DKV PROFESIONAL: DKV SPORT RUNNERS

CONDICIONES GENERALES

ACTIVISTAS DE LA SALUD

Póliza de Seguros

DKV Profesional: DKV Sport Runners

Torre DKV, Avda. María Zambrano, 31
50018 Zaragoza
Tel. (+34) 976 28 91 00
Fax (+34) 976 28 91 35

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-12008
2DNP1.CG/36_V6
Edición actualizada enero 2022

DKV Sport Runners es denominación comercial que corresponde con el producto que la entidad DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E. comercializa bajo la marca “DKV Profesional” con las especificaciones y Notas Técnicas del mismo producto que constan a disposición pública, en el domicilio social de la aseguradora.

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

Índice

Respondemos a sus preguntas 5

Servicios de salud complementarios 20

21 1. Servicios de asesoramiento médico a distancia
24 2. Servicios de salud digital: Aplicación Quiero cuidarme Más (QC+)
27 3. Servicio bucodental
28 4. Centro de Atención Telefónica

DKV Club Salud y Bienestar 29

31 1. DKV Club Salud y Bienestar Premium

Contrato del seguro: condiciones generales 37

38 1. Cláusula preliminar
40 2. Conceptos básicos. Definiciones
54 3. Modalidad y extensión del seguro
54 3.1 Seguro de salud
54 3.1.1 Objeto del seguro
54 3.1.2 Modalidad del seguro
56 3.1.3 Acceso a las coberturas
57 3.1.4 Asistencia en medios ajenos a la "Red DKV de Servicios Sanitarios"
58 3.1.5 Cláusula de subrogación o de cesión de derechos
58 3.1.6 Descripción de las coberturas
90 3.1.7 Coberturas excluidas
95 3.1.8 Periodos de carencia y exclusión
96 3.1.9 Las prestaciones según el módulo o módulos de asistencia contratados
100 3.1.10 Riesgos sanitarios especiales en la contratación del seguro de salud
100 3.2 Seguro de prestación por incapacidad temporal u hospitalización
100 3.2.1 Objeto del seguro
100 3.2.2 Incapacidad temporal
109 Baremo incapacidad temporal baremada
119 3.2.3 Hospitalización

120 3.2.4 Riesgos excluidos y coberturas adicionales
120 3.2.4.1 Riesgos excluidos
122 3.2.4.2 Coberturas adicionales
124 3.3 Seguro de accidentes
124 3.3.1 Objeto del seguro
124 3.3.2 Muerte por accidente
125 3.3.3 Invalidez permanente por accidente
128 3.3.4 Asistencia médica por accidente
129 3.3.5 Alcance de las garantías de accidente
129 3.3.6 Riesgos excluidos
131 3.3.7 Riesgos asegurables mediante sobreprima
131 3.3.8 Normas para la tramitación de siniestros
Procedimiento de resolución de discrepancias
135 3.3.9 Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas
138 3.4 Seguro de decesos
138 3.4.1 Objeto del seguro
138 3.4.2 Normas para la tramitación de siniestros
140 4. Bases del contrato
140 4.1 Formalización del contrato y duración del seguro
141 4.2 Otras obligaciones, deberes y facultades del tomador o asegurado
142 4.3 Otras obligaciones de DKV Seguros al contratar el seguro de salud
143 4.4 Pago del seguro (primas)
145 4.5 Pérdida de derechos
145 4.6 Suspensión y rescisión del contrato de seguro
146 4.7 Comunicaciones
147 4.8 Impuestos y recargos
147 4.9 Revalorización de primas, prestaciones económicas e indemnizaciones, para los seguros de prestación por incapacidad temporal u hospitalización, accidentes y decesos
147 4.10 Prescripción y jurisdicción

Anexo I: Asistencia en viaje 148

Anexo II: Servicios complementarios a los seguros de prestación por incapacidad temporal u hospitalización, accidentes y decesos 158

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/o "condiciones particulares" recogen los derechos y obligaciones de DKV Seguros y los del asegurado o persona que contrata el seguro.

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

Compruebe que sus datos personales estén correctamente reflejados.

¿Cuáles son las coberturas contratadas?
Únicamente las que se reflejan en las condiciones particulares.

¿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 de tomador y 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 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 siete años y transcurrido ese plazo procedemos a su completa eliminación.

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 fotocopia de su DNI o bien registrándose en el área de cliente de www.dkvseguros.com. Podrá consultar información más detallada sobre sus derechos en materia de privacidad en el apartado de política de privacidad de la web y en el documento que le entregamos junto a su documentación contractual. Si desea ampliar información o plantearnos dudas sobre sus derechos en materia de privacidad, puede también contactar con nuestro delegado de Protección de Datos en la dirección de correo dpogrupodkv@dkvseguros.es. Recuerde que, si no está satisfecho con la atención a sus derechos de información, puede asimismo dirigirse a la Agencia Española de Protección de Datos, calle Jorge Juan, 6 (28001 Madrid) y teléfono 901 100 099.

Modalidad asistencial y extensión del seguro

¿Cuál es la principal característica que define al seguro de "DKV Profesional"?
"DKV Profesional" es un producto que permite combinar un seguro de accidentes, un seguro de prestación económica por incapacidad temporal u hospitalización, un seguro de decesos y 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 de salud el seguro “DKV Profesional”?
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, dentro de la cobertura de salud, ¿cómo puede combinarlos en "DKV Profesional"?
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/o 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; por Internet, en la dirección: dkvseguros.com, o acudiendo a cualquiera de las oficinas de DKV Seguros.

Autorizaciones en el caso de contratar el seguro de salud

¿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; a través de la web de DKV Seguros (dkvseguros.com) o por medio de cualquier persona que presente, en su oficina de DKV Seguros, su tarjeta y la prescripción facultativa de la prueba médica.

Pago del seguro

¿Todos los meses se paga lo mismo?
No. En el caso de haber contratado el seguro de salud, 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 en el caso de contratar el seguro de salud

¿Se puede ir al médico al día siguiente de contratar la póliza de salud?
Sí, desde el primer día en que entra en vigor el seguro, excepto para algunos servicios que tienen periodo de carencia (ver apartado 3.1.8, “Periodos de carencia y exclusión”).

¿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 Profesional" 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 Profesional" 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 3.1.6.7 "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 Profesional"?
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 Profesional"?
En el módulo "Especialistas", quedan cubiertas, en régimen ambulatorio, realizadas por un psicólogo concertado y con la necesaria autorización de DKV, tanto las sesiones de psicoterapia presencial como las de telepsicoterapia de carácter individual (computando de forma conjunta ambas en los límites de sesiones establecidos en la póliza) previa prescripción de un médico psiquiatra o pediatra (en el caso de los niños) de la "Red DKV de Servicios Sanitarios".

Los asegurados pueden acceder a esta prestación en **las patologías susceptibles de intervención psicológica descritas en este apartado**, abonando el copago que se establezca para cada acto o sesión en la "Tabla de grupos de actos médicos y copagos" de las condiciones particulares y/o especiales de su póliza, **hasta un límite máximo de 20 sesiones por asegurado y año natural, excepto en los trastornos alimentarios (anorexia/bulimia), situaciones de acoso escolar, violencia de género y/o familiar, ciberacoso y estrés laboral que tendrán un límite máximo anual de 40 sesiones.**

> Enfermedades psiquiátricas: depresión, esquizofrenia y trastornos psicóticos.

> Trastornos de conducta: neuróticos, de ansiedad, de personalidad y obsesivo compulsivos.

> Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia.

> En situaciones de acoso escolar, ciberacoso y violencia de género o familiar.

> Trastornos del sueño: enuresis, insomnio, sonambulismo y terrores nocturnos.

> Trastornos de adaptación: estrés laboral y postraumático, duelo, divorcio, adolescencia, síndrome postvacacional, etc.

> Trastornos del aprendizaje: hiperactividad y fracaso escolar.

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

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

En ambos casos, por tratarse de intervenciones quirúrgicas, se establece un periodo de carencia de seis meses.

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

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

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

Sobre la tramitación de la prestación por incapacidad temporal u hospitalización

¿Cómo debe comunicar que está de baja u hospitalizado?
Debe remitir a DKV Seguros, directamente o a través de su agente o mediador acreditado, el documento denominado declaración de siniestro, que contiene la información inicial para que pueda tramitarse su prestación, con todas sus secciones cumplimentadas, así como el parte de baja firmado por el médico que asista al paciente, en el que conste:

> La identificación del médico.

> La identidad, domicilio, edad y profesión del asegurado.

> La patología actual causante de la incapacidad temporal.

> Las causas, antecedentes y fecha probable de inicio de la enfermedad u ocurrencia del accidente.

> La fecha de inicio de la incapacidad y el pronóstico de duración de la misma.

Si tiene contratada la garantía de hospitalización y ha permanecido hospitalizado, deberá también entregar el informe de alta hospitalaria que le facilitará el propio centro hospitalario.

Si tiene cualquier duda, es conveniente que contacte previamente con DKV Seguros en el teléfono 900 810 072.

¿Es necesario enviar la documentación de la seguridad social o mutua de accidentes?
Los partes administrativos de incapacidad temporal pueden ser necesarios como información adicional, pero no vinculan ni obligan a DKV Seguros para la aceptación o cuantificación de la prestación, ya que las coberturas de la póliza no coinciden con las de la Seguridad Social u organismo público equivalente.

¿Qué plazo de tiempo tiene para comunicar que está de baja?
Es imprescindible que nos remita la comunicación del siniestro dentro de los siete días siguientes a la fecha de haberse producido. De no ser así, los días para la prestación empezarán a contar desde el día de la recepción de la comunicación del siniestro. El día de alta no es indemnizable.

¿Qué información necesita DKV Seguros para iniciar la tramitación de la prestación?
La “declaración de siniestro” y el parte de baja médico.

Además, DKV Seguros puede:

> Solicitar información adicional, tal como informes del médico que le asista, informes hospitalarios, etc.

> Visitarle a través de sus servicios médicos, para conocer la evolución de su dolencia, interesarse por su estado y, en su caso, proponer medidas o actuaciones que le permitan recuperarse satisfactoriamente.

¿Cuál es el periodo de baja máximo garantizado?
Usted puede elegir distintas posibilidades. En las condiciones particulares se concretan tanto las coberturas contratadas como el periodo máximo garantizado.

¿Cuándo se cobra la prestación?
Tras presentar la declaración de siniestro, el parte de baja y el resto de la documentación solicitada, y una vez acreditado por DKV Seguros el derecho a la prestación y comprobado el alcance definitivo de la misma, procederá a tramitarla en un plazo inferior a dos semanas.

En el caso de incapacidad temporal prolongada (superior a cuarenta días), podrá solicitar el anticipo de la prestación por incapacidad temporal diaria que corresponda al periodo de baja que haya quedado suficientemente acreditado.

¿Cuándo se acaba el periodo de baja en la incapacidad temporal diaria?
Cuando se recibe el alta médica laboral o bien si se da alguno de los siguientes casos:

> Usted se encuentra capacitado para realizar su trabajo aunque sólo sea parcialmente.

> Su incapacidad temporal adquiere el carácter de permanente.

> Se jubila o pasa a situación de desempleo.

> Se ausenta de su domicilio más de setenta y dos horas sin el conocimiento de DKV Seguros.

> Se opone a las visitas de comprobación requeridas por DKV Seguros.

> Los servicios médicos de DKV Seguros consideran que está prolongando la baja injustificadamente.

¿Qué puede hacer si no está conforme con la decisión de DKV Seguros?
Tiene un plazo de siete días para comunicar de manera probada que está en desacuerdo y los motivos.

Si el motivo del desacuerdo son aspectos médicos, su médico o el que usted designe y el de DKV Seguros tratarán de resolver la discrepancia.

En caso de que no se encuentre una solución, se puede nombrar a un tercer médico para que decida.

¿Existe derecho a prestación en caso de parto?
Aunque el parto no se considera ninguna enfermedad, las madres que lleven más de ocho meses aseguradas recibirán una prestación por este motivo. Será necesario tener contratada alguna de las garantías siguientes: incapacidad temporal diaria, incapacidad temporal baremada, hospitalización o intervención quirúrgica, y se tendrá el alcance y condiciones descrito en cada una de ellas.

Idéntica prestación y condiciones se aplicarán en el caso de adopción.

¿Recibirán los beneficiarios alguna prestación en caso de fallecimiento del asegurado?
Sí. La indemnización que correspondiese al asegurado pasa a sus beneficiarios.

¿Qué ocurre con la prestación de la Seguridad Social?
La prestación correspondiente a la baja cubierta por el contrato es compatible e independiente con la que pueda percibirse de la Seguridad Social.

¿Qué es el periodo o plazo de carencia?
Es el tiempo que tiene que transcurrir, desde la fecha de efecto del seguro, para que entren en vigor las garantías de la póliza. Este plazo se especifica en las condiciones particulares. Cuando la baja sea consecuencia de un accidente no procederá la aplicación de ningún plazo de carencia.

¿Qué es la franquicia en la garantía de incapacidad temporal diaria?
Es el número de días iniciales de cada proceso de baja que no dan derecho a prestación.

¿Desde qué día se empieza a contar para la prestación de incapacidad temporal diaria por una baja laboral?
Si no existe franquicia, desde el primer día de baja. En el caso de franquicia, desde el día siguiente de la finalización del periodo estipulado de franquicia.

Le recordamos que es imprescindible que nos remita la comunicación del siniestro dentro de los siete días siguientes a la fecha de haberse producido. De no ser así, los días para la prestación empezarán a contar

desde el día de la recepción de la comunicación del siniestro. El día de alta no es indemnizable.

¿Qué es la franquicia en la garantía de incapacidad temporal baremada?
Es el número de días que se especifican en las condiciones particulares y que, a los efectos de prestación, deben descontarse de los que figuran en el baremo del anexo I para cada diagnóstico.

¿Cuándo tiene usted derecho a percibir prestación de incapacidad temporal baremada por una baja laboral?
Desde el momento en que presente la documentación acreditativa de la incapacidad y dolencia e informes adicionales que le pueda solicitar DKV Seguros, y quede comprobada la cobertura del siniestro.

¿Qué son los riesgos excluidos?
Son las enfermedades, accidentes, circunstancias, alteraciones, actividades... que no quedan cubiertos en la póliza y que, por tanto, no dan derecho a prestación económica.

Los riesgos excluidos son los pactados con usted en el momento de la firma de la póliza y se detallan en el contrato, resaltados con negrita.

Sobre la actividad profesional

¿Qué ocurre si cambia su situación laboral o su actividad profesional?
Nos debe comunicar lo antes posible el cambio de su situación para poder calcular nuevamente la prima de su seguro de acuerdo a la nueva actividad, lo que puede representar un incremento o disminución del precio en función del nivel de riesgo que conlleve dicha actividad. De este modo evitaremos cualquier tipo de problema o confusión en la tramitación del siniestro.

Sobre los datos personales

¿Qué ocurre si cambia de domicilio, teléfono, etc.?
Nos debe comunicar lo antes posible cualquier cambio de situación.

Sobre el pago del seguro

¿Qué incremento tiene la prima del seguro?
Anualmente puede actualizarse la prima en función de la edad y también si usted ha contratado la opción de revalorización anual del importe de las prestaciones.

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, 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

1.1 Asistencia 24 horas

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

1.2 Médico DKV 24 horas

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

1.3 Línea médica pediátrica 24 horas

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

1.4 Línea médica obesidad infantil

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

1.5 Línea médica del embarazo

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

1.6 Línea médica de la mujer

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

1.7 Línea médica deportiva

Este servicio facilita al asegurado de DKV Seguros asesoramiento telefónico, relacionado con Medicina del Deporte, atendido por especialistas en medicina deportiva, médicos o técnicos en nutrición, proporcionando información y resolviendo dudas sobre la prevención de lesiones, adecuación del ejercicio en la 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.

Horario de 8:00 a 21:00 horas en días laborables y acceso previa consulta programada.

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 en la que se puede solicitar orientación psicológica a través de chat. Para ello, tan solo es necesario indicar las áreas de preocupación o malestar y rellenar un cuestionario personalizado para que el psicólogo pueda evaluar la consulta. Además, permite acceder a una videoconsulta de 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+. En el caso de medicina general y pediatría podrá hacerlo por chat, telefónicamente o por videollamada.

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

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

2.3. 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

La contratación de uno o varios módulos del seguro de salud “DKV Profesional" permite al asegurado el acceso a los servicios adicionales del DKV Club Salud y Bienestar, distintos de la cobertura del seguro, descritos a continuación.

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

1. DKV Club Salud y Bienestar Premium

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

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

1) Reserva del servicio con bono: el asegurado consulta en la web **www.dkvclubdesalud.com** las tarifas de los centros o profesionales disponibles, reserva su bono, solicita cita directamente con el proveedor y, al llegar al centro, se identifica con su bono y su tarjeta de DKV Seguros, necesario para que el proveedor le aplique la tarifa especial DKV Club Salud y Bienestar. Al finalizar, el asegurado paga el servicio al proveedor.

2) Pago online del servicio: en otros casos, para disfrutar de algunos servicios de la "Red de Servicios DKV Club Salud y Bienestar" es necesario realizar el pago previamente.
El cliente consulta en la web **www.dkvclubdesalud.com** las tarifas de los centros o profesionales disponibles, reserva su bono y lo paga con tarjeta de crédito o débito.

Igualmente debe solicitar cita directamente con el proveedor y, al llegar al centro, identificarse con su bono y tarjeta de DKV Seguros para acceder a su servicio.

Se puede obtener más información entrando en la web **www.dkvclubdesalud.com**, llamando al número **900 810 670** o directamente en cualquier sucursal de DKV Seguros.

En cada renovación del contrato de seguro, DKV Seguros podrá modificar la "Red de Servicios DKV Club Salud y Bienestar", los descuentos, las tarifas y los servicios incluidos en DKV Club

Salud y Bienestar, añadiendo otros nuevos o suprimiendo alguno de los ya existentes, con el fin de adaptarlos a la demanda asistencial de los asegurados.

1.1 Servicios de promoción de la salud

1.1.1 Servicios Wellness: balnearios y spas urbanos

DKV Seguros pone a disposición de los asegurados bonos descuento para acceder a tratamientos de balneoterapia, hidroterapia, cinesiterapia, tratamientos de drenaje o reafirmantes, en condiciones económicas ventajosas.

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

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

1.1.2 Gimnasios y fitness

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

1.1.3 Asesoramiento dietético nutricional

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

1.2 Servicios preventivos

1.2.1 Estudios genéticos predictivos

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

1.2.2 Programa de deshabituación tabáquica

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

1.2.3 Criopreservación en banco de células madre hematopoyéticas del cordón umbilical
El trasplante de células madre de sangre de cordón umbilical es actualmente un tratamiento habitual para muchas enfermedades graves (leucemias, linfomas, neuroblastomas, talasemia, etc.). Los asegurados que deseen acceder al servicio en condiciones económicamente ventajosas, pueden adquirir un bono que comprende la recolección, el transporte, los análisis preliminares y la conservación de las células madre hematopoyéticas del cordón umbilical de cada niño en un banco privado por un periodo de 20 años (con posibilidad de extensión).

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

1.3 Servicios médicos cosméticos o estéticos

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

1.3.2 Cirugía de la presbicia
La presbicia, conocida como vista cansada, es un defecto visual que suele aparecer sobre los 40 o 45 años y que consiste en la disminución de la capacidad de acomodación del ojo con disminución de la visión cercana. DKV Seguros facilita a sus asegurados el acceso a una red de centros oftalmológicos especializados en la corrección quirúrgica de este defecto visual, mediante la implantación de lentes intraoculares, adquiriendo un bono con condiciones económicamente ventajosas.

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

1.4 Servicios sanitarios complementarios

1.4.1 Tratamiento de reproducción asistida
DKV Seguros permite acceder a sus asegurados, mediante la adquisición

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

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

1.4.3 Consultas de especialidades médicas y medios de diagnóstico y/o tratamiento ambulatorio
Si no se ha contratado el módulo de especialistas, podrá acceder previa identificación con su tarjeta DKV MEDICARD® a las tarifas especiales del DKV Club Salud y Bienestar para aquellos servicios no cubiertos en su modalidad de seguro (ver detalle entrando en www.dkvclubdesalud.com).

1.5 Servicios de autocuidado personal

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

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

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

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

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

1.6 Servicios de reeducación o rehabilitación

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

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

1.6.2 Terapias de la apnea obstructiva del sueño

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

1.6.3 Programa de entrenamiento o reeducación del suelo pélvico

La asegurada también podrá acceder al programa de entrenamiento o reeducación pelviperineal basado en los ejercicios de Kegel, con un bono descuento del DKV Club Salud y Bienestar.

1.7 Servicios sociosanitarios y de asistencia familiar

1.7.1 Servicios de apoyo a hospitalizados dependientes o personas solas

Un profesional le acompañará durante su ingreso y cuidará de usted mientras lo necesite.

1.7.2 Cuidados post parto en el hogar

Profesionales sanitarios le brindan ayuda en tareas cotidianas con el bebé o enseñándole ejercicios de recuperación. También se ocuparán de la evolución de la madre, con los posibles signos de ansiedad y depresión, se fijarán en el progreso del bebé, darán ayuda con la lactancia, con la preparación de la comida y con la higiene tanto de la madre como del pequeño.

1.7.3 Servicios de ayuda domiciliaria

Son aquellos que proporcionan, mediante personal cualificado, una serie de atenciones útiles para personas con una disminución de su autonomía y movilidad personal, que tengan dificultades para levantarse, asearse, vestirse y preparar la

comida diaria precisando un cuidador permanente.

a) Atención personal:

Brindan aseo personal, acompañamiento dentro del domicilio, ayudan con la higiene de las personas encamadas y también les cambian de posición.

b) Cuidado del hogar:

El personal cualificado le hace las compras domésticas, la limpieza en el domicilio e incluso tienen servicio de cocina.

1.7.4 Servicio de teleasistencia fija y móvil
Se trata de un servicio individual y adaptado, atendido por trabajadores sociales, psicólogos y médicos 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. Son dispositivos, tanto móviles como fijos, que tienen conexión permanente con una central de alarma para casos de emergencia.

1.7.5 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.

1.7.6 Red de residencias de tercera edad
Atención social, rehabilitación, sanitaria y psicológica, para una mayor calidad de vida de las personas que por salud, situación familiar o social, no tienen autonomía.

1.7.7 Sistema de apartamentos asistidos
Son domicilios enfocados a personas mayores que quieren vivir con gente de la misma edad, sintiéndose seguros y manteniendo su libertad, autonomía y privacidad de casa. Este servicio de apartamentos tutelados ofrece atención permanente, cuidados médicos y de enfermería, podología y fisioterapia.

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; o por correo electrónico: defensacliente@dkvseguros.es, o por teléfono llamando al número: 900 810 072 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 del asegurado, que produzca invalidez temporal o permanente o muerte.

Además, tendrán consideración de accidentes:

> La asfixia o lesiones a consecuencia de gases o vapores, inmersión o sumersión o por ingestión de materias líquidas o sólidas no alimenticias.

> Las infecciones a consecuencia de un accidente.

> Los desgarros y distenciones 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 las agencias de evaluación de las tecnologías sanitarias (AETS) para contrastar si su seguridad y efectividad en las distintas indicaciones es de suficiente magnitud como para reemplazar a la tecnología existente.

Análisis coste-efectividad
Permite comparar los costes de una o más intervenciones sanitarias en términos monetarios, y las consecuencias en años de vida ajustados por calidad de vida (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.

Asegurado
Es la persona objeto del seguro contratado.

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, siempre y cuando se presten de forma presencial.

Asistencia médica extrahospitalaria
Es la asistencia médica diagnóstica y/o terapéutica en régimen ambulatorio que se presta de forma presencial en

consultorios médicos, en el domicilio del paciente, y/o en un hospital o clínica habitualmente sin pernoctación y que genera una estancia de duración inferior a 24 horas (p.ej. box de urgencias, hospital de día, etc.).

La cirugía mayor ambulatoria no se incluye en este concepto.

Asistencia médica hospitalaria
La asistencia hospitalaria u hospitalización es la que se presta en un centro hospitalario de forma presencial por un médico especialista y/o un cirujano, y en la que el asegurado permanece ingresado en régimen de internamiento, durante un mínimo de 24 horas, para recibir tratamiento médico o quirúrgico.

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

B

Baremo
Relación incluida en las condiciones generales de la póliza, que contiene un listado de enfermedades y lesiones que tienen asignada una duración convencional en días, con arreglo al cual se establecen las indemnizaciones de la garantía de Incapacidad Temporal Baremada.

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.

Beneficiario/seguro de renta
Persona física o jurídica, designada en las condiciones particulares, a quien corresponde percibir las indemnizaciones garantizadas por esta póliza y, en su defecto, en caso de fallecimiento, las designadas a tal fin en la póliza, salvo pacto expreso en condiciones particulares.

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

C

Cirugía mayor ambulatoria
Toda aquella intervención quirúrgica realizada de forma presencial por un cirujano en un quirófano con anestesia general, local, regional o sedación, que requiere cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración, por lo que el asegurado no precisa ingreso hospitalario y puede ser dado

de alta pocas horas después de la intervención.

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

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

Cirugía robótica o asistida por ordenador
Se denomina cirugía robótica, guiada por imágenes o asistida por un ordenador, a las maniobras quirúrgicas que realiza un sistema laparoscópico telerrobotizado siguiendo las instrucciones de un cirujano presente en el quirófano, y 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.

Complicación del embarazo
Toda aquella situación clínica necesitada de asistencia médica cuyo origen, agravamiento o complicación sea consecuencia de la gestación en curso, el parto o el puerperio, independientemente del resultado final de dicha gestación.

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) o consulta
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.**

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.

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

E

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

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

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

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

Enfermedad preexistente
Es aquélla que, desde el punto de vista médico, ya existía con anterioridad a la fecha de efecto o alta en el seguro, aunque no hubiera sido diagnosticada.

F

Franquicia
En el caso de la garantía de incapacidad temporal diaria, se entiende por franquicia el número de días iniciales de cada siniestro que no generan derecho a la prestación.

En el caso de la garantía de incapacidad temporal baremada, se entiende por franquicia el número de días que, a los efectos de prestación, deben descontarse de los que figuran en el baremo del anexo I para cada diagnóstico.

G

Guía clínica N.I.C.E.
El Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE) es un organismo público sin ánimo de lucro creado en 1999, perteneciente al Departamento de Salud del Reino Unido, **responsable de proporcionar información y orientación al personal relacionado con el sector de la salud** sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades, **así como de hacer recomendaciones basadas en la evidencia científica disponible sobre la utilidad terapéutica (seguridad y coste-efectividad) de determinadas tecnologías de la salud y medicamentos (incluidos radiofármacos y antitumorales u**

oncológicos). Las guías de práctica clínica de la NICE son de reconocido prestigio mundial y las más ampliamente desarrolladas, por ello han sido seleccionadas como **guía de referencia para evaluar con criterios de eficiencia la quimioterapia y radioterapia oncológica**, por estar basadas sus recomendaciones en artículos con el más alto nivel de evidencia, y no en publicaciones de grupos de expertos, ni en ninguna otra conveniencia.

H

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

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

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

Hospitalización/seguro de renta
Internamiento en centro hospitalario, por un espacio de tiempo superior a 24 horas, por prescripción médica, con fines diagnósticos o terapéuticos.

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

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

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

I

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

Incapacidad temporal
Situación derivada de enfermedad o accidente, cubierta por la póliza, que imposibilita al asegurado de forma transitoria y total para su actividad profesional.

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.

Infarto de miocardio
Obstrucción coronaria aguda producida por trombosis o embolia.

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.

Invalidez absoluta y permanente
Situación física irreversible provocada por una enfermedad o accidente, originada independientemente de la voluntad del asegurado y causante de la total ineptitud de éste para el mantenimiento permanente de cualquier tipo de relación laboral o actividad profesional.

M

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

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

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

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

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

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

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

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

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 y/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.

Periodo de exclusión
Es el **intervalo de tiempo prefijado en el contrato,** contado a partir de la fecha de alta de cada uno de los asegurados, en el que no son efectivas algunas de las coberturas incluidas dentro de las garantías de la póliza **y durante el cual, además, si se diagnostica o se ponen de manifiesto los primeros síntomas de una enfermedad con periodo de exclusión, no se tendrá derecho a ningún tipo de prestación relacionada con la misma, quedando excluida de la cobertura del seguro.** 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.

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.

Prestación asegurada
La prestación económica diaria indicada en las condiciones particulares.

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

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

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

Psicólogo clínico
Licenciado en Psicología especializado en Psicología Clínica.

Psicoterapia
Método terapéutico que se aplica a una persona que padece un conflicto psíquico, por indicación o prescripción de un psiquiatra o pediatra (en el caso de niños) basado en la relación directa presencial entre el terapeuta y su 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.

"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.

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

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

Solicitud de seguro 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

Telemedicina
Se basa en la transmisión segura de datos e información médica a través de texto, sonido, imágenes u otras formas necesarias para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la vigilancia del paciente. Abarca una amplia variedad de modalidades asistenciales, como la teleconsulta, la teleterapia, la televigilancia, la teleradiología, telepatología, teledermatología, teleoftalmología y la telecirugía entre otras.

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.**

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 (sintesis 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 Seguro de salud

3.1.1 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 las Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias dependientes de los Servicios de Salud de las CC.AA. o del Ministerio de Sanidad.

2. Queden incluidos expresamente en el apartado 3.1.6 "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.

3.1.2 Modalidad del seguro

"DKV Profesional" 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.

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

El seguro "DKV Profesional” 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.

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

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

3.1.3 Acceso a las coberturas
DKV Seguros entregará al tomador del seguro la tarjeta DKV MEDICARD®, de uso personal e intransferible, como elemento identificativo, para cada beneficiario e información sobre la "Red DKV de Servicios Sanitarios" con el detalle de los servicios concertados —profesionales sanitarios, centros diagnósticos, centros hospitalarios, servicios de urgencia y servicios complementarios— así como sus direcciones y horarios de consulta.

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

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

Con carácter general, son de libre acceso las consultas 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 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, a través de la web dkvseguros.com o en cualquiera de las oficinas de DKV Seguros.

3.1.4 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 Profesional" incluyen una cobertura de asistencia en viaje, a la que se accede llamando al número de teléfono +34 91 379 04 34

3.1.5 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.

3.1.6 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 3.1.9 "Prestaciones según módulo o módulos de asistencia contratados", son los siguientes:

3.1.6.1 Asistencia primaria

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

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

Quedan incluidos los análisis clínicos básicos de sangre (excluidas las pruebas hormonales, inmunológicas, genéticas y biológico moleculares), el de orina, 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.

3.1.6.2 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.

3.1.6.3 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 3.1.6.5 ("Métodos terapéuticos") **de las condiciones generales.**

Endocrinología y nutrición.

Geriatría.

Ginecología: comprende el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la mujer. Quedan cubiertas la planificación familiar, los tratamientos con láser (CO2, 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 3.1.6.7.4. 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.

Matronas: Graduado en enfermería, titulado en la especialidad de asistencia auxiliar al parto.

Medicina interna.

Medicina nuclear.

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 3.1.6.5 "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 Profesional" 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 estadío temprano, sin extensión linfática.**

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, **excepto en la cirugía del roncador, también denominada apnea obstructiva del sueño o uvulopalatofaringoplastia**.

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: principalmente tratamientos neurobiológicos.

Rehabilitación: dirigida por un médico poseedor del título de la especialidad, auxiliado por fisioterapeutas, para restituir las funciones recuperables del aparato locomotor lesionadas por una enfermedad o accidente, y realizada 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 y/o vida del asegurado**, en centros de referencia a nivel nacional, con un servicio de rehabilitación idóneo para tal fin y 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, nucletomía 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.

3.1.6.4 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/o tratamiento quirúrgico de la patología del tubo digestivo superior e inferior.

Fibrobroncoscopias: diagnósticas y/o terapéuticas.

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

Incluye, además, la **tomografía coronaria multicorte** (TC 64) tras infarto agudo de miocardio y en postoperados de patologías cardiacas; 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, electromiograma, etc.

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 cerebral y abdominal, el seguimiento y control de la integridad de las prótesis vasculares, evaluación de las dilataciones arteriales o aneurismas, las malformaciones vasculares y coartaciones independientemente de su localización.**

b) La artrografía por resonancia magnética (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 en colecistectomizados y de la patología oncológica en vías biliares y pancreáticas.**

c) La urografía por tomografía computada multicorte (UroTAC) del tracto urinario (sistema colector, urétetes 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 y en otras indicaciones clínicas autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), recogidas en la ficha técnica del radiofármaco 18Flúor-Fluorodesoxiglucosa (18F-FDG) que se usa habitualmente para realizarlas.** Además, queda cubierto el PET con galio en tumores neuroendocrinos gastro-entero-pancreáticos.

e) La tomografía de fotón único (Espectrografía - SPECT), la gammagrafía y la espectroscopia por RM o RMN de alta resolución o campo (3 teslas): **en diagnóstico oncológico y/o epilepsia 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 las agencias de evaluación (AETS).**

A este respecto, la única excepción sería:

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) para la detección precoz del carcinoma de próstata oculto, en las siguientes indicaciones:

1) Riesgo clínico elevado, cuando se cumplan al menos dos de estos criterios: cuando el Antígeno Prostático Específico total (PSA en adelante) sea elevado en sangre (entre 4-10 ng/ml) más de 3 meses, el cociente PSA (libre/total) sea inferior al 20% y/o el tacto rectal de la superficie prostática esté alterado (evaluar tamaño, dureza, consistencia y los cambios con respecto al patrón de normalidad).

2) Biopsia prostática ecoguiada previa negativa.

3) Estadificación local del carcinoma de próstata.

4) Vigilancia activa o planificación terapias focales.

5) Sospecha de recidiva tras tratamiento oncológico.

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 las 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).

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

La medicación será a cargo del asegurado.

Analgesias y tratamientos del dolor: quedan cubiertos los tratamientos realizados por unidades especializadas en estas técnicas, **con las limitaciones en cuanto a la cobertura de la medicación en régimen ambulatorio, que se establecen en estas condiciones generales (ver apartado 3.1.7.x. "Coberturas excluidas").**

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

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

Radioterapia: incluye el acelerador lineal de electrones, la cobaltoterapia, la radioneurocirugía estereotáxica intracraneal, la radioterapia de intensidad modulada (IMRT), **y los isótopos radioactivos cuya utilidad diagnóstica o terapéutica esté**

avalada por la EMA (agencia europea del medicamento) y la guía clínica NICE.

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

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).

Braquiterapia: para el tratamiento del cáncer de próstata, 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.

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 3.1.6.3 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 3.1.6.3 (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 (máximo cinco sesiones por asegurado y año natural) en centros de referencia de la "Red DKV de Servicios Sanitarios" a nivel nacional, en las pseudoartrosis, osteonecrosis

y tendinitis crónicas de inserción (de más de 3 meses de evolución) del hombro, codo, cadera, rótula, talón y planta del pie, cuando no haya sido efectivo el tratamiento médico y/o rehabilitador.

Alta tecnología terapéutica:
En la "Red DKV de Servicios Sanitarios" se facilitará en centros de referencia nacional.

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

> **El aislamiento circunferencial de las venas pulmonares, cuando hay fibrilación auricular paroxística muy sintomática (con tres o más episodios al año)** y la edad del asegurado sea inferior a 70 años.

> **La fibrilación auricular persistente (más de un año) sintomática refractaria a los fármacos antiarrítmicos** (2 o más fármacos antiarrítmicos, incluyendo la amiodarona), siempre que no haya comorbilidad (p.ej. hipertensión arterial, sdm. apnea del sueño...) y el tamaño de la aurícula izquierda sea menor de 5 centímetros.

> **Las arritmias auriculares o ventriculares asociadas con cardiopatías congénitas.**

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

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

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

d) 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 los criterios de inclusión y/o exclusión recomendados por las Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias (AETS) en España** y el asegurado cuente con la autorización previa de DKV Seguros. **Solo cubierta en DKV Profesional, si contrata el módulo de Especialistas combinado con el de Hospitalización.**

d.1) Los criterios de inclusión son:

- **Diagnosticados de adenocarcinoma prostático localizado, con PSA igual o inferior a 15 ng/ml.**
- **Esperanza de vida superior a 10 años.**
- **Ecografía transrectal de próstata sin evidencia de afectación extracapsular ni afectación de vesículas seminales (estadio T1-T2).**
- **Sin invasión linfática ni metástasis (N0 y M0).**
- **Riesgo anestésico ASA I ó II.**

d.2) Los criterios de exclusión son:

- **PSA mayor de 15ng/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): 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) y biopsias de próstata ecoguiadas anteriores negativas.**

g) Cirugía digestiva endoscópica avanzada: se incluyen dos 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 y de tamaño igual o inferior a 2 cm de diámetro).**

g.2. Disección endoscópica submucosa (DES): permite 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.

h) Biopsia trasperineal de prostáta guiada por fusión de imágenes de resonancia magnética multiparametrica (RMNmp) y ecografía transrectal (ETR) en tiempo real: se incluye para el diagnóstico precoz del cáncer de próstata oculto **cuando persiste más de tres meses la elevación del antígeno prostático específico** (PSA entre 4-10 ng/ml), con un cociente PSA (libre/total) inferior al 20% (0,2) **y un resultado negativo de una biopsia ecoguiada previa.**

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 los criterios de inclusión y/o exclusión siguientes:

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.

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

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

3.1.6.6 Asistencia hospitalaria

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

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

Además, se incluyen específicamente:

- Los tratamientos oncológicos: radioterapia, braquiterapia y quimioterapia.
- 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 3.1.6.5 "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 de la Organización Médica Colegial (OMC), 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.

> La cirugía artroscópica, la cirugía digestiva endoscópica avanzada (mucosectomía y disección endoscópica submucosa).

> La cirugía de cornetes o turbinoplastia, la adenoamigdaloplastia y la ablación de la patología rinosinusal por radiofrecuencia.

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

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

> La nucleotomía percutánea y la quimionucleosis.

> La alta tecnología terapéutica **(ver detalle de los tratamientos cubiertos, en el apartado 3.1.6.5 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 el acompañante (excepto en la hospitalización psiquiátrica, en 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 materiales biológicos y/o biomateriales con objeto terapéutico que se detallan en el apartado 3.1.6.7 "Prótesis quirúrgicas" de las condiciones generales. **Quedan expresamente excluidos los medicamentos biológicos o biomateriales medicamentosos no detallados en el citado apartado 3.1.6.7 y las terapias del apartado 3.1.7. r "Coberturas excluidas"**

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

1. Hospitalización médica (sin intervención quirúrgica).

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

2. Hospitalización quirúrgica. Incluye las especialidades quirúrgicas para el tratamiento de las patologías que así lo requieran, el estudio preoperatorio o preanestésico (consulta, analítica y electrocardiograma),las visitas y curas del postoperatorio inmediato (hasta

dos meses después de la cirugía), la cirugía mayor ambulatoria y, en su caso, las prótesis.

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

4. Hospitalización pediátrica (para personas menores de 14 años). Incluye la asistencia del médico pediátra 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.

3.1.6.7 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 glicoxilada (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 glicoxilada 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 glicoxilada 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 bienal (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 y/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 cardiológica, analítica específica y preventiva de la ateromatosis (hemograma, ionograma, colesterol, triglicéridos, homocisteina, glucemia, uremia, 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 epilumuniscencia 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 y/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 un médico psiquiatra o pediatra de la "Red DKV de Servicios Sanitarios", practicadas por un psicólogo concertado y con la necesaria autorización de DKV Seguros.

Los asegurados pueden acceder a esta prestación en las patologías

susceptibles de intervención psicológica detalladas en este apartado, abonando el copago que se establezca para cada acto o sesión en la "Tabla de grupos de actos médicos y copagos" de las condiciones particulares y/o especiales de su póliza, **hasta un límite máximo de 20 sesiones por asegurado y año natural, excepto en los casos de terapia por trastornos de conducta alimentarios (anorexia/bulimia), acoso escolar, ciberacoso, estrés laboral y/o violencia de género o familiar, que tendrá un límite máximo anual de 40 sesiones.**

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

Planificación familiar. Incluye los siguientes servicios:

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

Prótesis quirúrgicas: queda incluida en la cobertura de la póliza la prescripción y colocación de las **prótesis articulares** (hombro, cadera, rodilla, tobillo y pie), **vasculares** (incluye coils, como agentes de embolización), **cardiacas** (válvulas cardiacas, by-pass vasculares, stent, sistemas oclusores septales, marcapasos temporales y definitivos, desfibrilador automático), **osiculares** (sustitutivas del 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 artródesis 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 materiales biológicos y/o biomateriales con objeto terapéutico que se detallan a continuación:**

> Selladores, colas o pegamentos biológicos: en la cirugía oncológica.
> Gel barrera antiadhesiva o antiadherente: en la cirugía columna y en reintervenciones quirúrgicas de las distintas especialidades.
> Drenajes transtimpánicos: en otitis aguda recurrente u otitis secretora o serosa (más de 3 meses 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 cuando se tramite su solicitud, con la preceptiva autorización previa de DKV Seguros, a través de la "Red DKV de Servicios Sanitarios" (medios propios) **excepto para las prótesis vasculares y cardiacas descritas 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 obligado 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 (V.I.H.): con un periodo de exclusión de 12 meses, cubre los gastos derivados del tratamiento del asegurado, **hasta un límite máximo total de 6.000 euros/asegurado durante la vigencia de la póliza y/o vida del asegurado, y con los límites y exclusiones que se establezcan a la prestación asistencial en los distintos apartados de las condiciones generales** (apartados 2 y 3) y que le sean aplicables.

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

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
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. 3.1.9.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.

b) Telepsicoterapia.

Estas teleterapias, y cualquier otra que se vaya añadiendo, se cubren en el módulo de Asistencia médica especializada sin hospitalización en las mismas indicaciones, y con los mismos límites y exclusiones de cobertura que las terapias presenciales homólogas, con las que computarán conjuntamente.

3.1.6.8 Coberturas exclusivas
El seguro "DKV Profesional", de asistencia médica completa, y con el módulo de especialistas, permite acceder a las garantías adicionales siguientes:

1. Estudio biomecánico de la marcha o pisada. 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 los niños 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.**

2. Programa de prevención y control del sobrepeso en niños menores de 14 años y tratamiento de la obesidad en niños y adultos, por parte de un especialista en nutrición.

Incluye las consultas de prevención y control del sobrepeso, cuando el índice de masa corporal (IMC) está entre 25-29,9, en los niños menores de 14 años, y el tratamiento de la obesidad cuando el índice de masa corporal (IMC) sea igual o superior a 30, **tanto en niños como en adultos, hasta un límite máximo anual de 20 consultas por asegurado.**

Estas coberturas exclusivas se incluyen con la modalidad, ámbito territorial, objeto, forma de acceso, limitaciones de cobertura y riesgos excluidos que se establecen en este apartado y/o en los artículos de las condiciones generales que delimitan la cobertura del seguro: apartado 2 "Conceptos básicos. Definiciones", apartados 3.1.2. y 3.1.3 "Modalidad y extensión del seguro", apartado 3.1.6 "Descripción de las coberturas", apartado 3.1.7 "Coberturas excluidas", apartado 3.1.8 "Periodos de carencia y exclusión" y apartado 3.1.9 " Prestaciones según el módulo o módulos de asistencia contratados".

Además la contratación del seguro "DKV Profesional" de asistencia médica completa, con los tres módulos de Asistencia Primaria, Especializada y Hospitalaria, incluye tres coberturas más de reembolso de gastos:

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

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.

1.1 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).

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

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

1.3 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.

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

1.5 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.

La cobertura máxima de DKV Seguros en las enfermedades graves detalladas anteriormente será del 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 2 "Conceptos básicos. Definiciones", apartado 3.1.1 "Objeto del seguro" y apartado 3.1.6 "Descripción de las coberturas" de las condiciones generales), con los periodos de carencia para determinados servicios, limitaciones y exclusiones de cobertura estipuladas en el condicionado general de la póliza (ver apartado 3.1.7 "Coberturas excluidas" y apartado 3.1.8 "Periodos de carencia").

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 diagnostico

médico definitivo que confirme el padecimiento de la misma.

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.

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.

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 3.1.5 "Cláusula de subrogación").

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.

DKV Seguros garantiza el reembolso del 100% del importe de las facturas abonadas por los servicios de asistencia familiar y/o atención a la

dependencia, **hasta un límite máximo de 12.000 euros durante la vigencia de la póliza y/o vida del asegurado, 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 apartados 3.1.7.a, 3.1.7.c, 3.1.7.d, 3.1.7.e "Coberturas excluidas").**

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

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

2.1 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, entre otras funciones.

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 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**

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

Se trata de un servicio individual y adaptado, atendido por trabajadores sociales, psicólogos y médicos las 24 horas 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.

2.4 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.

2.5 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 de 12.000 euros por asegurado, 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 este concepto, o el sublímite de 2.000 euros por servicios de asesoría o gestión de ayudas a la dependencia, durante la vigencia del seguro, a través de la modalidad de reembolso de gastos.

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 3.1.7.a, 3.1.7.c, 3.1.7.d y 3.1.7.e "Coberturas excluidas" de las condiciones generales) o excluidas específicamente de la cobertura de dependencia (apartado 3.1.6.8 "Coberturas exclusivas).
- 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 por el asegurado en divisas se abonará en España en euros, utilizando como tipo de cambio el vigente el día en que se realizó el 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.

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 apartado 3.1.6.8 de las condiciones generales.**
2. **El reembolso de los gastos por servicios de ayuda familiar y/o atención a la dependencia detallados en el apartado 3.1.6.8 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 3.1.7.c, 3.1.7.d, 3.1.7.e. de las condiciones generales).

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

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

d) Es consecuencia de accidentes que tengan su origen en actos de imprudencia temeraria o culpa grave,

tentativas de suicidio, y los derivados de participación en apuestas, competiciones, desafíos, peleas o agresiones.

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

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

3. **El reembolso de los gastos por servicios de ayuda familiar y/o atención a la dependencia, por haberse extinguido el derecho a la cobertura, al haber percibido el asegurado el capital máximo garantizado por este concepto durante la vigencia de la póliza, o en un seguro de asistencia médica completa de modalidad individual o colectiva en su caso, contratado con anterioridad.**

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 a través del proveedor incluido en la "Red de Servicios DKV Club Salud y Bienestar", el parto esté cubierto y el asegurado cuyas células 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 Profesional de Especialistas con Hospitalización".**

Además anualmente en cada renovación del contrato de seguro, DKV Seguros podrá modificar el proveedor de DKV 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.

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

3.1.7 Coberturas excluidas
Quedan excluidos de la cobertura general del seguro de salud:

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 estén científicamente contrastadas y/o no hayan sido ratificadas por las Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias, o se hayan quedado manifiestamente superadas por otras disponibles.

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

d) Las enfermedades o lesiones derivadas de la práctica profesional de cualquier deporte, de la participación en apuestas y competiciones y de la práctica, como aficionado o profesional, de actividades de alto riesgo como el toreo y encierro de reses bravas, de la práctica de deportes peligrosos, tales como el buceo, el bobsleigh, el boxeo, las artes marciales, la escalada, las carreras de vehículos a motor, rugby, quad, espeleología, parapente,

actividades aéreas no autorizadas para el transporte público de viajeros, actividades de navegación en aguas bravas y en cualesquiera otras circunstancias de riesgo, puenting, barranquismo, incluidos los entrenamientos y cualquier otra práctica manifiestamente peligrosa.

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

f) La cirugía estética y cualquier otro tratamiento, infiltración o actuación que tenga una finalidad estética y/o cosmética, a no ser que existiera un defecto funcional de la parte del cuerpo afectada (no son válidas las razones puramente psicológicas). La cirugía de cambio de sexo, y del lipoedema o lipedema, así como los tratamientos médicos asociados a ambas. Los tratamientos de varices con finalidad estética, las curas de adelgazamiento ambulatorias o en régimen de internamiento y los tratamientos dermoestéticos, en general, incluidos los tratamientos capilares. Queda también excluida la corrección quirúrgica de la miopía, astigmatismo, hipermetropía y presbicia, así como la ortoqueratología 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, acupuntura, naturopatía, homeopatía, fitoterapia, el quiromasaje, el drenaje linfático, la mesoterapia, la magnetoterapia, la gimnasia, la osteopatía, la hidroterapia, los partos alternativos (en el domicilio, acuáticos, etc.), la oxigenoterapia trifásica, la presoterapia, la ozonoterapia, la ortóptica, las modalidades de fototerapia y sus indicaciones no detalladas en el apartado 3.1.6.5, y otras prestaciones similares, así como las especialidades médicas o del ámbito sanitario no incluidas en el apartado 3.1.6 (Descripción de las coberturas) o no reconocidas oficialmente.

Además queda excluida la cirugía profiláctica de cualquier tipo de cáncer, los tratamientos médico-quirúrgicos con técnicas de radiofrecuencia excepto en la adenoamigdaloplastia, en la ablación cardiaca, en la cirugía de los cornetes nasales o turbinoplastia, y en la ablación de la patología rinosinusal.

h) Las estancias, asistencias y tratamientos en centros no hospitalarios tales como hoteles, balnearios, centros spa, asilos,

residencias, centros de reposo, de diagnóstico y similares, aunque sean prescritos por facultativos, así como los ingresos en centros dedicados a actividades relacionadas con el ocio, el descanso y los tratamientos dietéticos.

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

Queda excluida además la asistencia sanitaria en centros privados no concertados, y la prestada en hospitales, centros y otros establecimientos de titularidad pública integrados en el Sistema Nacional de Salud de España y/o dependientes de las comunidades autónomas, salvo en los supuestos identificados (ver aptdo. 3.1.4 Asistencia en medios ajenos a la "Red DKV de Servicios Sanitarios").

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

i) La alta tecnología médica diagnóstica y/o terapéutica, la litotricia, salvo lo detallado en el apartado 3.1.6.4 "Medios de diagnóstico" y/o 3.1.6.5 "Métodos terapéuticos" de estas condiciones generales. Además, quedan excluidos 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 veinte 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 3.1.6.5 "Métodos terapéuticos", apartado de "Radioterapia" de estas condiciones generales. Además, queda excluida la protonterapia, la neutronterapia, la radiocirugía con Cyberknife y los radiofármacos con isótopos radiactivos no autorizados por la EMA (agencia europea del medicamento) y/o no recomendados por la guía clínica NICE.

k) La medicina preventiva y los chequeos o reconocimientos médicos preventivos de carácter general, el coste de las vacunas y de los extractos en procesos alérgicos, salvo lo detallado en los programas de prevención específicos incluidos en el apartado 3.1.6.7 ("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 3.1.6 “Descripción de las coberturas” de estas condiciones generales.

Se excluyen además el corazón artificial, los implantes de columna, y los biomateriales y/o materiales biológicos, sintéticos y ortopédicos no detallados expresamente en el apartado 3.1.6.7, así como el uso de los descritos en 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, las curas de reposo o sueño, y todas las derivadas de similares prestaciones.

Se excluye además la psicoterapia de grupo o pareja, los test psicológicos y psicométricos, la rehabilitación psicosocial o neuropsicológica, la terapia educativa o cognitivo-conductual en los trastornos de la comunicación oral y escrita, y del desarrollo de diverso origen, salvo lo expresamente incluido en el apartado 3.1.6.7 (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 3.1.6.5 "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, 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 3.1.6.7 "Coberturas complementarias" de estas condiciones generales.

u) La cirugía robótica, 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 3.1.6.5), las terapias asistidas por robots, o mediante sistemas computerizados, y los tratamientos que usan el láser, que únicamente quedan cubiertos en las especialidades e indicaciones que se detallan en el apartado 3.1.6 "Descripción de las coberturas".

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

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

x) Los productos farmacéuticos, medicamentos y medios auxiliares de cura de cualquier clase, salvo los que consuma el asegurado durante su internamiento (un mínimo de 24 horas) en un centro hospitalario. En cualquier caso, quedan también expresamente excluidos, los medicamentos biológicos o biomateriales medicamentosos no detallados en el apartado 3.1.6.7 "Prótesis quirúrgicas" y las terapias del apartado 3.1.7. 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 "Citóstatico" del apartado 2 "Conceptos básicos. Definiciones". Se excluye expresamente de este concepto la inmunoterapia antitumoral, los anticuerpos monoclonales, las terapias celulares y/o genéticas, 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 y en lesiones crónicas del aparato locomotor.

Queda excluida la estimulación precoz, la terapia ocupacional, los tratamientos de rehabilitación para el daño cerebral adquirido en régimen de internamiento hospitalario o cualquier modalidad de rehabilitación que se realice en el domicilio (excepto en la indicación señalada en el apartado 3.1.6.5 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), así como cualquier otra técnica genética y/o de biología molecular que se solicite con fin pronóstico o diagnostico si éste se puede obtener por otros medios, o no tiene repercusión terapéutica.

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

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

1. Las intervenciones quirúrgicas y la hospitalización, incluyendo las prótesis quirúrgicas, por cualquier motivo y naturaleza, que tendrán un periodo de **carencia de seis meses,** salvo en los casos de urgencia o accidente.

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 asistencia de cualquier tipo de parto (excepto parto prematuro) **o cesárea,** cuyo periodo de **carencia será de ocho meses.**

3. Los trasplantes tendrán un periodo de **carencia de doce meses.**

4. La asistencia sanitaria por infección del VIH/SIDA tiene un periodo de exclusión de doce meses (ver definición de "periodo de exclusión" en apartado 2 Conceptos básicos. Definiciones).

5. La cirugía podológica y el estudio biomecánico de la marcha o pisada, que tienen un periodo de carencia de 6 meses.

3.1.9 Las prestaciones según el módulo o módulos de asistencia contratados
Las prestaciones sanitarias detalladas en el apartado 3.1.6 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 Profesional” 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.

3.1.9.1 Asistencia médica primaria
Cubre las consultas presenciales y 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.

3.1.9.2 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 3.1.6.3, 3.1.6.4 y 3.1.6.5 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 3.1.6.7 (incluida la preparación al parto).

> La psicoterapia presencial y la telepsicoterapia virtual.

> 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 3.1.6.3 (rehabilitación traumatológica, neurológica, cardiológica, respiratoria y del suelo pélvico), así como la telefisioterapia para la recuperación de lesiones músculo esqueléticas del aparato locomotor.

> Cirugía menor de los Grupos 0 y I de la Organización Médica Colegial (OMC), 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 Profesional”, 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.

3.1.9.3 Asistencia médica hospitalaria
Comprende las prestaciones descritas en el apartado 3.1.6.6, derivadas de todas las especialidades de intervención quirúrgica y hospitalización médica, con el estudio preoperatorio o preanestésico (consulta, analítica y electrocardiograma), las visitas y curas del postoperatorio inmediato (hasta dos meses después de la cirugía), la medicación durante el periodo de internamiento y la cirugía mayor ambulatoria, y, en su caso, las prótesis.

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

Además, se incluyen específicamente en esta modalidad:

> Los tratamientos oncológicos: radioterapia, braquiterapia 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 3.1.6.5. "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 de la Organización Médica Colegial (OMC), 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.

> La cirugía artroscópica, la cirugía digestiva endoscópica avanzada (mucosectomía y disección endoscópica submucosa) y la nefrectomía parcial robótica por carcinoma renal.

> La cirugía de cornetes o turbinoplastia, la adenoamigdaloplastia y la ablación de la patología rinosinusal por radiofrecuencia.

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

- El láser holmio endourológico y el láser verde (KTP y HPS) de diodo, holmio o tulio para el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata.
- La nucleotomía percutánea y la quimionucleosis.
- La alta tecnología terapéutica **(ver detalle de los tratamientos cubiertos, en el apartado 3.1.6.5 Métodos terapéuticos).**
- Las prótesis quirúrgicas.
- La indemnización diaria por hospitalización.

Exclusiones: la asistencia médica extrahospitalaria, 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.

3.1.9.4 Asistencia médica extrahospitalaria: 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 extrahospitalaria, las urgencias sin internamiento de estas especialidades y la asistencia en viaje.

Además, queda incluida 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).

3.1.9.5 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.

La contratación individual de esta modalidad permite el acceso a la cobertura adicional siguiente:

Reembolso de los gastos de mantenimiento anual en banco de células madre de cordón umbilical, durante los seis primeros años, y servicio franquiciado de extracción del cordón umbilical y su criopreservación.

3.1.9.6 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.

3.1.9.7 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 3.1.6.8 "Coberturas exclusivas")**, excepto para la extracción y preservación del cordón umbilical que solo será necesario haber suscrito dos módulos, el de Especialistas con el de Hospitalización.

3.1.10 Riesgos sanitarios especiales a la contratación del seguro de salud
El tomador del seguro podrá acordar con DKV Seguros la cobertura de riesgos excluidos en estas condiciones generales o que no se hallen expresamente contemplados en ellas.

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

3.2 Seguro de prestación por incapacidad temporal u hospitalización

3.2.1 Objeto del seguro
Este seguro garantiza el cobro de una prestación económica diaria, conforme a los riesgos cubiertos por la póliza. Las coberturas contratadas son aplicables a siniestros acontecidos en todo el mundo, siempre que el domicilio habitual del asegurado se encuentre efectivamente en España.

La cobertura de incapacidad temporal diaria se aplica únicamente cuando el asegurado se encuentra en territorio nacional.

La cobertura de incapacidad temporal baremada precisará la confirmación de un médico con ejercicio en España.

La cobertura de hospitalización está limitada al territorio de la Unión Europea, Estados Unidos de América y Canadá.

3.2.2 Incapacidad temporal
Si se contrata la cobertura de incapacidad temporal, ésta deberá quedar reflejada en las condiciones

particulares, indicando cuáles de las seis garantías de esta cobertura se han contratado.

Garantía I. Incapacidad temporal diaria. Primer periodo

Durante un plazo de treinta días, DKV Seguros garantiza al asegurado el pago de la renta diaria determinada en las condiciones particulares de la póliza, cuando se encuentre en situación de incapacidad temporal.

Se tendrá derecho a esta prestación desde el día siguiente a aquél en el que finalice el periodo de franquicia. Si no existiera período de franquicia, el derecho se devengará desde el día de comienzo de la baja.

Por cada recién nacido, con un período de gestación mínimo de seis meses, cuya madre lleve asegurada en todas y cada una de las garantías I, II y III más de ocho meses, DKV Seguros abonará adicionalmente, como única prestación económica, la equivalente a veinte veces la cantidad diaria garantizada para los casos de incapacidad temporal en el primer periodo.

Idéntica prestación y condiciones se aplicarán a las madres aseguradas en el caso de adopción, siempre que los trámites de la adopción se hubieran iniciado después de los ocho primeros meses de vigencia de la póliza.

Garantía II. Incapacidad temporal diaria. Segundo periodo

En caso de que prosiguiera la situación de incapacidad temporal, por esta garantía DKV Seguros abonará al asegurado, desde el día 31 hasta el día 90, la correspondiente renta diaria determinada en las condiciones particulares de la póliza, mientras el asegurado se encuentre en situación de incapacidad temporal total.

Garantía III. Incapacidad temporal diaria. Tercer periodo

En caso de proseguir la situación de incapacidad temporal, por esta garantía DKV Seguros abonará al asegurado, desde el día 91 hasta el día 365, la correspondiente renta diaria determinada en las condiciones particulares de la póliza, mientras el asegurado se encuentre en situación de incapacidad temporal total.

Garantía IV. Incapacidad temporal diaria. Cuarto periodo

En caso de proseguir la situación de incapacidad temporal, por esta garantía DKV Seguros abonará al asegurado, desde el día 366 hasta el día 547, la correspondiente renta diaria determinada en las condiciones particulares de la póliza, mientras el asegurado se encuentre en situación de incapacidad temporal total.

Garantía V. Incapacidad temporal diaria. Quinto periodo

En caso de proseguir la situación de incapacidad temporal, por esta garantía DKV Seguros abonará al asegurado, desde el día 548 hasta el día 730, la correspondiente renta diaria determinada en las condiciones particulares de la póliza, mientras el asegurado se encuentre en situación de incapacidad temporal total.

Personas asegurables para las garantías de incapacidad temporal diaria

En la fecha de contratación de esta póliza, podrán ser objeto de seguro las personas cuya edad esté comprendida entre 16 y 64 años, ambos incluidos, y que desarrollen una relación laboral o actividad profesional remunerada y que no estén en situación de desempleo, paro laboral, incapacidad temporal o permanente, baja maternal, excedencia u otro motivo de inactividad laboral o similar.

Normas de aplicación de la incapacidad temporal diaria.

Delimitación de la cobertura

a) Se tendrá derecho a la prestación por cada día en que el asegurado esté en situación de total incapacidad temporal.

Además, el asegurado deberá requerir y recibir asistencia médica adecuada al proceso por el que se vea afectado.

b) El día de alta se considerará no indemnizable a todos los efectos y por lo tanto no se percibirá prestación.

c) Si el periodo de incapacidad temporal se prolonga debido al plazo de espera existente en los servicios médicos que atiendan al asegurado para la realización de una prueba diagnóstica especial, DKV Seguros podrá proponer, o el propio asegurado podrá solicitar autorización, para que dicha prueba sea realizada en un centro designado por DKV Seguros.

A tal efecto tienen la consideración pruebas diagnósticas especiales:

> Ecografía en traumatología muscular o articular.
> Electromiograma.
> Radiología simple.
> Escáner/T.A.C.
> Resonancia magnética nuclear.

El coste de dicha prueba será asumido por DKV Seguros cuando la prueba prescrita por el médico que atiende al asegurado tenga pendiente en el momento de su autorización, un periodo de espera para su realización superior a treinta días.

Cuando el asegurado rehúse la realización de la prueba según lo estipulado en este punto c), cesará el devengo de la prestación a los treinta días de la propuesta de DKV Seguros.

El periodo de baja sólo podrá reanudarse cuando los informes médicos realizados con posterioridad a

la realización de la prueba diagnóstica justifiquen la inactividad laboral.

d) En consecuencia, el derecho al cobro de la renta diaria cesará:

> En el momento en que el asegurado esté en condiciones de reanudar, o de hecho reanude, su actividad laboral aunque sea de manera parcial y a pesar de no haber alcanzado su total curación (la incapacidad ya no será total).

> Cuando el estado del asegurado pase a ser de invalidez o incapacidad permanente para el ejercicio de su profesión, o solicite un reconocimiento de dicho estado, o perciba una pensión o indemnización por dicha causa, o su estado de salud sea irreversible determinado de forma objetiva según criterios médicos e independientemente de resoluciones administrativas (la incapacidad ya no será temporal).

> Cuando se produzcan las circunstancias descritas en el apartado c) anterior.

> Cuando el asegurado pase a la situación de jubilación o desempleo o situación asimilada al mismo (ya no habrá objeto de seguro).

> Cuando, durante el periodo de baja, el asegurado se ausente del domicilio declarado en la póliza por un tiempo superior a 72 horas, sin haberlo comunicado previamente a DKV Seguros y sin que ésta haya dado su consentimiento (DKV Seguros no podrá realizar la comprobación del siniestro).

e) En el supuesto de que el asegurado sufriera nuevas bajas de incapacidad temporal por la misma causa o por causas médicas directamente relacionadas con la anterior, los nuevos periodos de incapacidad temporal se consideran, a todos los efectos, continuación del inicial, siempre que la póliza continúe en vigor.

A los efectos de prestación, la suma de todos los periodos no podrá superar los límites máximos establecidos en las condiciones particulares. En ningún caso los periodos devengados por una misma patología o por las relacionadas con ella podrán superar, a lo largo de la vigencia de la póliza, los límites de cobertura establecidos en las condiciones particulares.

f) Si el asegurado padeciera varias dolencias al mismo tiempo o si sobreviniera una nueva a la inicialmente declarada, las prestaciones no podrán acumularse. Empezará a contar un nuevo plazo desde la fecha en que haya tenido lugar el comienzo de la última dolencia. No tendrá derecho a prestación por ésta hasta el momento en que se encuentre de alta por la primera.

g) En el caso de siniestros cubiertos por pólizas que hayan contratado tanto garantías de incapacidad

temporal diaria como de incapacidad temporal baremada, la prestación por cada una de ellas no será acumulable durante los días de incapacidad temporal en que los plazos cubiertos por ambas coincidan. La garantía de incapacidad temporal diaria solo comenzará a devengar prestación a partir del día en que finalice el periodo cubierto por la garantía de incapacidad temporal baremada.

Normas para la tramitación de un siniestro. Procedimiento de resolución de discrepancias

a) A los efectos de la percepción de la prestación por incapacidad temporal diaria, deberá entregarse a DKV Seguros el documento denominado declaración de siniestro, con todas sus secciones cumplimentadas, así como el parte de baja firmado por el médico que asista al paciente en el que conste:

> La identificación del médico.

> La identidad, domicilio, edad y profesión o actividad del asegurado.

> La patología actual causante de la incapacidad temporal.

> Las causas, antecedentes y fecha probable de inicio de la enfermedad u ocurrencia del accidente.

> La fecha de inicio de la incapacidad y el pronóstico de duración de la misma.

DKV Seguros podrá exigir la presentación de una copia del parte de baja oficial emitido por el organismo público competente, si bien éste no será vinculante para la entidad.

Así mismo, cuando se produzca el alta médica laboral, deberá facilitarse el documento acreditativo a DKV Seguros.

b) La prestación correspondiente se podrá percibir desde el día de la baja, siempre que DKV Seguros reciba de manera probada la declaración mencionada en el apartado anterior, dentro de los siete días siguientes a la ocurrencia del siniestro. Si DKV Seguros recibiera dicha declaración con posterioridad a los citados siete días, la prestación se devengaría desde el día de la recepción.

c) A los efectos de la percepción de la prestación por cada recién nacido o adopción, deberá presentarse la oportuna acreditación mediante el informe de alta hospitalaria, certificado de inscripción en el Registro Civil o presentación del Libro de Familia.

d) Previamente al pago de la prestación, deberá quedar acreditado el motivo de la baja laboral y DKV Seguros podrá efectuar las visitas que considere necesarias para comprobar el estado y patología del asegurado quien deberá facilitar cualquier informe médico relacionado con el motivo de la baja a los servicios médicos de DKV Seguros. En caso de reticencia u oposición por parte del

asegurado, DKV Seguros quedará liberado del pago de la prestación.

e) Si por cualquier medio, DKV Seguros comprobase que el asegurado estuviera prolongando de manera engañosa la duración de la incapacidad temporal o negando injustificadamente la posibilidad de dedicarse a su profesión de forma total o parcial, o si se comprobase que el asegurado padeciera una patología diferente a la que motivó el siniestro, DKV Seguros podrá dar por concluida la incapacidad temporal a efectos de percepción de la prestación y lo comunicará por escrito al asegurado.

Cuando el tomador, el asegurado o el beneficiario no estuviesen conformes con esta decisión, deberán manifestarlo por escrito al asegurador, dentro de los siete días siguientes como máximo, fundamentando su opinión en contrario.

En este caso, el médico del asegurado y el de DKV Seguros tratarán de resolver la discrepancia directamente.

En caso de no llegar a un acuerdo, las partes nombrarán un tercero y, subsidiariamente, lo hará el juez de Primera Instancia competente.

Este mismo procedimiento se aplicará a cualquier otra discrepancia sobre cuestiones médicas que pueda producirse.

Los tres facultativos decidirán juntos y por mayoría de votos. Cada parte deberá pagar los honorarios de su médico perito y los del tercero, a medias.

Los médicos deberán tomar su decisión en el plazo de los noventa días siguientes a la fecha de nombramiento del tercer médico perito y, durante dicho tiempo, las partes no podrán acudir a la vía judicial correspondiente para la liquidación de las indemnizaciones en litigio.

Garantía VI. Incapacidad temporal baremada

Si se contrata la garantía de incapacidad temporal baremada, de acuerdo con las coberturas de este seguro, ésta deberá quedar reflejada en las condiciones particulares de la póliza.

DKV Seguros garantiza al asegurado el pago de una prestación económica única resultante de multiplicar el capital diario asegurado para esta garantía, indicado en las condiciones particulares, por el número de días reflejados en el baremo descontados, en caso de que correspondan, los días de franquicia contratados. Esta prestación se aplicará siempre en función del tipo de enfermedad o lesión padecida por el asegurado y siempre que le cause una incapacidad laboral total y transitoria conforme a lo estipulado en estas condiciones generales.

Por cada recién nacido, con un período de gestación mínimo de seis meses, cuya madre lleve asegurada en esta garantía más de ocho meses, DKV Seguros abonará, como única prestación económica, la prevista para el caso de parto en el apartado 'Embarazo y Parto' del Baremo.

Idéntica prestación y condiciones se aplicarán a las madres aseguradas, en el caso de adopción, siempre que los trámites de la adopción se hubieran iniciado después de los ocho primeros meses de vigencia de la póliza.

Personas asegurables para las garantías de incapacidad temporal baremada

En la fecha de contratación de esta póliza, podrán ser objeto de seguro las personas cuya edad esté comprendida entre 16 y 64 años, ambos incluídos, y que desarrollen una relación laboral o actividad profesional remunerada y que no estén en situación legal o material de desempleo o similar a la misma.

Normas de aplicación de la incapacidad temporal baremada.

Delimitación de la cobertura

a) Se tendrá derecho a la prestación cuando el asegurado se encuentre en situación de incapacidad temporal total y deba requerir y recibir asistencia médica adecuada al proceso por el que se vea afectado.

b) Si el asegurado padeciera varias dolencias al mismo tiempo o si sobreviniera una nueva a la inicialmente declarada, las prestaciones solo serán acumulables hasta un máximo del 130% de la que tenga asignado un mayor número de días en el baremo, una vez aplicada la franquicia.

c) En ningún caso la prestación diaria superará 365 días en cada anualidad de la póliza.

d) Las enfermedades o lesiones de igual o similar causa que tengan asociado en el baremo un número de días de 15 o menos, sólo podrán ser objeto de prestación tres veces durante un periodo de 365 días.

e) En el caso de que el asegurado sufriera nuevas bajas de incapacidad temporal por la misma causa o por causas médicas directamente relacionadas con la anterior, solo procederá la prestación del segundo o sucesivos periodos cuando entre la fecha de baja de uno de ellos y la del periodo anterior haya transcurrido al menos el doble de los días cubiertos por el periodo precedente; con un mínimo de 90 días.

f) En el caso de siniestros cubiertos por pólizas que tengan contratadas conjuntamente las garantías de incapacidad temporal diaria e incapacidad temporal baremada, la prestación por cada una de ellas no será acumulable para los días

de incapacidad temporal en que los plazos cubiertos por ambas coincidan. La garantía de incapacidad temporal diaria solo comenzará a devengar prestación a partir del día en que finalice el periodo cubierto por la garantía de incapacidad temporal baremada.

Las enfermedades o lesiones no relacionadas en el baremo, siempre que estén cubiertas y no se encuentren entre los riesgos excluidos de cobertura del seguro, serán objeto de prestación por analogía o semejanza con las descritas, según criterio médico.

Normas para la tramitación de un siniestro. Procedimiento de resolución de discrepancias

a) A los efectos de la percepción de la prestación económica, deberá entregarse a DKV Seguros el documento denominado declaración de siniestro con todas sus secciones cumplimentadas, así como el parte de baja firmado por el médico que asista al paciente en el que conste:

> La identificación del médico.

> La identidad, domicilio, edad y profesión o actividad del asegurado.

> La patología actual causante de la incapacidad temporal.

> Las causas, antecedentes y fecha probable de inicio de la enfermedad u ocurrencia del accidente.

> La fecha de inicio de la incapacidad y el pronóstico de duración de la misma.

DKV Seguros podrá exigir la presentación de una copia del parte de baja oficial emitido por el organismo público competente, si bien éste no será vinculante para la entidad.

Así mismo, cuando se produzca el alta médica laboral deberá facilitarse el documento acreditativo a DKV Seguros.

b) La prestación correspondiente se devengará desde el día de la baja, siempre que DKV Seguros reciba de manera probada la declaración mencionada en el apartado anterior, dentro de los siete días siguientes a la ocurrencia del siniestro. Si DKV Seguros recibiera dicha declaración con posterioridad a los citados siete días, la prestación se vería reducida en la cantidad correspondiente a siete días.

c) Antes del pago de la prestación, deberá quedar acreditado el motivo de la baja laboral y DKV Seguros podrá efectuar las visitas que considere necesarias para comprobar el estado y patología del asegurado, quien deberá facilitar cualquier informe médico relacionado con el motivo de la baja a los servicios médicos de DKV Seguros. En caso de reticencia u oposición por parte del asegurado, DKV Seguros quedará liberado del pago de la prestación económica.

d) Si por cualquier medio, DKV Seguros comprobase que el asegurado

padeciera una patología diferente a la que motivó el siniestro, DKV Seguros podrá decidir la inexistencia del derecho a percibir la prestación económica y lo comunicará por escrito al asegurado.

Cuando el tomador, el asegurado o el beneficiario no estuviesen conformes con esta decisión, deberán manifestarlo por escrito al asegurador, dentro de los siete días siguientes como máximo, fundamentando su opinión en contrario.

En este caso, el médico del asegurado y el de DKV Seguros tratarán de resolver la discrepancia directamente.

En caso de no llegar a un acuerdo, las partes nombrarán un tercero y, subsidiariamente, lo hará el juez de primera instancia competente.

Este mismo procedimiento se aplicará a cualquier otra discrepancia sobre cuestiones médicas que pueda producirse.

Los tres facultativos decidirán juntos y por mayoría de votos. Cada parte deberá pagar los honorarios de su médico perito y los del tercero, a medias.

Los médicos deberán tomar su decisión en el plazo de los noventa días siguientes a la fecha de nombramiento del tercer médico perito y, durante dicho tiempo, las partes no podrán acudir a la vía judicial correspondiente para la liquidación de las indemnizaciones en litigio.

Baremo incapacidad temporal baremada

Denominación principal	Días
Cardiocirculatorio	
Accidente cerebrovascular (trombosis, embolia, infarto...) (A.C.V.)	60
Accidente isquémico cerebrovascular transitoria (A.I.T.)	20
Aneurisma aórtico. Tratamiento quirúrgico	40
Aneurisma coronario. Arteriosclerosis coronaria	30
Angina de pecho, angor pectoris, síndrome anginoso	20
Arritmias cardiacas, bloqueos, taquicardia paroxística	20
Embolia o trombosis arterial	60
Embolia pulmonar, corazón pulmonar agudo	50
Enfermedad cardiopulmonar crónica	30
Enfermedad renal hipertensiva	30
Enfermedad reumática del corazón (valvulopatía, endocarditis...)	50
Enfermedades de la sangre (hemofilia, anemias, CID, púrpuras...) o bazo (quiste, fibrosis...)	14
Fiebre reumática. Artritis reumática	20
Flebitis y tromboflebitis	20
Hemiplejia, paraplejia o tetraplejia por ACV	60
Hemorragia extradural o subdural (no traumática)	10
Hemorragia intracerebral (no traumática)	60
Hemorroides. Crisis sin cirugía	3
Hemorroides. Tratamiento quirúrgico	15
Hipertensión arterial primaria o esencial	5
Infarto agudo de miocardio. Insuficiencia coronaria aguda	100
Insuficiencia cardiaca congestiva, edema agudo de pulmón, asma cardiaca	40
Linfangitis, linfedema	10
Miocardiopatía, endocarditis; valvulopatía... no reumáticas	50
Pericarditis aguda, derrame pericárdico	30
Síntoma cardiovascular aislado (palpitaciones, taquicardia, soplo funcional...)	3
Trombosis de la vena porta	30
Varices o venas varicosas de la pierna. Tratamiento quirúrgico	15
Varicocele, varices esofágicas. Tratamiento quirúrgico	20
Dermatología	
Absceso linfático, adenopatía sin especificar, adenitis	15
Abscesos de los dedos, panadizo, infección ungueal	20
Candidiasis, muguet	3
Celulitis o absceso en la piel (no de los dedos)	20
Enfermedades de las uñas	7
Forúnculo	3
Micosis dérmicas, tiñas	7
Nódulos subcutáneos, edema localizado	3
Pie de atleta, onicomicosis...	7

Psoriasis y trastornos afines	20
Queratosis e hiperqueratosis, cicatriz queloidea, esclerodermia...	15
Quiste sebáceo, acné	7
Quiste, fístula o seno, pilonidal o coxígeo	20
Urticaria	7
Verrugas víricas. Tratamiento quirúrgico	3
Digestivo	
Absceso en región anal y rectal	20
Absceso hepático no amebiano. Coma hepático	30
Acalasia, esofagitis, úlcera esofágica...	20
Apendicitis aguda. Tratamiento quirúrgico	15
Cirrosis, hepatitis crónica	30
Colangitis	7
Colecistitis	20
Cólico abdominal	3
Cólico hepatobiliar. Colelitiasis	10
Colitis idiopática. Megacolon tóxico	15
Colon irritable. Megacolon (no tóxico)	20
Divertículo intestinal (no Meckel). Tratamiento quirúrgico	20
Enfermedades de las glándulas salivares	20
Enfermedades de los maxilares	20
Enteritis regional, enfermedad de Crohn. Colitis ulcerosa	40
Estenosis pilórica	25
Estomatitis, quiste bucal, absceso bucal...	10
Fisura o fístula anal. Tratamiento quirúrgico	20
Gastritis aguda	4
Gastroenteritis (por Salmonella)	4
Gastroenteritis no infecciosa, colitis no infecciosa	2
Hemorragia gastrointestinal (sin úlcera gastrointestinal)	10
Hepatitis B, C, D	70
Hepatitis no especificada	25
Hepatitis vírica A	30
Hernia abdominal (no inguinal) no gangrenada, sin obstrucción. Tratamiento quirúrgico	30
Hernia inguinal. Tratamiento quirúrgico	20
Hipertensión portal. Flebitis de la vena porta	30
Infección intestinal mal definida	3
Obstrucción o invaginación intestinal, Ileo paralítico	20
Pancreatitis aguda	30
Patología dentaria, gingivitis, absceso, quiste, maloclusión...	3
Peritonitis	30
Pólipos de ano y recto. Resección endoscópica	2
Prolapso rectal, pólipos de ano y recto. Cirugía no ambulatoria	20
Quiste hidatídico, equinococosis, hidatidosis	20

Síntoma digestivo aislado (náuseas, vómitos, pirosis...)	3
Teniasis, cisticercosis	20
Triquinosis	20
Úlcera gástrica, duodenal, yeyunal...	25
Embarazo y parto	
Muerte intrauterina (más de 7 meses de gestación)	20
Parto en condiciones normales	20
Parto por cesárea, fórceps o ventosa	20
Parto complicado (cordón, desgarros, infección...)	20
Endocrinología	
Bocio, nódulo tiroideo, hipotiroidismo, hipertiroidismo, Graves-Basedow	30
Coma hipoglucémico o insulínico	21
Diabetes Mellitus complicada (coma, catarata, nefropatía,retinopatía, neuropatía...)	21
Disfunción ovárica	3
Enfermedades de origen nutricional	10
Enfermedades del timo (hiperplasia, hipertrofia, absceso...)	21
Gota (artropatía, nefropatía, tofos...)	7
Otros trastornos de tiroides (quiste, hemorragia,tirocalcitonina...)	21
Ovario poliquístico. Tratamiento quirúrgico	15
Tiroidectomía	30
Tiroiditis	21
Trastorno de las suprarrenales (Conn, Cushing, Addison...)	21
Trastornos de la hipófisis, acromegalia, enanismo, diabetes insípida, panhipopituitarismo	21
Trastornos del paratiroides, hipoparatiroidismo, hiperparatiroidismo	14
Ginecología	
Anexitis, salpingitis, ooforitis, parametritis (no gestacional)	15
Cervicitis, vaginitis, vulvovaginitis, bartholinitis...	10
Dismenorrea, síndrome premenstrual	3
Displasia mamaria benigna, quiste solitario de mama	7
Displasia, leucoplasia o pólipo de cuello uterino	10
Displasia, leucoplasia o pólipo de vagina	7
Endometriosis	5
Enfermedad inflamatoria pelviana, endometritis...(no gestacionales)	15
Mastitis o mastopatía inflamatoria difusa (no gestacional)	7
Metrorragias	10
Pólipo de útero sin especificar	20
Prolapso genital (no gestacional)	15
Quiste ovárico. Tratamiento quirúrgico o laparoscópico	3
Infeccioso	
Amebiasis, disentería amebiana...	7
Botulismo	40
Brucelosis, fiebre de Malta	40

Condiloma acuminado	7
Difteria	20
Enfermedades infecciosas tropicales	40
Erisipela	7
Eritema infeccioso (5ª enfermedad). Roséola infantil (6ª enfermedad)	20
Escarlatina, angina, amigdalitis, laringits y traqueítis estreptocócicas	7
Fiebre Q, ricketsiosis	21
Fiebre 'recurrente' (no síntoma)	7
Fiebre tifoidea o paratifoides	40
Gangrena gaseosa, lipodistrofia intestinal	50
Herpes simple, genital, eczema herpético	7
Herpes zoster o zona con afectación neurológica	7
Infección meningococica (carditis, meningitis...)	20
Mononucleosis infecciosa, enfermedad de Pfeiffer	14
Parotiditis, fiebre urliana	4
Rubeola	20
Sarampión	20
Septicemia con ingreso hospitalario	40
Tétanos	90
Tosferina	14
Toxoplasmosis adquirida	20
Tuberculosis miliar, diseminada o generalizada	100
Varicela	7
Neurología	
Absceso intracraneal, intrarraquídeo, subdural, extradural...	90
Distrofia muscular y otras miopatías	20
Encefalitis viral	30
Encefalitis, mielitis, poliomielitis...	90
Enfermedades desmielinizantes del SNC, esclerosis múltiple o en placas, siringomielia	30
Epilepsia (todas formas)	30
Flebitis y tromboflebitis intracraneal	14
Infección del SNC por virus lento	30
Jaqueca, migraña o hemicránea	3
Lesión del nervio mediano, cubital o radial. Síndrome del túnel carpiano	30
Meningitis bacteriana, meningoencefalitis bacteriana	50
Meningitis viral, micótica...	30
Meningitis vírica sin especificar	30
Mono o polineuropatías, miastenia Gravis, síndrome de Guillain -Barré	30
Neuralgia del trigémino	20
Parálisis facial	20
Parkinson, corea, ataxia	90
Síntoma neurológico o muscular aislado (espasmos, temblor, ataxia, parálisis transit...)	5
Trastorno de raíces y plexos nerviosos	20

Tuberculosis del SNC y meninges	100
Oftalmología	
Alteraciones de la coroides, coriorretinitis	20
Cirugía de cataratas	10
Cirugía de la míopía, hipermetropía y presbicia	3
Conjuntivitis	3
Desprendimiento de retina	60
Glaucoma (no congénito)	40
Iritis, ciclitis, iridociclitis, uveítis anterior...	30
Patología de los párpados, blefaritis, chalazión, orzuelo	2
Patología del ap. lagrimal, dacriadenitis, epífora, dacrocistitis...	2
Pérdida total de la visión de un ojo	60
Pterigión	3
Queratitis, queratoconjuntivitis, úlcera corneal...	4
Retinopatía (diabética, proliferativa...)	21
Oncología	
Cáncer o carcinomatosis generalizado o peritoneal	120
Carcinoma in situ de aparato genitourinario	15
Carcinoma in situ de aparato respiratorio	60
Carcinoma in situ de la mama (no piel)	150
Carcinoma in situ de la piel	30
Carcinoma in situ de órganos digestivos	150
Carcinoma in situ de otros sitios	15
Divertículo de Meckel	150
Enfermedad de Hodgkin. Linfoma de Hodgkin	150
Feocromocitoma	60
Hemangioma, linfangioma, angioma, glomus, de cualquier sitio	7
Leiomioma, fibroma, mioma, o fibromioma uterino	30
Leucemia	150
Linfoma (no Hodking)	150
Linfosarcoma y reticulosarcoma	90
Lipoma, angiolipoma, fibrolipoma, mixolipoma	7
Melanoma de la piel, melanocarcinoma	80
Mieloma múltiple y neoplasias inmunoproliferativas	120
Osteosarcoma, condrosarcoma, sarcoma de Ewing	90
Policitemia Vera, síndromes mieloproliferativos	21
Pólipo de cuerdas vocales	15
Sarcoma de Kaposi	120
Sarcomatosis, fibrosarcoma, sarcoma no especificado	60
Síndrome de Zollinger-Ellison	30
Tumor benigno de cerebro y otras partes sistema nervioso	120
Tumor benigno de esófago, estómago o intestino	15
Tumor benigno de hígado, páncreas o bazo	15

Tumor benigno de huesos o cartílagos articulares	15
Tumor benigno de la piel, nevus azul, nevus pigmentado	7
Tumor benigno de labio, boca o faringe. Tratamiento quirúrgico	15
Tumor benigno de mama (no quiste, ni en piel)	15
Tumor benigno de órganos genitales masculinos	15
Tumor benigno de órganos respiratorios o intratorácicos	15
Tumor benigno de otras glándulas endocrinas (suprarrenal, paratiroides, hipófisis...)	30
Tumor benigno de otros sitios, sitios no especificados o ganglios linfáticos	30
Tumor benigno de ovario	15
Tumor benigno de riñón y otros órganos urinarios	15
Tumor benigno de tiroides. Adenoma tiroideo	30
Tumor maligno de cerebro	150
Tumor maligno de digestivo/peritoneo sin especificar sitio	150
Tumor maligno de estómago	150
Tumor maligno de fosas nasales oído medio y senos accesorio	150
Tumor maligno de hígado, hepatoblastoma, carcinoma hepatocelular	150
Tumor maligno de intestino delgado o cólon	150
Tumor maligno de la mama de la mujer	120
Tumor maligno de la vejiga	120
Tumor maligno de labio, cavidad bucal, faringe y esófago	100
Tumor maligno de laringe o cuerdas vocales	180
Tumor maligno de órganos genitales femeninos	120
Tumor maligno de otras localizaciones o no especificada	60
Tumor maligno de páncreas, gastrinoma	180
Tumor maligno de próstata	120
Tumor maligno de recto, unión rectosigmoidal o ano	150
Tumor maligno de riñón	120
Tumor maligno de testículos	120
Tumor maligno de tiroides	60
Tumor maligno de tráquea bronquios, pulmón o pleura	120
Tumor maligno de via biliar y conducto biliar extrahepáticos	150
Osteomuscular	
Artritis o artropatía (infecciosa...)	20
Artropatía traumática	20
Atritis reumatoide (excepto columna), poliartritis inflamatoria	30
Bursitis, quiste sinovial, ganglión	30
Cervicalgia no traumática, sin pruebas clínicas objetivas	10
Cervicalgia no traumática, con pruebas clínicas objetivas	20
Cirugía de rodilla (menisco, ligamentos, cuerpos flotantes, condromalacia rotuliana)	30
Cirugía articulación no de rodilla: luxación recurrente, anquilosis	30
Cirugía de deformidades adquiridas (dedo en resorte, en martillo, hallux valgus...). Cirugía	30
Enfermedad de Paget; Osteítis deformante	30
Epicondilitis	30

Espolón calcáneo u óseo	30
Espondilitis anquilosante, artritis reumatoide vertebral	60
Espondilosis, artrosis vertebral, anquilosis, hiperostosis vertebral	60
Fascitis plantar, enfermedad de Dupuytren	10
Hernia discal. Trat. con artrodesis	100
Hernia discal. Tratamiento con laminectomía	60
Hernia discal. Tratamiento con quimionucleosis o nucleotomía percutánea	40
Hernia discal. Tratamiento médico	10
Hernia discal. Tratamiento ortopédico	20
Hidrartrosis o derrame articular	30
Lumbago, lumbalgia o ciática, de origen no traumático, sin pruebas clínicas objetivas	10
Lumbago, lumbalgia o ciática, de origen no traumático, con pruebas clínicas objetivas	20
Lupus eritematoso diseminado, polimiositis idiopática	20
Miositis, paniculitis	20
Osteoartrosis bilateral (no vertebral)	30
Osteocondropatías, osteocondrosis, osteocondritis	60
Osteomielitis, periostitis	60
Osteoporosis, quiste óseo	40
Periartritis escapulohumeral	30
Polimialgia reumática	60
Tendinitis periférica	10
Otorrino	
Cirugía del oído medio e interno	30
Mastoiditis y enfermedades conexas	20
Otitis aguda o crónica	4
Perforación del tímpano, timpanitis	14
Vértigo (sólo síntoma), sin especificar (no Meniere)	4
Vértigo de Meniere, síndrome vertiginoso vestibular	21
Psiquiatría	
Anorexia o estrés, que requiere estancia hospitalaria	10
Demencia, psicosis o esquizofrenia, que requiere estancia hospitalaria	10
Depresión o enfermedad psicosomática, que requiere estancia hospitalaria	10
Neurosis, estrés o ansiedad, que requiere estancia hospitalaria	10
Respiratorio	
Absceso periamigdalino	20
Absceso pulmonar o mediastínico	30
Afonía sin causa especificada	5
Alveolitis y neumonitis alérgica extrínseca	30
Amigdalitis	2
Asma. Estatus o crisis asmática	5
Bronconeumonía	15
Bronquitis, bronquiolitis o traqueobronquitis aguda	7

Complicaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	40
Enfermedades de las cuerdas vocales, pólipo no adenomatoso	10
Enfisema	40
Faringitis, angina, cirugía de vegetaciones adenoideas	2
Gripe (Influenza) y sus complicaciones	3
Hipertrofia de cornetes	2
Laringitis crónica	15
Laringitis o traqueítis aguda	3
Laringofaringitis aguda	3
Neumonía	20
Neumotórax no traumático	20
Neumotórax no traumático quirúrgico	40
Patología del diafragma, mediastino, traqueostomía...	20
Pleuritis, pleuresía, derrame pleural	20
Pólipos nasales (cirugía)	7
Resfriado común, catarro nasal, rinofaringitis;	2
Rinitis alérgica	7
Rinofaringitis crónica, ozena	2
Sarcoidosis	40
Síntoma respiratorio aislado (disnea, tos, hemóptisis...)	3
Sinusitis	5
Tuberculosis respiratoria o pulmonar	60
Urología	
Balanitis, priapismo	10
Cálculo de próstata	10
Cálculo o litiasis renal o ureteral, cólico renal por litiasis	10
Cálculo o litiasis vesical o uretral	10
Chancro blando; Enf. de Reiter; Linfogranuloma venéreo	20
Cólico renal sin evidencia de litiasis	3
Divertículo de la vejiga	10
Estenosis uretral	10
Fimosis	5
Hidrocele	20
Hiperplasia y adenoma de próstata. Tratamiento por RTU	30
Infección gonocócica, gonorrea	4
Infección urinaria. Cistitis. Uretritis	3
Insuficiencia renal, Uremia, Nefrosis, Nefritis, Nefropatía	40
Litiasis renal tratada mediante litotricia	3
Nefrectomía	60
Orquidectomía	30
Orquitis, epididimitis	20
Pielonefritis, absceso renal, infección renal...	10
Prostatitis	15

Quiste renal, estenosis ureteral	15
Torsión testicular, absceso escrotal...	15
Esguinces y luxaciones	
Esguince o luxación temporo-maxilar-mandíbula	15
Esguince cervical, luxación, contractura, cervicalgia. Tratamiento médico	10
Esguince cervical, luxación, contractura, cervicalgia. Tratamiento ortopédico	20
Esguince lumbosacro, sacroilíaco o sacrociático	10
Lumbalgia o dorsalgia de origen traumático	10
Esguince o luxación de cadera (sin fractura)	25
Esguince de costillas	10
Luxación esternoclavicular. Trat. ortopédico	20
Luxación esternoclavicular. Tratamiento quirúrgico	30
Esguince o luxación del hombro. Tratamiento quirúrgico	50
Esguince o luxación de codo	30
Esguince o luxación de dedos, falanges... de la mano	20
Esguince o luxación de la muñeca, carpo...	20
Esguince o luxación del hombro. Tratamiento médico	15
Esguince o luxación del hombro. Tratamiento ortopédico	30
Luxación de rodilla o rótula	30
Esguince de la rodilla (ligamentos laterales o rotuliano). Tratamiento médico	7
Esguince de la rodilla (ligamentos laterales o rotuliano). Tratamiento ortopédico	15
Esguince de la rodilla (ligamentos laterales o rotuliano). Tratamiento quirúrgico	30
Lesión traumática con desgarro de meniscos. Tratamiento ortopédico	20
Lesión traumática con desgarro de meniscos. Tratamiento quirúrgico o artroscopia	30
Rotura de ligamentos cruzados de rodilla o tendón rotuliano. Tratamiento quirúrgico	90
Triada, traumatismo de estructuras múltiples de la rodilla	120
Prótesis de rodilla	80
Luxación de tobillo	30
Esguince de tobillo. Tratamiento médico	10
Esguince de tobillo. Tratamiento ortopédico	20
Esguince de tobillo. Tratamiento quirúrgico	40
Rotura total de ligamentos del tobillo	45
Rotura total del tendón de Aquiles	50
Luxación del pie (tarso, metatarso, falanges, dedos...)	20
Esguince del pie o dedos del pie. Tratamiento ortopédico	4
Esguince del pie o dedos del pie. Tratamiento quirúrgico	15
Rotura o desgarro muscular (con confirmación ecográfica)	5
Rotura o desgarro muscular (sin confirmación ecográfica)	2
Fracturas	
Extracción de material de osteosintesis	2
Fractura de la nariz, maxilar o mandíbula. Trat. médico	20
Fractura de la nariz, maxilar o mandíbula. Tratamiento quirúrgico	60
Fractura de cráneo sin afectación neurológica	60

Fractura de cráneo con afectación neurológica	210
Fractura de columna sin lesión medular. Tratamiento ortopédico	60
Fractura de columna sin lesión medular. Tratamiento quirúrgico	120
Fractura de columna con lesión medular (paraplejia, tetraplejia, parálisis...)	180
Fractura de costillas o esternón sin afectación orgánica	20
Fractura de costillas o esternón con afectación orgánica	40
Fractura de pelvis. Tratamiento ortopédico	80
Fractura de pelvis. Tratamiento quirúrgico	120
Fractura de clavícula u omóplato. Tratamiento ortopédico	40
Fractura de clavícula u omóplato. Tratamiento quirúrgico	60
Fractura de húmero. Tratamiento ortopédico	80
Fractura de húmero. Tratamiento quirúrgico	100
Fractura de radio y/o cúbito. Fractura de Colles	50
Fractura de escafoides	100
Fractura de carpo o muñeca. Tratamiento ortopédico	40
Fractura de carpo o muñeca. Tratamiento quirúrgico	80
Fractura de metacarpianos o mano. Fractura de Bennett	30
Fractura de las falanges o dedos de la mano	30
Fractura de cuello del fémur, cótilo, trocanters	120
Fractura-luxación de cadera	240
Prótesis de cadera	120
Fractura de diáfisis del fémur. Tratamiento ortopédico	100
Fractura de diáfisis del fémur. Tratamiento quirúrgico	120
Fractura de rótula. Tratamiento ortopédico	50
Fractura de rótula. Tratamiento quirúrgico	60
Fractura de tibia y/o peroné. Tratamiento ortopédico	70
Fractura de tibia y/o peroné. Tratamiento quirúrgico	90
Fractura de tobillo o maleolar	60
Fractura bimaleolar	80
Fractura trimaleolar	100
Fractura de calcáneo. Tratamiento ortopédico	80
Fractura de calcáneo. Tratamiento quirúrgico	100
Fractura de tarso o metatarso. Tratamiento ortopédico	50
Fractura de tarso o metatarso. Tratamiento quirúrgico	70
Fractura de dedo del pie o falanges. Tratamiento ortopédico	20
Fractura de dedo del pie o falanges. Tratamiento quirúrgico	30
Heridas y traumatismos	
Commoción o contusión por traumatismo craneoencefálico (T.C.E.). Con ingreso hospitalario	10
Hematoma subdural por traumatismo sin fractura	30
Hemorragia cerebral por traumatismo craneoencefálico sin fractura	50
Neumotórax o hemotórax traumático por herida	50
Contusión sin herida de cara o cuero cabelludo	3
Contusión sin herida del ojo y sus anexos	3

Contusión sin herida del tronco	3
Contusión sin herida del miembro superior	3
Contusión sin herida del miembro inferior	3
Contusiones magulladuras o erosiones, múltiples, sin fractura o herida	5
Herida con lesión superficial de la mano	5
Herida con lesión superficial de los dedos de la mano	5
Herida con lesión superficial de la cadera o pierna	5
Herida con lesión superficial del pie o dedos	5
Herida con lesión superficial del ojo y sus anexos	5
Herida que precise puntos de sutura en dedo, mano, muñeca, pie, rodilla, codo o cabeza	7
Herida traumática de nervios	30
Herida penetrante en cuello, tronco, extremidad u órgano interno	20
Herida profunda del globo ocular	40
Sección de tendones de la mano o dedos	40
Amputación traumática parcial del pulgar	30
Amputación traumática total del pulgar	60
Amputación traumática parcial del 2º, 3º, 4º, 5º dedo	20
Amputación traumática total del 2º, 3º, 4º, 5º dedo	40
Amputación traumática del brazo o mano	120
Amputación traumática de dedos del pie	30
Amputación traumática del pie (no dedos)	90
Amputación traumática de la pierna	240
Quemadura en cara, cabeza o cuello	20
Quemadura leve: 1º (<15%), 2º (<5%), 3º (<1%)	10
Quemadura moderada: 1º (15-30%), 2º (5-20%), 3º (1-10%)	30
Quemadura grave: 1º (31-60%), 2º (21-40%), 3º (10-25%)	90
Quemadura muy grave: 1º (>60%), 2º (40-90%), 3º (25-80%)	180
Traumatismo grave múltiple con ingreso hospitalario superior a 30 días	120

3.2.3 Hospitalización

Si se contrata la cobertura de hospitalización, esta deberá quedar reflejada en las condiciones particulares de la póliza.

Durante un plazo máximo de 365 días, DKV Seguros garantiza al asegurado el pago de la prestación diaria determinada en las condiciones particulares de la póliza, cuando se encuentre en situación de hospitalización debido a enfermedad o accidente y esté amparado por las coberturas de este seguro.

Por cada recién nacido, con un período de gestación mínimo de seis meses, cuya madre lleve asegurada en esta garantía más de ocho meses, DKV Seguros abonará, como única prestación económica la

correspondiente a tres veces la que se garantiza diariamente para la garantía de hospitalización. Para ello es imprescindible que dicha garantía se encuentre contratada y el parto ocurra después de los ocho primeros meses de vigencia de la póliza.

Idéntica prestación y condiciones se aplicarán a las madres aseguradas, en el caso de adopción, siempre que los trámites de la adopción se hubieran iniciado después de los ocho primeros meses de vigencia de la póliza.

Personas asegurables

En la fecha de contratación de esta póliza, podrán ser objeto de seguro las personas de edad comprendida entre 0 y 64 años, ambos incluidos.

Normas de aplicación.

Delimitación de la cobertura
a) La prestación podrá percibirse durante los días en que el asegurado se encuentre hospitalizado. El asegurado deberá requerir y recibir asistencia médica adecuada al proceso por el que se encuentra afectado.

b) El internamiento en el centro hospitalario deberá ser por un tiempo superior a 24 horas, por prescripción médica y con fines diagnósticos o terapéuticos.

c) En el supuesto de que el asegurado sufriera nuevos períodos de hospitalización por la misma causa o por causas médicas directamente relacionadas con la anterior, los nuevos períodos de hospitalización se consideran, a todos los efectos, continuación del inicial. A los efectos de la prestación diaria, la suma de todas las estancias no podrá superar los 365 días.

d) El importe de la prestación diaria será el señalado en condiciones particulares, incluso en el supuesto de que el internamiento hospitalario se deba a varias dolencias o de que se practicasen varias intervenciones quirúrgicas al mismo tiempo.

Normas para la tramitación de un siniestro

Para poder percibir la prestación diaria correspondiente, deberán aportarse a DKV Seguros los siguientes documentos:

> Certificado de estancia hospitalaria e informe médico de alta hospitalaria.

> Si la estancia hospitalaria se prolonga durante más de siete días, se deberá adelantar a DKV Seguros un informe médico en el que se indiquen el centro en el que ha sido hospitalizado el asegurado y el motivo del internamiento.

3.2.4 Riesgos excluidos y coberturas adicionales

3.2.4.1 Riesgos excluidos
Quedan excluidos de las garantías del presente contrato de seguro y, por tanto, no darán derecho a prestación alguna los siguientes hechos causantes:

a) Cualquiera de las patologías (enfermedades o lesiones, sobrevenidas o congénitas) y condiciones de salud, como dolores o síntomas, de origen anterior a la fecha de efecto de la póliza, así como sus consecuencias.

b) Los procesos patológicos manifestados exclusivamente por dolores, algias, mareos o vértigos, es decir, sin otros signos objetivos médicamente comprobables.

c) Los trastornos o enfermedades mentales o psicosomáticas como por ejemplo: depresión, estrés, ansiedad o trastornos alimenticios. Las demencias, el alzheimer, la fibromialgia o el síndrome de fatiga crónica, el síndrome del quemado o 'burnout', el síndrome de hipersensibilidad química múltiple.

d) El embarazo, aborto, parto y puerperio.

e) Las enfermedades o patologías derivadas o agravadas por el embarazo, aborto, parto y puerperio.

f) Las enfermedades o lesiones relacionadas directa o indirectamente con las toxicomanías o con el consumo agudo o crónico de alcohol, estupefacientes o sustancias psicotrópicas sin prescripción médica.

Las consecuencias de accidentes o lesiones acaecidas en estado de embriaguez o bajo la influencia de estupefacientes o sustancias psicotrópicas.

A efectos de esta póliza, se considera que hay embriaguez cuando el grado de alcohol en sangre supere el límite legalmente establecido en la conducción de vehículos a motor para calificar la conducta como sancionable o delictiva. Así mismo, se considera que se está bajo la influencia de estupefacientes o sustancias psicotrópicas cuando se detecte su presencia mediante determinación analítica o de laboratorio.

g) Las enfermedades o lesiones consecuencia de actos de guerra, terrorismo, tumultos o alteraciones de orden público, hechos extraordinarios o catastróficos como terremotos, huracanes, inundaciones, fugas radiactivas y epidemias oficialmente declaradas.

h) Los accidentes derivados de la participación del asegurado en riñas (salvo que el asegurado haya actuado en legítima defensa) y actos delictivos.

En estos casos podrá realizarse provisionalmente el pago del 25% de la prestación, sin esperar a la sentencia definitiva, cuando en la demanda presentada por el asegurado se constate claramente que el asegurado no fue el que originó la riña.

Las lesiones derivadas del intento de suicidio y la autolesión.

i) Los accidentes derivados de:

- **El esquí fuera de pistas, el de montaña y el de travesía. El snowboard fuera de pistas y las acrobacias.**
- **El ciclismo y el motociclismo y en general la utilización de todo tipo de vehículos en entrenamientos, carreras, concursos, competiciones, acrobacias, eventos deportivos, y su uso en vías no asfaltadas o privadas.**

Se exceptúa de esta exclusión, y por lo tanto es objeto de cobertura, la utilización de vehículos a motor terrestres especiales para las tareas agrícolas o ganaderas cuando el siniestro se produzca en el desarrollo de dichas tareas, sea calificado de accidente de trabajo por el Instituto Nacional de la Seguridad Social y dicha profesión sea la declarada y contratada en póliza.

- **La escalada, el alpinismo (excepto senderismo y trekking), el barranquismo y las actividades similares tales como deportes extremos, espeleología, puenting, rafting, actividades en aguas bravas o submarinismo.**
- **Las actividades aéreas o de vuelo excepto como pasajero de vuelos comerciales.**
- **Las artes marciales, deportes de contacto y defensa personal.**
- **Eventos con ganado bravo en el recinto acotado para su desarrollo.**

j) Los accidentes provocados en el ejercicio o práctica de cualquier deporte como profesional.

k) Cualquier tipo de tratamiento no curativo y cualquiera de sus consecuencias y secuelas al que se someta voluntariamente el asegurado, como cirugía estética, vasectomía, ligadura de trompas, etc., salvo los que sean consecuencia de enfermedad o accidente.

El tratamiento quirúrgico de la obesidad, incluso con prescripción médica. Las técnicas de reproducción asistida, estudio y tratamiento de la infertilidad y la amniocéntesis. La donación y trasplante de órganos a terceras personas.

3.2.4.2 Coberturas adicionales
A pesar de las exclusiones contenidas en el apartado 3.2.4.1 anterior, excepcionalmente, se establece la cobertura de los siguientes supuestos, a los que no se les aplicará la exclusión que se indica y se les descontará la posible franquicia que tuvieran contratada.

Para la garantía de 'Incapacidad temporal diaria':

- **La corrección quirúrgica de la miopía, la hipermetropía y la presbicia tendrán una cobertura máxima de tres días y la patología de origen dental tendrá una cobertura máxima de dos días (no se aplica la exclusión 3.2.4.1.a).**

- Los dolores y algias sin signos objetivos médicamente comprobables tendrán una cobertura máxima de diez días y los mareos y vértigos sin signos objetivos médicamente comprobables tendrán una cobertura máxima de cuatro días (no se aplica la exclusión 3.2.4.1.b).
- Los trastornos o enfermedades mentales o psicosomáticos como por ejemplo: depresión, estrés, ansiedad o trastornos alimenticios, y las demencias, el alzheimer, la fibromialgia o síndrome de fatiga crónica, el síndrome del quemado o 'burnout', el síndrome de hipersensibilidad química múltiple tendrán una prestación máxima correspondiente a diez días, siempre y cuando durante el periodo de baja exista ingreso hospitalario (no se aplica la exclusión 3.2.4.1.c).
- Las enfermedades o patologías derivadas o agravadas por el embarazo, aborto, parto y puerperio tendrán una cobertura máxima de 25 días por proceso de gestación. Será necesario tener contratado el primer periodo y será de aplicación un periodo de carencia de ocho meses (no se aplica la exclusión 3.2.4.1.e).

Para la garantía de 'Incapacidad temporal baremada':

- La corrección quirúrgica de la miopia, la hipermetropía y la presbicia, y la patología de origen dental, que estén descritos en el baremo de incapacidad temporal baremada (no se aplica la exclusión 3.2.4.1.a).
- Los dolores, algias, mareos y vértigos sin otros síntomas objetivos medicamente comprobables que estén descritos en el baremo de incapacidad temporal baremada (no se aplica la exclusión 3.2.4.1.b).
- La depresión, el estrés, las enfermedades psicosomáticas, y cualquier forma de trastorno mental, que estén descritos en el apartado de psiquiatría del baremo de incapacidad temporal baremada (no se aplica la exclusión 3.2.4.1.c).
- El parto y la muerte intrauterina que estén descritos en el baremo de incapacidad temporal baremada. Será de aplicación un periodo de carencia de ocho meses (no se aplica la exclusión 3.2.4.1.d).

Para la garantía de 'Hospitalización':

- Las enfermedades o patologías derivadas o agravadas por el embarazo, aborto, parto y puerperio tendrán una cobertura máxima de siete días por proceso de gestación. Será de aplicación un periodo de carencia de ocho meses (no se aplica la exclusión 3.2.4.1.e)

3.3 Seguro de accidentes

3.3.1 Objeto del seguro

Este seguro garantiza, en función de las garantías contratadas, una indemnización en forma de capital o la prestación de un servicio, 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.

3.3.2 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, dentro del plazo de un año a contar desde la fecha en que éste ocurra.

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.

Además del capital de “Muerte por accidente”, indicado en las condiciones particulares:

1. Previa justificación documental del acaecimiento de la muerte y de la existencia del seguro al corriente de pago, el beneficiario podrá disponer de un anticipo de hasta un 5% del capital asegurado, con un máximo de 6.000 EUR, 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.

2. 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 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.

3.3.3 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 derechos	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, que comprenda 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 manifestacionesneurológicas	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 la 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 %

3.3.3.1 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.

3.3.4 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.

3.3.5 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.

3.3.5.1 Ámbito territorial del seguro de accidentes
Las garantías de “Muerte” e “Invalidez permanente” y "Asistencia médica" otorgan cobertura a siniestros ocurridos en todo el mundo, siempre que el domicilio habitual del asegurado se encuentre efectivamente en España.

La garantía de “Asistencia médica” se aplicará únicamente cuando el asegurado se encuentre en territorio nacional.

3.3.5.2 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, o enfermedades de la médula espinal.

3.3.6 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 el apartado 3.3.9).

2. Los derivados de la participación del asegurado en riñas (salvo cuando actúe en legítima defensa), apuestas y actos delictivos.

3. Los accidentes cardiovasculares y el infarto de miocardio en todas sus formas, los acaecidos en estado de enajenación mental, embriaguez o bajo el efecto de drogas tóxicas o estupefacientes, y las patologías psiquiátricas no orgánicas (sin lesión encefálica objetivable).

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.

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.

3.3.7 Riesgos asegurables mediante sobreprima
Riesgos que no cubre esta póliza salvo que expresamente se incluyan en las condiciones particulares y se abone por ellos la sobreprima (ver definiciones) que corresponda. Son los siguientes:

1. El uso de ciclomotores, motocicletas, quads o motos de agua, tanto si el asegurado es conductor como ocupante.

2. El uso de embarcaciones a vela o a motor en alta mar (distancia superior a dos kilómetros de la costa).

3. El senderismo, trekking, espeleología, natación submarina y caza mayor.

4. Práctica del esquí y de cualquier deporte relacionado con la monta o manejo de caballos.

3.3.8 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. Cumplimentar la correspondiente declaración de siniestro, donde se facilitará 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.

3.3.8.1 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.

3.3.8.2 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.

Todo ello sin perjuicio de lo dispuesto en el número 3 de este artículo, en relación con la obligación de DKV Seguros de satisfacer el importe mínimo a que esté obligado.

> 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 condenara la sentencia.

3.3.9 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 (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.

3.4 Seguro de decesos

3.4.1. Objeto del seguro

DKV Seguros garantiza a cada uno de los asegurados en la póliza que tengan contratada esta cobertura:

a) El pago de la indemnización que se indica en las condiciones particulares, en caso de fallecimiento del asegurado, para cubrir los gastos derivados de su sepelio, o bien,

b) La prestación de un servicio de defunción, que los familiares determinarán cuando ocurra el fallecimiento.

Se establece, como límite máximo para esta prestación, la suma asegurada (ver definiciones) para este concepto.

En este contrato, la cobertura de Decesos cesará al término de la anualidad en la que el asegurado cumpla 70 años de edad. A partir de ese momento, dicha cobertura se prorrogará por tiempo indefinido a través de una póliza individual de Decesos, que ofrece DKV Seguros a favor del mismo asegurado, bajo la modalidad de prima nivelada.

3.4.2. Normas para la tramitación de siniestros

En caso de fallecimiento de un asegurado, los familiares podrán optar entre:

> Contactar con los teléfonos de atención al cliente de DKV Seguros, 900 810 072 | 900 810 141, indicando el lugar de ocurrencia del fallecimiento, con el fin de que la compañía realice las gestiones necesarias para la prestación

del servicio de defunción por mediación de una empresa funeraria, para lo que se dispondrá hasta el límite máximo de la suma asegurada para esta cobertura.

> Gestionar por cuenta propia la inhumación o incineración del asegurado y, con posterioridad, presentar en cualquiera de las oficinas del asegurador, delegación, agencia o representante del mismo, el certificado de defunción del asegurado fallecido y el justificante de los gastos correspondientes.

DKV Seguros abonará, en este caso, el importe del servicio, hasta el límite máximo del capital asegurado, a quien acredite haberse hecho cargo del pago del mismo.

4. Bases del contrato

4.1 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.

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

Esta renuncia de DKV Seguros a su derecho de oponerse a la continuidad de la póliza tiene como condición que el tomador acepte que las primas variarán anualmente conforme a los criterios técnicos expuestos en el apartado 4.4 de este contrato y las modificaciones de las condiciones generales que se propongan a todos los asegurados que hayan suscrito la misma modalidad del seguro.

Para el resto de seguros, la cobertura cesará al término de la anualidad en que el asegurado cumpla 70 años.

En el seguro de incapacidad temporal u hospitalaria la cobertura también cesará en los siguientes casos:

> Cuando el estado del asegurado pase a ser de invalidez o incapacidad permanente para el ejercicio de su profesión, solicite un reconocimiento de dicho estado o perciba una pensión, prestación o indemnización por dicha causa.

> Cuando el asegurado pase a la situación de jubilación, desempleo o situación asimilada al mismo, o cese toda actividad profesional o laboral.

En el caso del seguro de Decesos, DKV Seguros ofrece la continuidad de la cobertura a través de una póliza individual a favor del mismo asegurado, bajo la modalidad de prima nivelada.

4.2 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.

Para el seguro de prestación por incapacidad temporal u hospitalización, el cambio de la actividad profesional o laboral que desarrolla el asegurado y la forma en que la desempeña - por cuenta propia o ajena -, que figuran indicadas en las condiciones particulares, son circunstancias que modifican el riesgo y que deben ser comunicadas a DKV Seguros (Artículos 11 y 12 de la Ley de Contrato de Seguro).

En el caso de que la agravación del riesgo no comunicada a DKV Seguros previamente a la ocurrencia del siniestro consista en que la forma de desempeño de la actividad laboral del asegurado hubiera cambiado de por cuenta propia a por cuenta ajena, la prestación diaria no podrá ser en ningún caso superior a la que DKV Seguros tenga determinada en sus tarifas para los trabajadores por cuenta ajena en el momento de la ocurrencia del siniestro.

Se procederá a adaptar la prima convenida a la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo y, si procede, se extornará al tomador del seguro la diferencia entre la nueva prima adaptada y la prima satisfecha de la anualidad en curso.

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 3.1.5.

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.

4.3 Otras obligaciones de DKV Seguros al contratar el Seguro de salud

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

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

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.

4.4 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 emitidos 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) y el coste por acto médico de acuerdo a los cálculos técnico-actuariales realizados. La prima de cada asegurado 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 **dkvseguros.com** 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 algunos tramos se podrán establecer grupos de edad.

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, en el módulo de salud.

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.

4.5 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).

4.6 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 pagada, 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.

4.7 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.

3.1.10 Riesgos sanitarios especiales en la contratación del seguro de salud
El tomador del seguro podrá acordar con DKV Seguros la cobertura de riesgos excluidos en estas condiciones generales o que no se hallen 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.

4.8 Impuestos y recargos

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

4.9 Revalorización de primas, prestaciones económicas e indemnizaciones, para los seguros de indemnización por incapacidad temporal u hospitalización, accidentes y decesos.

Al objeto de mantener actualizado su valor, las prestaciones económicas e indemnizaciones aseguradas por el presente contrato se reajustarán, salvo pacto en contrario, automáticamente en cada vencimiento anual, en función de una de estas dos posibilidades:

1. En la misma proporción en que se incremente anualmente el Índice General de Precios al Consumo (IPC) publicado por el Instituto Nacional de Estadística.

2. Según un porcentaje fijo. La revalorización de la prestación económica e indemnización tendrá su correspondiente efecto en la prima a satisfacer y los nuevos capitales se reflejarán en el recibo.

Como consecuencia del planteamiento actuarial del contrato de seguro suscrito, la prima a abonar por el mismo se irá adaptando en función de la edad del asegurado así como por los posibles cambios en la actividad profesional o relación laboral o en las garantías de la póliza.

4.10 Prescripción y jurisdicción

Las acciones derivadas del contrato prescriben a los cinco años.

Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato el que corresponda al domicilio del asegurado.

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 20.000 euros.**

El límite de esta garantía es por siniestro ocurrido y asegurado.

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 +34 91 379 04 34.

Anexo II: Servicios complementarios a los seguros de prestación por incapacidad temporal u hospitalización, accidentes y decesos

DKV Club Salud y Bienestar

La contratación del seguro de Indemnización por incapacidad temporal u hospitalización, accidentes, o decesos, permite al asegurado el acceso a un módulo de servicios adicionales, distintos de la cobertura del seguro.

Los asegurados pueden acceder a servicios de orientación médica telefónica, segunda opinión por enfermedad grave, y a servicios adicionales destinados a la promoción de la salud y bienestar con tarifas especiales, o previa adquisición de un bono en condiciones económicas ventajosas, a través de una red de profesionales y centros médicos concertados denominada "DKV Club Salud y Bienestar".

Para obtener más información acerca de los servicios adicionales y el acceso a los mismos, consulte los centros médicos y proveedores de DKV Club Salud y Bienestar en la web dkvclubdesalud.com, llamando al teléfono 900 810 670 o directamente en cualquier sucursal de DKV Seguros.

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 el apartado 3.1.7 para el seguro de salud; el apartado 3.2.4 para el seguro de prestación por incapacidad temporal u hospitalización; y el apartado 3.3.6 para el seguro de accidentes, 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. Dr. Josep Santacreu Consejero delegado

Edición actualizada enero 2022
2DNP1.CG/36_V6

900 810 072 | dkvseguros.com

Descárgate la app

Servicio de atención
telefónica atendido por:

Fundación
INTEGRALIA DKV

OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

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

AENOR conform

Empresa saludable

BARÓMETRO ADECOSE 2019 1 Salud Individual

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

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