaciones y secuelas.**

   Se excluyen, además, el corazón artificial, los implantes de columna, los implantes valvulares transcatéter, 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 4.7, y su uso para otras indicaciones que no sean las señaladas.

n) **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 y los medios diagnósticos necesarios para realizar estos tratamientos.

o) Los traslados requeridos para asistencia a consultas médicas, realización de pruebas diagnósticas, así como cualquier tipo de tratamiento ambulatorio. Los análisis u otras exploraciones que sean precisos para la expedición de certificaciones, emisión de informes y el libramiento de cualquier tipo de documento que no tenga una clara función asistencial.

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

Se excluyen, además, 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 el apartado e) de Telemedicina en la modalidad de teleterapia-, y 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 el apartado 4.7 (descripción de la cobertura de psicología clínica).

q) La logopedia y la foniatría para la recuperación de los trastornos del habla, la fonación y el lenguaje, causados por alteraciones anatómicas o neurológicas congénitas y psicomotrices de diverso origen, salvo lo detallado en apartado 4.5 "Métodos terapéuticos" (apartado de reeducación logopédica).

r) La medicina regenerativa, la biológica, la inmunoterapia, las terapias celulares y/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.

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

t) 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 el apartado 4.7 "Coberturas complementarias" de estas condiciones generales.

u) 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 el apartado 4.5), 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 el apartado 4."Descripción de las coberturas".

v) 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 "Asistencia primaria" y "Urgencias" de estas condiciones generales) así como otros servicios no imprescindibles para la asistencia hospitalaria.

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

x) 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 4.7 "Prótesis quirúrgicas" y las terapias del apartado 5. r "Coberturas excluidas", aunque se administren durante el internamiento hospitalario.

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

y) 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.

Quedan excluidas la estimulación precoz, la terapia ocupacional -excepto en las indicaciones y patologías descritas en el apartado e) de Telemedicina en la modalidad de teleterapia-, 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 apartado 4.5. Fisioterapia domiciliaria), la que sea motivo de ingreso hospitalario, o que se realice en centros no autorizados y/o inscritos en el registro de Centros y Servicios Sanitarios de la comunidad autónoma respectiva.

z) El consejo genético, las pruebas de paternidad o de parentesco, la obtención de mapas genéticos de riesgo con finalidad preventiva o predictiva, la secuenciación masiva de genes o cariotipo molecular, las técnicas de hibridación genómica comparada, y las plataformas de microarrays con interpretación automatizada de los resultados (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 éste se puede obtener por otros medios o no tiene repercusión terapéutica, o si la terapia queda excluida de cobertura por póliza.

6. PERIODOS DE CARENCIA

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

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

1. **Las intervenciones quirúrgicas ambulatorias de los grupos 0, I y II del nomenclátor de la entidad, que tienen un periodo de carencia de seis meses, salvo en los casos de urgencia.**

   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.

2. **La cirugía podológica y el estudio biomecánico de la marcha o la pisada, cobertura complementaria exclusiva del DKV Modular de modalidad individual (completo y con módulo de Especialistas), que tienen un periodo de carencia de seis meses.**

3. **Los medios diagnósticos de alta tecnología, la tomografía axial computerizada (TAC) y la resonancia magnética nuclear (RMN), que tienen un periodo de carencia de seis meses.**

4. **Los métodos terapéuticos: la litotricia músculo esquelética, que tiene un periodo de carencia de seis meses.**

5. **Los medios diagnósticos intervencionistas sin hospitalización, que tienen un periodo de carencia de seis meses.**

6. **Las sesiones de psicoterapia, que tienen un periodo de carencia de seis meses.**

7. **Las intervenciones quirúrgicas de los grupos III al VIII del nomenclátor de la entidad, la hospitalización y las prótesis quirúrgicas,** por cualquier motivo y naturaleza, **que tienen un periodo de carencia de ocho meses, salvo en los casos de urgencia.** En este concepto se incluyen los tratamientos de ablación incluidos en art. 4. Descripción de las coberturas.

   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.

8. **La protonterapia en tumores pediátricos, que tiene un periodo de carencia de ocho meses.**

9. **La asistencia de cualquier tipo de parto (excepto parto prematuro) o cesárea, que tiene un periodo de carencia de ocho meses.**

10. **Los trasplantes, que tienen un periodo de carencia de doce meses.**

11. **La asistencia sanitaria por infección del VIH/SIDA, que tiene un periodo de carencia de doce meses.**

7. Las prestaciones según el módulo o módulos de asistencia contratados

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

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

El seguro de salud de "DKV Modular" puede contratarse según se combinen estos módulos asistenciales hasta en siete modalidades distintas.

Todas las opciones incluyen la asistencia de urgencias, la asistencia en viaje y el acceso a los servicios adicionales.

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

7.1 Asistencia médica primaria

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

Exclusiones: la asistencia médica especializada, los tratamientos médicos, los medios complementarios de diagnóstico (salvo los expresamente incluidos), la asistencia médico-hospitalaria o quirúrgica, los medicamentos, y el reembolso de gastos de asistencia médica en el extranjero para enfermedades graves, de asistencia familiar por dependencia grado 3 por accidente, y mantenimiento del cordón umbilical.

7.2 Asistencia médica especializada sin hospitalización

Incluye las consultas presenciales y teleconsultas de distintas especialidades médicas y quirúrgicas (también de pediatría, excepto en el domicilio, si no se contrata el módulo asistencia primaria), los medios de diagnóstico y los tratamientos médicos, exclusivamente cuando se realizan en consulta y no generan gastos de quirófano o

internamiento (detallados en apartados 4.3, 4.4 y 4.5 de las condiciones generales), excepto las endoscopias digestivas diagnósticas que se cubrirán los gastos de quirófano y anestesia.

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

Están incluidos en la contratación de esta modalidad:

- La alta tecnología diagnóstica, las endoscopias digestivas diagnósticas, y la cápsula endoscópica.
- Los programas preventivos específicos, detallados en el apartado 4.7 (incluida la preparación al parto).
- La psicoterapia presencial y la telepsicoterapia virtual.
- La teleterapia ocupacional.
- La implantación del DIU.
- La logopedia en trastornos orgánicos y la reeducación logopédica en trastornos del lenguaje.
- La fototerapia ultravioleta B de banda estrecha (UVB-BE).
- Los distintos tipos de rehabilitación presencial detallados en el apartado 4.3 (rehabilitación traumatológica, neurológica, cardiológica, respiratoria, del suelo pélvico y drenaje linfático tras linfadenectomía oncológica), así como la telefisioterapia para la recuperación de lesiones músculoesqueléticas del aparato locomotor.
- Cirugía menor de los Grupos 0 y I del nomenclátor de la entidad, realizada exclusivamente en consulta.
- La Unidad del Sueño o polisomnografía, y la terapia del síndrome de ápnea-hipopnea obstructiva del sueño.
- La Unidad del Dolor, para el tratamiento del dolor crónico (excluidos los medicamentos, que son a cargo del asegurado).
- El estudio biomecánico de la marcha o pisada.
- Nutricionista.

Exclusiones: la asistencia médica primaria, los métodos terapéuticos cubiertos expresamente por otras modalidades del seguro "DKV Modular", las endoscopias de cualquier clase no digestivas que precisen anestesia y quirófano, la asistencia médico-hospitalaria o quirúrgica, la anatomía patológica quirúrgica, el preoperatorio y/o el postoperatorio, los medicamentos y el reembolso de gastos de asistencia médica en el extranjero para enfermedades graves, de asistencia familiar por dependencia grado 3 por accidente, y de mantenimiento del cordón umbilical.

7.3 Asistencia médica hospitalaria

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

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

Se incluyen específicamente en esta modalidad:

- Los tratamientos oncológicos: radioterapia, braquiterapia, protonterapia hasta 14 años, y quimioterapia.
- La terapia con plasma rico en plaquetas o factores de crecimiento plaquetarios: en la cirugía de reemplazo articular y de las fracturas que no consolidan (pseudoartrosis).
- La terapia de cierre asistido por vacío (V.A.C.) o de presión negativa tópica (P.N.T.) en las indicaciones y **con las limitaciones detalladas en apartado 4.5. "Métodos terapéuticos"**
- Método o técnica OSNA: análisis molecular intraoperatorio del ganglio centinela. Se incluye en el cáncer de mama en estadío temprano, sin extensión linfática.
- La litrotricia renal, vesicular y músculo-esquelética.
- La diálisis y hemodiálisis.
- Cirugía de los Grupos II al VIII del nomenclátor de la entidad, realizada exclusivamente en un centro hospitalario.
- La cirugía mayor ambulatoria, las endoscopias digestivas terapéuticas, y las fibrobroncoscopias diagnósticas y/o terapéuticas.
- La radiología intervencionista o invasiva vascular y visceral.
- Las técnicas de planificación familiar: ligadura de trompas y vasectomía.
- La radioneurocirugía estereotáxica intracraneal (Gamma Knife).
- La cirugía artroscópica, la cirugía digestiva endoscópica avanzada (mucosectomía, disección endoscópica submucosa y ablación por radiofrecuencia del Esófago de Barrett), y la nefrectomía parcial robótica por carcinoma renal.

- La cirugía de cornetes o turbinoplastia, la adenoamigdaloplastia, la ablación endovenosa de las varices de los miembros inferiores (grado C3 o superior de la CEAP) y de la patología rinosinusal mediante técnicas de radiofrecuencia.

- El láser quirúrgico en ginecología, oftalmología, proctología, cirugía vascular periférica y otorrinolaringología.

- El láser holmio endourológico y el láser verde (KTP y HPS) de diodo, holmio o tulio para el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata

- La nucleotomía percutánea y la quimionucleosis.

- La alta tecnología terapéutica **(ver detalle de los tratamientos cubiertos, en el apartado 4.5 Métodos terapéuticos).**

- Las prótesis quirúrgicas.

- La indemnización diaria por hospitalización.

Exclusiones: la asistencia médica sin hospitalización o ambulatoria, primaria y especializada, los tratamientos médicos (salvo los incluidos expresamente en este módulo), la prostatectomía robótica laparoscópica en el carcinoma de próstata, los medios complementarios de diagnóstico y el reembolso de gastos de asistencia médica en el extranjero para enfermedades graves, de asistencia familiar por dependencia grado 3 por accidente, y de mantenimiento del cordón umbilical.

7.4 Asistencia médica extrahospitalaria (sin hospitalización o ambulatoria): modular de asistencia primaria con especialistas y medios de diagnóstico

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

Además, quedan incluidas expresamente en esta combinación de módulos la extracción de sangre en el domicilio en caso de acreditarse una situación de dependencia severa asimilable a un grado 2 (máximo 2 extracciones/año) o grado 3 (gran dependencia) y el chequeo médico general anual.

7.5 Asistencia médica especializada con hospitalización

Comprende la asistencia especializada médica o quirúrgica, en régimen ambulatorio u hospitalario; la cirugía robótica laparoscópica; las urgencias de estas especialidades –con internamiento, en caso necesario–; los medios complementarios de diagnóstico; los

tratamientos médicos y la asistencia en viaje.

Además, queda incluida expresamente en esta combinación de módulos la fisioterapia en el domicilio, con un límite máximo anual de 20 sesiones, en caso de acreditarse una situación de dependencia severa asimilable a un grado 2 o grado 3 (gran dependencia) tras una hospitalización superior a 24 horas.

7.6 Asistencia médica primaria con hospitalización

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

7.7 Asistencia médica completa

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

En el seguro de modalidad individual la suscripción de los tres módulos (Asistencia primaria, especializada y hospitalaria) es necesaria para acceder a las coberturas exclusivas del seguro **(Ver apartado 4.8 "Coberturas exclusivas")**, excepto para la extracción y criopreservación del cordón umbilical que sólo será necesario haber suscrito dos módulos, el de Especialistas con el de Hospitalización.

8. BASES DEL CONTRATO

8.1 Formalización del contrato y duración del seguro

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

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

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

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

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

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

Asimismo, el tomador puede oponerse a la renovación de una póliza, con una antelación mínima de un mes a la fecha de vencimiento expresada en la misma, siempre que se lo notifique a DKV Seguros de manera probada.

Únicamente en la contratación del seguro “DKV Modular”, en su modalidad individual, 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 períodos consecutivos de doce meses naturales desde la contratación). De manera que, si DKV Seguros remite la comunicación de la oposición a la prórroga del contrato hasta el 31 de octubre, la póliza dejará de tener efecto a 31 de diciembre de esa anualidad.

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 8.4 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.

8.2 Otras obligaciones, deberes y facultades del tomador o asegurado

El tomador o, en su caso, el asegurado, tiene el deber de:

a) Antes de la conclusión del contrato, de declarar a DKV Seguros, de acuerdo con el cuestionario que ésta le someta todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si DKV Seguros no le somete cuestionario o cuando, aún sometiéndoselo, 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).

b) 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, de profesión habitual, y el inicio de actividades de ocio o deportivas de riesgo elevado o extremo, que sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por DKV Seguros en el momento de la suscripción del contrato, no lo habría aceptado o lo habría hecho en condiciones distintas.

c) Poner todos los medios a su alcance para conseguir un pronto restablecimiento y reducir las consecuencias del siniestro.

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

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

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

Asimismo, el tomador o, en su caso, el asegurado, tienen la facultad de:

a) Cuando el contrato de seguro se celebre utilizando una técnica de contratación a distancia, si el tomador 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 hubiese dado cobertura a algún siniestro o prestado algún servicio, podrá exigir el reembolso de lo pagado con anterioridad a hacerse efectivo el desistimiento.**

El tomador 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 del tomador, 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.

8.3 Otras obligaciones de DKV Seguros

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

DKV Seguros facilitará también al tomador del seguro **la tarjeta identificativa de cada persona asegurada incluida en la póliza e información del cuadro médico (Red DKV de Servicios Sanitarios que le corresponda según la modalidad contratada)** de su zona de residencia, en la que se hacen constar el centro o centros permanentes de urgencias y las direcciones y horarios de los profesionales sanitarios concertados. **El asegurado puede consultar las clínicas y profesionales de la red concertada en medicos.dkv.es/seguro-privado, descargar en su móvil el cuadro médico dkv.es/qcmas, o solicitar un ejemplar impreso del mismo en las oficinas de la compañía.**

DKV podrá modificar la Red DKV de Servicios Sanitarios en función

de las necesidades y cambios en el mercado, añadiendo nuevos centros y profesionales, y dando de baja algunos de los existentes. La información actualizada del cuadro médico en cada momento puede consultarla en el enlace (medicos.dkv.es/seguro-privado).

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

8.4 Pago del seguro (primas)

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

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

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

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

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

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

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

Si DKV Seguros no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido.

Si el contrato no se resuelve o extingue conforme a las condiciones anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas siguientes al día en el que el tomador pagara la prima.

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

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

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

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

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

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

En cada renovación del contrato de seguro, DKV Seguros podrá modificar el importe anual del seguro (prima), el coste por acto médico (copago) y el límite máximo anual de copagos de acuerdo con los cálculos técnico-actuariales realizados. La prima de cada persona asegurada se calcula en función de los siguientes factores de riesgo objetivos: la edad y la zona geográfica de residencia.

Si los métodos matemáticos utilizados por DKV Seguros para calcular la prima de riesgo revelaran algún otro factor de riesgo objetivo significativo se informaría de su inclusión en el cálculo de la tarifa antes de la renovación de la póliza.

En el cálculo de la prima también intervienen otros factores como el incremento del coste asistencial y las innovaciones tecnológicas médicas que se incorporen a las coberturas.

En el caso de las pólizas colectivas también se tendrá en cuenta en las renovaciones el resultado del colectivo y el número de tramos de prima aplicados.

Puede consultar las primas vigentes de cualquier producto de salud en su modalidad individual, en la página web **dkv.es** y en las oficinas de DKV Seguros.

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

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

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

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

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

técnico, conforme a la normativa reguladora de la actividad aseguradora.

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

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

8.5 Pérdida de derechos

El asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada:

a) Si al cumplimentar el cuestionario de salud, el tomador o el asegurado no responden con veracidad 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 Ley de Contrato de Seguro).

8.6 Suspensión y rescisión del contrato de seguro

a) DKV Seguros podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro 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 al tomador o asegurado dentro del plazo de un mes a contar desde el día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. (Artículo 12 Ley de Contrato de Seguro).

c) DKV Seguros tiene derecho a resolver el contrato si por culpa del tomador la primera prima no ha sido pagadas, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento.

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

Si DKV Seguros no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido.

Cuando el contrato no se resuelve o extingue conforme a las condiciones anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto no retroactivo a las veinticuatro horas siguientes del día en el que el tomador pague la prima.

8.7 Comunicaciones

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

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

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

Las comunicaciones de DKV Seguros al tomador del seguro o al asegurado se realizarán a través de cualquiera de los datos de contacto facilitados por el tomador o el asegurado.

8.8 Riesgos sanitarios especiales

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

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

8.9 Impuestos y recargos

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

9. Seguro de accidentes

Objeto del seguro

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

9.1 Muerte por accidente

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

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

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

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

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

Ampliaciones de la garantía

Fallecimiento de ambos cónyuges en accidente de circulación.

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

todos ellos, con un límite máximo de indemnización total por siniestro de 300.506,05 euros.

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

9.2 Invalidez permanente por accidente

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

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

Cómo se determina el importe de la indemnización:

1. La evaluación del grado de invalidez correspondiente se realizará tomando como base el cuadro de porcentajes que figura a continuación.

2. Las indemnizaciones que recoge el siguiente baremo se expresan en porcentajes del capital fijado para la cobertura de “Invalidez permanente total por accidente” en las condiciones particulares:

Se considera invalidez permanente total:

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

Se considera invalidez permanente parcial:

Pérdida total del brazo derecho o de la mano derecha	60 %
Pérdida total del brazo izquierdo o de la mano izquierda	50 %
Pérdida total del movimiento del hombro derecho	25 %
Pérdida total del movimiento del hombro izquierdo	20 %
Pérdida total del movimiento del codo derecho	20 %
Pérdida total del movimiento del codo izquierdo	15 %
Pérdida total del movimiento de la muñeca derecha	20 %
Pérdida total del movimiento de la muñeca izquierda	15 %
Pérdida total del pulgar y el índice derechos	30 %
Pérdida total del pulgar y el índice izquierdos	30 %
Pérdida total de tres dedos, comprendidos el pulgar y el índice de la mano derecha	35 %
Pérdida total de tres dedos, comprendidos el pulgar y el índice de la mano izquierda	30 %
Pérdida total de tres dedos, que no sean el pulgar o el índice derecho	25 %
Pérdida total de tres dedos, que no sean el pulgar o el índice izquierdos	20 %
Pérdida total del pulgar derecho y de otro dedo, que no sea el índice de la mano derecha	30 %
Pérdida total del pulgar izquierdo y de otro dedo, que no sea el índice de la mano izquierda	25 %
Pérdida total del índice derecho y de otro dedo, que no sea el pulgar de la mano derecha	20 %
Pérdida total del índice izquierdo y de otro dedo, que no sea el pulgar de la mano izquierda	17 %
Pérdida total solamente del pulgar derecho	22 %
Pérdida total solamente del pulgar izquierdo	18 %
Pérdida total solamente del índice derecho	15 %
Pérdida total solamente del índice izquierdo	12 %
Pérdida total del dedo mayor, del anular o del meñique derechos	10 %
Pérdida total del dedo mayor, del anular o del meñique izquierdos	8 %
Pérdida total de dos de estos últimos dedos derechos	15 %
Pérdida total de dos de estos últimos dedos izquierdos	12 %

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

9.2.1 Otras reglas de determinación de la invalidez:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a) Por aplicación de la tarifa por conducción privada.

b) Por aplicación de la tarifa por conducción profesional.

9.4 Asistencia médica por accidente

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

Si se contrata la cobertura de asistencia médica por accidente, ésta deberá quedar reflejada en las condiciones particulares de la póliza.

Siempre que deriven de un accidente cubierto por la póliza, esta garantía cubre:

- Los gastos de asistencia médica, farmacia, internamiento sanatorial y rehabilitación física; hasta el límite máximo de las cantidades aseguradas fijadas en las condiciones particulares.

- El transporte sanitario de urgencia y los traslados autorizados por DKV Seguros; hasta el límite máximo de 1.000 euros por siniestro.

- El conjunto de aparatos ortopédicos y prótesis, incluidas las derivadas de la asistencia bucodental; hasta el límite máximo de 1.000 euros por siniestro.

DKV Seguros se hará cargo de dichos gastos durante un periodo máximo de un año natural ininterrumpido a contar desde la fecha del accidente cubierto por la póliza.

Si el asegurado decide seguir tratamiento mediante medios propios de DKV Seguros, ésta se hará cargo directamente de los gastos que se produzcan. Si lo hace mediante medios ajenos, DKV Seguros abonará al asegurado los gastos que se produzcan, siempre con los límites máximos de las cantidades aseguradas fijadas en las condiciones particulares.

DKV Seguros abonará los gastos que se deriven de la asistencia de urgencia y primeros auxilios, con independencia del médico o centro que los preste, y hará uso del derecho de designación de médicos y clínicas en el momento en que el lesionado pueda ser trasladado del centro en que se realizó el primer tratamiento, de acuerdo con el criterio del facultativo que DKV Seguros designe para ello.

Esta garantía tiene cobertura únicamente dentro del límite del territorio nacional.

9.5 Alcance de las garantías de accidente

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

9.6 Ámbito territorial del seguro de accidentes

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

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

9.7 Personas no asegurables

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

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

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

2. Los consumidores habituales de estupefacientes y drogas.

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

9.8 Riesgos excluidos

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

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

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

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

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

5. **Los provocados por autolesiones, suicidio o tentativa del mismo.**

6. **Los provocados en el ejercicio o práctica de cualquier deporte como profesional (o percibiendo cualquier tipo de remuneración), así como los ocurridos como consecuencia de participación en competiciones**

o torneos organizados por federaciones o asociaciones deportivas.

Igualmente, los provocados en la práctica de actividades y deportes aéreos y de aventura, alpinismo, barranquismo, escalada, boxeo, artes marciales, bobsleigh, esquí y snowboard fuera de pista, pelota a pala larga, cesta punta, submarinismo, rugby, toreo, encierro de reses bravas y otras prácticas manifiestamente peligrosas.

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

8. **Las hernias de cualquier tipo o naturaleza. Las lesiones que vengan provocadas por movimientos repetitivos o esfuerzos planificados.**

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

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

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

9.9 Derechos y obligaciones. Declaraciones sobre el riesgo

9.9.1 Al efectuar el seguro y durante su vigencia

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

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

9.9.2 En caso de agravación del riesgo

1. En caso de que, durante la vigencia de la póliza, DKV Seguros tuviera conocimiento o le fuera comunicado un agravamiento del riesgo, este puede proponer una modificación de las condiciones del contrato en un plazo

de dos meses, a contar desde el día en que dicha circunstancia le haya sido declarada. En tal caso, el tomador del seguro dispone de quince días, a contar desde la recepción de esta proposición, para aceptarla o rechazarla.

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

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

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

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

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

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

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

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

9.9.3 En caso de disminución del riesgo

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

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

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

9.10 Normas para la tramitación de siniestros

Procedimiento de resolución de discrepancias

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

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

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

3. Asimismo, deberán aportar en su momento, a petición de DKV Seguros, justificantes originales de honorarios médicos, certificados, partes de alta y baja, hospitalización, etc.

4. DKV Seguros puede reclamar los daños y perjuicios causados por la demora o falta de declaración, salvo que se demuestre que tuvo conocimiento del siniestro por otros medios.

5. Ocurrido el siniestro, el asegurado debe recurrir a los cuidados de un médico, seguir sus prescripciones y efectuar todas las diligencias necesarias para la conservación de su vida y para su pronto restablecimiento:

a) El incumplimiento de este deber dará derecho a DKV Seguros a reducir su prestación en la proporción oportuna, teniendo en cuenta la importancia de los daños derivados del mismo y el grado de culpa del asegurado.

b) Si este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a DKV Seguros, esta quedará liberada de toda prestación derivada del siniestro.

6. En caso de muerte del asegurado será necesario aportar a DKV Seguros, si no se hubiera hecho con anterioridad:

a) Certificación literal de la inscripción de la defunción del asegurado en el Registro Civil correspondiente.

b) Informe del médico o médicos que le hayan asistido, indicando la evolución de las consecuencias del accidente que ha originado su muerte.

c) Documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de beneficiario.

d) Carta de pago o exención del Impuesto General sobre Sucesiones.

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

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

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

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

9.11 Determinación de las indemnizaciones

1. Si las partes se pusieran de acuerdo, en cualquier momento, sobre el importe y la forma de indemnización, se procederá al pago de la misma en el plazo de cinco días desde la firma del mismo.

2. Si no se lograse dicho acuerdo dentro del plazo de cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro, cada parte designará un perito médico.

La aceptación de éstos deberá constar por escrito.

3. Una vez designados los peritos y aceptado el cargo, que será irrenunciable, estos comenzarán sus trabajos seguidamente.

4. En caso de que los peritos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta en la que se harán constar las causas del siniestro, la valoración de los daños, las demás circunstancias que influyan en la determinación de la indemnización y la propuesta del importe líquido de la indemnización.

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

De no hacerlo en este último plazo, se entenderá que acepta el dictamen que

emita el perito de la otra parte y quedará vinculada por el mismo.

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

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

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

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

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

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

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

9.12 Pago de la indemnización

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

- Si la fijación de los daños se hizo de común acuerdo, DKV Seguros deberá pagar la suma convenida en el plazo máximo de cinco días a contar desde la fecha en que ambas partes firmaron el acuerdo.

- Si la tasación de los daños se hizo por acuerdo de peritos, DKV Seguros abonará el importe señalado por aquellos, en un plazo de cinco días a partir del momento en que ambas partes hayan consentido y aceptado el acuerdo pericial, con lo que el mismo será inatacable.

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

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

4. Si el beneficiario hubiese causado dolosamente el siniestro, la designación

hecha a su favor será nula. La indemnización corresponderá al tomador del seguro o, en su caso, a los herederos de este.

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

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

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

9.13 Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas

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

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

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

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

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo

dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

Resumen de las normas legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

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

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

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

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

2. Riesgos excluidos

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

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

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

d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.

e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento

de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.

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

g) Los causados por mala fe del asegurado.

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

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

3. Extensión de la cobertura

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

2. En las pólizas de seguro de vida que de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de

seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.

2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:

- Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 ó 952 367 042).

- A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorseguros.es).

3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.

4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

10. Seguro de decesos

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

Personas no asegurables

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

1. Los mayores de 65 años y los menores de 14 años.
No obstante, en el primer caso, DKV Seguros podrá aceptar la prórroga de año en año de los contratos ya existentes. Se extinguirá al término de la anualidad en que el asegurado cumpla 70 años de edad.

11. Regulación complementaria

11.1 Pago de primas de los seguros complementarios

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

11.2 Regulación de los seguros complementarios

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

11.3 Revalorización automática

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

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

11.4 Subrogación

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

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

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

11.5 Prescripción y jurisdicción

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

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

11.6 Comunicaciones

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

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

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

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

Anexo I: Asistencia en viaje

1. Disposiciones previas

1.1 Personas aseguradas

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

1.2 Ámbito del seguro

El seguro tiene validez en el mundo entero a partir del límite provincial de la residencia habitual del asegurado, **excepto las coberturas descritas en este anexo en el apartado 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 el asegurado 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, el asegurado 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 el asegurado se encuentra enfermo o accidentado 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 del asegurado 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 el asegurado sufra una enfermedad o accidente durante el viaje, DKV Seguros se hará cargo de:

a) Los gastos de transporte en ambulancia hasta la clínica u hospital más próximo.

b) Establecer contacto con el médico que atienda al asegurado herido o enfermo, para determinar las medidas convenientes, el mejor tratamiento a seguir y el medio más idóneo para su eventual traslado, si fuera necesario, hasta otro centro hospitalario más adecuado o hasta su domicilio.

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

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

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

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

2.1.5 Repatriación de fallecidos y sus acompañantes

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

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

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

2.1.6 Escolta de restos mortales

De no haber quien acompañe en su traslado los restos mortales del asegurado fallecido, 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 del asegurado fallecido 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 otros asegurados

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

a) El transporte de los restantes asegurados hasta el lugar de su residencia habitual o hasta el lugar donde esté hospitalizado el asegurado repatriado o trasladado.

b) La puesta a disposición de una persona para que viaje y acompañe a los restantes asegurados de los que se trata en el punto a) anterior, cuando éstos fueran hijos menores de 15 años de edad del asegurado repatriado y no contaran con un familiar o persona de confianza para acompañarles en el viaje de regreso.

2.1.8 Viaje de un acompañante

Cuando el asegurado se encuentre hospitalizado más de cinco días, DKV Seguros pondrá a disposición de un familiar del asegurado un billete de ida y vuelta, para que acuda a su lado. Además, si la hospitalización tuviese lugar en el extranjero, DKV Seguros se hará cargo de los gastos de estancia del familiar en un hotel, con los justificantes oportunos, **hasta 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 el asegurado se encontrara fuera de su domicilio habitual, se produjera en éste un incendio o siniestro grave, o bien falleciera un familiar de primer grado, DKV Seguros pondrá a disposición del asegurado un billete para regresar a su domicilio, en caso de que el billete que tuviera el asegurado para el viaje de regreso no permitiera adelantar el mismo.

Asimismo, 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 del asegurado y que no puedan encontrarse en el lugar donde éste se encuentre.

2.1.11 Consulta médica telefónica

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

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

2.1.12 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 del asegurado.

2.1.13 Envío de documentos

Si el asegurado precisa algún documento olvidado, DKV Seguros hará todas las

gestiones oportunas para hacérselo llegar hasta su lugar de destino.

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

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

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

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

2.1.15 Ayuda en viaje

Cuando el asegurado necesite conocer cualquier información sobre los países que va a visitar como, por ejemplo, formalidades de entrada, concesión de visados, moneda, régimen económico y político, población, idioma, situación sanitaria, etc., DKV Seguros facilitará dicha información general, 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 los asegurados 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 del asegurado, 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 siete 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 del asegurado, a comunicarlo a la entidad emisora para su cancelación.

2.1.19 Bloqueo del teléfono móvil

En caso de notificación por parte del asegurado 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 al asegurado, **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.

El asegurado 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 el asegurado 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 el asegurado a sí mismo, así como las derivadas de acciones criminales, directas o indirectas, de este.

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

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

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

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

3.1.8 Los gastos de inhumación y ceremonias funerarias.

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 el asegurado 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 el asegurado, o negligencia grave de éste.

4. Disposiciones adicionales

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

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

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

Si el asegurado tuviera derecho a reembolso por la parte del billete no consumida, al hacer uso de la garantía de repatriación, dicho reembolso revertirá a DKV Seguros.
Las indemnizaciones fijadas en las garantías serán en todo caso complemento de los contratos que pudiera tener el asegurado cubriendo los mismos riesgos, de las prestaciones de la seguridad social o de cualquier otro régimen de previsión colectiva.

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

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

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

1. Disposiciones previas

1.1 Personas aseguradas

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

1.2 Seguro modalidad individual

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

1.3 Duración del seguro

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

1.4 Validez

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

2. Coberturas exclusivas complementarias

Solo la contratación del seguro "DKV Modular" en su modalidad individual, con asistencia médica completa y con el módulo de especialistas, permite al asegurado acceder a las siguientes garantías adicionales:

a) 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. **Con un periodo de carencia 6 meses.**

b) 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 y control del **sobrepeso hasta los 14 años cuando el índice de masa corporal (IMC) está entre 25-29,9,** y el tratamiento de la obesidad cuando el índice de masa corporal **(IMC) sea igual o superior a 30, tanto en la infancia como en la edad adulta, hasta un límite máximo anual de 20 consultas por persona asegurada (en el que computan todas las indicaciones cubiertas).**

c) Chequeo médico general anual, 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 natural, exclusivamente en los centros de referencia concertados de la Red DKV de Servicios Sanitarios.

Es necesario haber contratado el módulo de atención primaria y el de

especialistas conjuntamente para tener acceso a esta prestación.

Estas coberturas exclusivas se incluyen únicamente con la modalidad, ámbito territorial, objeto, forma de acceso, limitaciones de cobertura y riesgos excluidos que se establecen en este Anexo II, y/o en los apartados siguientes de las condiciones generales que delimitan la cobertura del seguro: apartado 2 "Conceptos básicos. Definiciones", apartado 3 "Modalidad y extensión del seguro", apartado 4 "Descripción de las coberturas", apartado 5 "Coberturas excluidas" y apartado 6 "Periodos de carencia".

Además, la contratación del seguro "DKV Modular" de asistencia médica completa, en su modalidad individual, permite al asegurado acceder a garantías adicionales de reembolso:

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

2.1.1 Ámbito territorial

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

2.1.2 Objeto de la cobertura

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

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

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

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

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

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

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

2.1.3 Acceso a la cobertura: normativa específica

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

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

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

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

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

- Una vez presentado el formulario de reembolso, con los informes y facturas originales acreditativos de la prestación recibida, DKV Seguros abonará los gastos efectuados, según el porcentaje y con los límites de cobertura señalados anteriormente.

- El pago se realizará en la cuenta corriente designada para ello. El abono realizado por este medio es plenamente válido, eficaz y liberatorio para DKV Seguros.

- La facturación de gastos realizada y pagada en divisas por el asegurado se abonará en España en euros al cambio del día del pago. Si éste no constara, se realizará con el cambio correspondiente a la fecha de emisión de la factura o, en su defecto, al de la prestación del servicio.

- Los gastos de traducción de los informes, facturas o recibos de honorarios médicos correrán a cargo de DKV Seguros exclusivamente si están redactados en idioma inglés, alemán, francés o portugués.

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

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

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

- apartado 2 "Conceptos básicos. Definiciones"

- apartado 3 "Modalidad y extensión del seguro"

- apartado 4 "Descripción de las coberturas"

- apartado 5 "Coberturas excluidas"

- apartado 6 "Periodos de carencia"

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

2.2.1 Objeto de la cobertura
DKV Seguros garantiza el reembolso del 100% del importe de las facturas abonadas por los servicios de asistencia familiar y/o atención a la dependencia, **hasta un límite máximo total de 12.000 euros/asegurado 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 el asegurado y/o persona en su nombre (tutor legal) acredite una situación de **dependencia Grado 3, reconocida por el "Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia" (SAAD), ocasionada por un accidente cubierto por el seguro a**

partir de la fecha de entrada en vigor de esta cobertura.

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 las condiciones generales de la póliza (ver apartado 5.a, 5.c, 5.d, 5.e "Coberturas excluidas") y Anexo II (apartado 2.2.3).**

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

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

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

a) Atención personal:

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

b) Cuidado del hogar:

- Limpieza del domicilio
- Compras domésticas
- Servicio de cocina

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

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

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

Se trata de un servicio individual y adaptado, atendido por trabajadores sociales, psicólogos y 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 el beneficiario deberá mantener las funciones cognitivas suficientes para el uso de la tecnología correspondiente.

2.2.1.4 Servicio de adaptación del hogar. Se refiere al conjunto 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.

2.2.1.5 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/o vida del asegurado.**

El asegurado y/o persona en su nombre (tutor legal) podrá solicitar el reembolso a DKV Seguros del total de los gastos producidos por los servicios de asistencia familiar y/o atención a la dependencia descritos en éste apartado, **hasta un límite máximo total de 12.000 euros/ asegurado para toda la duración del contrato (incluidas sus prórrogas) o vida de la persona asegurada, 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 al asegurado la situación de Dependencia Grado 3 (nivel 1 o 2) otorgada por el órgano administrativo competente del "Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia" de su comunidad autónoma, en el que se especificarán las causas y las circunstancias de la situación de dependencia.**

La cobertura de dependencia se extingue de forma automática y definitiva al percibir el asegurado el capital máximo garantizado de 12.000 euros por éste 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.

2.2.2 Acceso a la cobertura

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

- Tener derecho a la prestación por dependencia en España y cumplir los requisitos legales para acceder a la misma.

- Estar incluido en la póliza de salud como asegurado en el momento de la ocurrencia del accidente, de la solicitud del reembolso de gastos por Dependencia Grado 3, y en el del devengo de la prestación.

- Que el accidente ocurrido no sea consecuencia de actividades o circunstancias excluidas de la cobertura general del seguro de salud (apartados 5.a, 5.c, 5.d y

5.e “Coberturas excluidas” de las condiciones generales) o excluidas específicamente de la cobertura de dependencia (apartado 2.2.3 de éste Anexo).

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

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

b) Documentación necesaria para el reconocimiento de la prestación:

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

1. Datos personales, familiares y profesionales del asegurado causante de la prestación.

2. Calificación otorgada por el órgano administrativo competente del “Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia”, en el que se especificarán las causas y las circunstancias de la situación de dependencia.

3. Informes médicos con las condiciones de salud del dependiente, y el informe social realizado por el asistente social.

4. Todos aquellos documentos adicionales que sean necesarios para poder acreditar el derecho a percibir la prestación.

5. Resolución emitida y la fecha, con la calificación o reconocimiento de la situación de Dependencia Grado 3, a partir de la cual se tendrá derecho al reembolso de la prestación sociosanitaria

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

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

- Una vez presentado el formulario de reembolso, con los informes y facturas originales acreditativos de la prestación recibida, DKV Seguros abonará los gastos efectuados, según el porcentaje y con los límites de cobertura señalados anteriormente.

- El pago se efectuará en la cuenta corriente designada para ello. El abono realizado por este medio

es plenamente válido, eficaz y liberatorio para DKV Seguros.

- La facturación de gastos pagada en divisas por el asegurado se abonará en España en euros al cambio del día del pago. Si éste no constara, se realizará con el cambio correspondiente a la fecha de emisión de la factura o, en su defecto, al de la prestación del servicio.

- Los gastos de traducción de los informes, facturas o recibos de honorarios médicos correrán a cargo de DKV Seguros exclusivamente si están redactados en idioma inglés, alemán, francés o portugués.

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

2.2.3 Riesgos excluidos de la cobertura
Están excluidas de la cobertura de dependencia:

1. El reembolso de los gastos por servicios de ayuda familiar y/o atención a la dependencia no detallados en el Anexo II de las condiciones generales.

2. El reembolso de los gastos por servicios de ayuda familiar y/o atención a la dependencia detallados en el Anexo II de las condiciones generales, cuando la situación de Dependencia grado 3:

a) Es producida por un accidente causado por actividades o en circunstancias excluidas expresamente de la cobertura general del seguro de salud (apartados 5.c, 5.d, 5 e. de las condiciones generales).

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

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

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

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

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

3. El reembolso de los gastos por servicios de ayuda familiar 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 el asegurado 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 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 y Bienestar", el parto esté cubierto por el seguro, y el asegurado cuyas células madre se preservan permanezca incluido en la póliza.**

DKV Seguros ofrece, como servicio franquiciado, a través de DKV Club Salud y 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 el asegurado **el pago de 690 euros,** si opta por la modalidad FIRST, o 990 euros, si elige la ADVANCE. Además, **los seis primeros años, queda cubierto mediante reembolso un máximo de 90 euros/año, como gastos de mantenimiento del cordón umbilical, siempre que el parto haya sido cubierto por el seguro, y el asegurado permanezca en la póliza desde el nacimiento.**

En este último caso (reembolso de gastos de mantenimiento en banco de las células madre de cordón umbilical), también podrán acceder a la cobertura **aquellos asegurados con pólizas individuales que tengan contratada la opción el "DKV Modular de Especialistas con Hospitalización".**

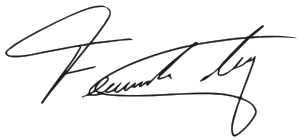
Además anualmente en cada renovación del contrato de seguro, DKV Seguros podrá modificar el proveedor de DKV Club Salud y Bienestar que facilita el servicio, el coste de extracción que asume, las condiciones de acceso, las tarifas que abona el asegurado y el gasto de mantenimiento máximo que reembolsa.

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

El tomador del seguro

El asegurado

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



Edición actualizada enero 2026
2DNP1.CG/04_V25

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

AENOR
ORGANIZACIÓN
SALUDABLE

BARÓMETRO 2024
SALUD INDIVIDUAL
ADECOSE

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.° Z-15.152. CIF: A-50004209.