DKV | ING

SEGURO DE SALUD
NARANJA DKV

COMPLETO EQUIPO PERSONAL

CONDICIONES GENERALES

Condiciones generales

Seguro de Salud NARANJA DKV
Completo Equipo personal

Torre DKV, av. María Zambrano, 31
50018 Zaragoza

Capital suscrito y desembolsado: 66.110.000 euros

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

Cód. 2DNP1.CG/52_V1
Edición actualizada junio 2024

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

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

BIENVENIDO AL SEGURO DE SALUD NARANJA DKV. TU TIEMPO ES SALUD.

¿Qué incluye este seguro?

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

¿Quieres saber más?

Para facilitar la comprensión, hemos incluido un glosario con los términos clave en el apartado "Definiciones", al final del documento. Estos términos te ayudarán a saber de qué estamos hablando y aparecerán resaltados en granate a lo largo del texto.

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

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

Gracias

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

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

¿QUÉ ENCONTRARÉ EN ESTE DOCUMENTO?

Condiciones generales **5**

Sobre el contrato de seguro 5

¿Qué cubre Seguro de Salud NARANJA DKV Completo Equipo personal? 5

¿Qué documentos integran el contrato de seguro? 5

¿Qué personas intervienen? 5

¿Cuándo comienza y finaliza la cobertura? 6

¿Cómo funciona el pago del seguro? 6

¿Qué pasa si no pagas el seguro? 6

¿El precio del seguro puede modificarse? 6

¿Tendré que pagar cada vez que utilice mi seguro? 7

Tabla de grupos de actos médicos y copagos 8

Descripción de la cobertura 11

Modalidad y extensión del seguro 11

Coberturas 14

Exclusiones del seguro 41

Periodos de carencia 45

Beneficios 46

Servicios: Club Salud NARANJA y aplicación Salud ING DKV 56

Derechos y obligaciones 58

Protección de datos 61

Definiciones 63

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

Aceptación de las condiciones generales.....70

Cláusulas limitativas.....71

CONDICIONES GENERALES

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

Seguro de Salud NARANJA DKV Completo Equipo personal es la denominación comercial que se corresponde con el producto que la entidad DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E. comercializa bajo la marca DKV Personal Doctor con las especificaciones propias y Notas Técnicas del mismo producto que constan a disposición pública, en el domicilio social de la aseguradora. El producto es mediado por ING BANK N.V., Sucursal en España (ING), con CIF W0037986G y domicilio social en c/ Vía de los Poblados, 1F, 28033 Madrid, es **Operador de banca-seguros vinculado** de DKV Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima Española, en virtud del contrato de agencia celebrado, y se encuentra inscrito en el Registro administrativo especial de mediadores de seguros en los Países Bajos con el número 12000059, contando con un seguro de responsabilidad civil y estando habilitado para ejercer en España en calidad de sucursal de una entidad extranjera de la Unión Europea. Podrá comprobar dicha inscripción en la página web de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, en la sección dedicada a los mediadores de otros países de la Unión Europea habilitados para ejercer en España, así como en la página web de la Autoriteit Financiéle Markten -el regulador de mercados financieros en los Países Bajos- (www.afm.nl).

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

SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

¿Qué cubre Seguro de Salud NARANJA DKV Completo Equipo personal?

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

Con el Seguro de Salud NARANJA DKV Completo Equipo personal dispones de asistencia primaria, urgencias, especialistas, medios de diagnóstico, hospitalización y cirugía a partir de la libre elección de tu “Médico personal”. Incluso un seguro complementario de asistencia en viaje en caso de urgencia.

¿Qué documentos integran el contrato de seguro?

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

¿Qué personas intervienen?

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

¿Cuándo comienza y finaliza la cobertura?

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

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

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

¿Cómo funciona el pago del seguro?

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

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

¿Qué pasa si no pagas el seguro?

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

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

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

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

¿El precio del seguro puede modificarse?

En cada renovación del seguro, el precio podrá modificarse.

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

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

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

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

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

Te recordamos que puedes consultar el precio y las condiciones generales vigentes de tu seguro en el apartado "Datos de la

póliza: Mis documentos" de la app Salud ING DKV o en las oficinas de DKV Seguros.

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

¿Tendré que pagar cada vez que utilice mi seguro?

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

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

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

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

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

Si tienes alguna duda al respecto puedes consultarla en el número de teléfono de Atención al cliente de DKV Seguros 900 812 324 (de lunes a domingo, incluidos festivos nacionales, de 8 a 22 horas).

Por otra parte, si contratas la cobertura opcional de asistencia odontológica para acceder a determinados servicios dentales tendrás que abonar la tarifa indicada en el “anexo de coberturas: tarifas dentales” que podrás encontrar en el apartado "Datos de la póliza: Mis documentos" de la app Salud ING DKV.

Tabla de grupos de actos médicos y copagos

A continuación te indicamos el precio para cada una de las garantías:

Acto	Copago
Consultas (por consulta)	
Telemedicina: videoconsultas asistencia primaria (med. general, pediatría y enfermería)	6,90 €
Telemedicina: videoconsultas del resto de especialidades	11,00 €
Telemedicina: videoconsultas de ginecología	6,90 €
Telemedicina: videoconsultas de psicología	11,00 €
Asistencia primaria: medicina general, pediatría y enfermería	6,90 €
Resto de especialidades, excepto ginecología	11,00 €
Ginecología	6,90 €
Psicología	11,00 €
Pruebas diagnósticas (por acto)	
Análisis clínicos	5,50 €
Radiología convencional	5,50 €
Radiología de alta tecnología	34,00 €
Radiología vascular	29,00 €
Tomografía-TAC	55,00 €
Resonancia magnética nuclear	82,00 €
Tomografía por emisión de positrones (PET)	100,00 €
Servicios de diagnóstico por endoscopia	29,00 €
Citología	0,00 €
Ecografía	13,50 €
Mamografía	0,00 €
Anatomía patológica	29,00 €
Amniocentesis	100,00 €
Estudio polisomnográfico	100,00 €
Ph-metría	100,00 €

Acto	Copago
Ingresos hospitalarios, médicos y quirúrgicos	
Ingresos hospitalarios por día (*)	17,00 €
Actividad hospitalaria: preoperatorios, reanimación, hospital de día, cirugía ambulatoria, diálisis	0,00 €
Grupo quirúrgico 0-1-2	0,00 €
Grupo quirúrgico 3-4-5	0,00 €
Grupo quirúrgico 6-7-8	0,00 €
Parto/cesárea	0,00 €
Legrado	0,00 €
Colangiopancreatografía retrograda/colangiografía	0,00 €
Litotricia	0,00 €
Actos terapéuticos (por acto)	
Limpieza bucal y estracciones dentales	3,50 €
Rehabilitación	5,50 €
Oxigenoterapia	3,50 €
Fotocoagulación	55,00 €
Medicina nuclear	82,00 €
Servicios de diagnóstico/tratamiento de especialidades médicas	13,50 €
Servicios de diagnóstico/tratamiento de especialidades quirúrgicas	13,50 €
Servicios de diagnóstico/tratamiento de obstetricia y ginecología	13,50 €
Servicios de diagnóstico/tratamiento de cardiología	45,00 €
Servicios de diagnóstico/tratamiento de oncología	100,00 €
Tratamientos radioterápicos y quimioterápicos (por sesión)	29,00 €
Tratamiento del dolor	55,00 €
Ambulancias	29,00 €
Urgencias hospitalarias y asistencia primaria en domicilio	34,00 €
Urgencias ambulatorias	17,00 €

(*) El copago incluye exclusivamente la estancia hospitalaria por día y honorarios quirúrgicos. El resto de actos médicos y pruebas diagnósticas llevarán el copago correspondiente a su grupo.

Aceptación de los copagos

La persona tomadora acepta mediante su firma y otorga expresamente su conformidad a los copagos de su póliza, cuyo contenido conoce y comprende.

La persona tomadora del seguro

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

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Modalidad y extensión del seguro

¿Cuál es el objeto del seguro?

Seguro de Salud NARANJA DKV Completo Equipo personal cubre:

la asistencia primaria, urgencias, especialistas, medios de diagnóstico, hospitalización y cirugía a partir de la libre elección de tu “Médico personal”

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

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

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

¿Y los nuevos avances médicos?

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

1. Tienen que estar aprobados por la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (RedETS), dependientes del Ministerio de Sanidad, mediante un informe positivo de su coste-efectividad.

2. Tendrán que estar incluidos expresamente en el apartado "Coberturas" de este documento. Cada vez que se renueve el seguro, la compañía definirá las nuevas coberturas para las indicaciones que se detallen para el siguiente periodo. DKV Seguros informará de los cambios a la persona tomadora en cada renovación.

¿Dónde estoy asegurado?

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

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

Además, dispones de una cobertura de asistencia en viaje (ver apartado "Asistencia en viaje") a la que puedes acceder llamando al número de teléfono +34 913 790 434.

¿Qué médicos y centros tengo a mi disposición?

El acceso a las coberturas de asistencia sanitaria se realizará exclusivamente a través de la app Salud ING DKV mediante la libre elección por parte de la persona asegurada de su “Médico personal”, quien prestará asistencia médica digital, recomendará planes de prevención y promoción de salud personalizados, y coordinará la asistencia sanitaria con los especialistas de la Red DKV de Servicios Sanitarios.

Puedes elegir cualquier médico y centro hospitalario de la Red DKV de Servicios Sanitarios de entre los que te sugiera tu “Médico personal”.

El derecho de libertad de elección de médico y de centro supone la ausencia de responsabilidad directa, solidaria o subsidiaria de DKV Seguros por los actos de aquéllos, sobre los que DKV Seguros no tiene capacidad de control a causa de la protección del secreto profesional, la confidencialidad de los datos sanitarios y la prohibición del intrusismo de terceros en la actividad sanitaria.

En caso de defectuosa praxis médica u hospitalaria la persona asegurada se obliga a plantear acciones exclusivamente contra los profesionales o centros intervinientes directamente en la prestación y sus respectivas aseguradoras de responsabilidad civil, con renuncia de acciones frente a DKV Seguros.

¿Cómo puedo acceder a las coberturas?

1. **Descarga la app Salud ING DKV y regístrate.**

2. **Selecciona tu "Médico personal" y concierta una cita.** Él prestará asistencia médica digital, recomendará planes de prevención y promoción de salud personalizados, y coordinará la asistencia sanitaria con los especialistas de la Red DKV de Servicios Sanitarios.

   Las consultas con especialidades médicas o quirúrgicas, y las pruebas diagnósticas básicas precisan de una consulta previa con tu "Médico personal".

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

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

¿Qué prestaciones requieren autorización?

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

Si tienes alguna duda sobre los actos diagnósticos y terapéuticos de tu seguro que requieren autorización previa por parte de DKV Seguros, puedes consultársela a tu asistente de salud a través de la app Salud ING DKV.

Por otra parte, si quieres solicitar una autorización también puedes hacerlo a través de tu asistente de salud en la app Salud ING DKV. Para ello, necesitarás obtener primero la prescripción de un médico de la Red DKV de Servicios Sanitarios.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Coberturas

Con Seguro de Salud NARANJA DKV Completo Equipo personal dispones de una serie de coberturas que detallamos a continuación. Sin embargo, debes tener en cuenta que DKV Seguros no se hará cargo de las prestaciones sanitarias enumeradas en el apartado “Exclusiones del seguro”. Los módulos de cobertura que incluye Seguro de Salud NARANJA DKV Completo Equipo personal son los siguientes:

- Mi médico personal
- Asistencia primaria
- Urgencias
- Especialidades médicas y quirúrgicas
- Medios de diagnóstico
- Métodos terapeúticos
- Asistencia hospitalaria
- Coberturas complementarias
- Coberturas exclusivas
- Asistencia en viaje
- Cobertura opcional de asistencia odontológica
- Asesoramiento a distancia

Mi médico personal

El acceso a esta cobertura se realizará exclusivamente a través de la app Salud ING DKV, mediante la libre elección por parte de la persona asegurada de su “Médico personal” o pediatra, hasta los 14 años, dentro de la Red concertada de DKV de Servicios Sanitarios. El “Médico personal” será el profesional de referencia para la prestación de una asistencia completamente digital global y personalizada.

Tras la elección del "Médico personal", se agendará una primera consulta virtual de bienvenida con su médico o pediatra, a través de la app Salud ING DKV.

Esta asistencia incluye el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de problemas de salud tanto agudos como crónicos, recomendación de planes de prevención y promoción de salud, y la derivación a especialistas, digitales preferentemente o presenciales en caso necesario.

El acceso al servicio sanitario presencial será gestionado por el "Médico personal", excepto en situaciones especiales (urgencias). Para recibir asistencia sanitaria en casos de urgencia, se deberá acudir a cualquiera de los centros que constan indicados en la app Salud ING DKV para este fin.

Las pruebas diagnósticas prescritas y las consultas con especialistas se gestionarán a través de la app Salud ING DKV.

Tras la primera consulta, la persona asegurada siempre que lo necesite contactará con su "Médico personal" o agendará una cita en el horario de 8:00-20:00 horas, de lunes a viernes, salvo festivos, en la app Salud ING DKV.

Si la persona asegurada necesitara contactar con su "Médico personal" de forma urgente, y no estuviese disponible, será atendida por otro médico de su equipo.

La asistencia en la app se mantendrá 24 horas al día, de lunes a domingo.

La persona asegurada no puede acudir a un centro presencial sin haber sido derivado por su "Médico personal". Este será siempre quien indique a la persona asegurada el centro posible al que acudir para cada situación y momento.

Asistencia primaria

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

- **Pediatría y puericultura:** asistencia hasta los 14 años, en consulta presencial, virtual 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 diplomado o graduado en Enfermería prestará el servicio en consulta y en domicilio, previa petición escrita del médico que asista a la persona asegurada.

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

Urgencias

- **Servicio de urgencias permanentes:** para recibir 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 hospitalaria" y haber acudido por urgencia a un centro de urgencias ajeno a la Red DKV de Servicios Sanitarios, la persona asegurada o persona en su nombre deberá comunicarlo dentro de las 72 horas siguientes al ingreso, de manera probada, a través de cualquier vía de comunicación de atención al cliente.

  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, DKV Seguros podrá dirigir la cobertura a un centro concertado, poniendo los medios de traslado oportunos.

Especialidades médicas y quirúrgicas

- **Alergología e inmunología: las vacunas serán a cargo de la persona asegurada.**
- **Anestesiología y reanimación.**
- **Angiología y cirugía vascular.**
- **Aparato digestivo.**
- **Cardiología y aparato circulatorio:** cubre la rehabilitación cardiaca tras infarto agudo de miocardio.
- **Cirugía cardiovascular.**
- **Cirugía general y digestiva:** cubierta 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 gr o ml de volumen en cada mama), que además tengan una distancia del pezón a la horquilla esternal superior a 32 cm, un índice de masa corporal igual o menor a 30, **y requiera una extirpación mínima de 1000 gr por mama.**

- **Cirugía torácica:** cubierta la simpatectomía por hiperhidrosis (tratamiento de la sudoración excesiva).

- **Cirugía vascular periférica:** cubre 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 la letra f) del apartado “Exclusiones del seguro”.

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

- **Endocrinología y nutrición.**

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

- **Geriatría.**

- **Ginecología:** comprende el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la mujer. Quedan cubiertas la planificación familiar, los tratamientos con láser (CO2, Erbio y diodo), el diagnóstico de la esterilidad y la detección precoz del cáncer ginecológico.

  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 de la persona asegurada (ver apartado “Servicios adicionales”).

- **Hematología y hemoterapia.**

- **Medicina interna.**

- **Medicina nuclear.**

- **Nefrología.**

- **Neonatología.**

- **Neumología-Aparato respiratorio:** cubre 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 al 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 "Métodos terapéuticos").

- **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**: se cubren las consultas, las extracciones, las curas estomatológicas, las limpiezas de boca y la radiología dental asociada. Además hasta los 14 años quedan cubiertos los selladores de fisuras y las obturaciones (empastes).

- **Oftalmología**: se cubren 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 de la persona asegurada** (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. **Se excluye expresamente el uso de la tecnología de radiofrecuencia en otras indicaciones, así como el láser y la radiofrecuencia en la cirugía de la apnea obstructiva del sueño o uvulopalatofaringoplastia (cirugía del roncador).**

- **Proctología**: se cubren 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 persona asegurada.**

- **Psiquiatría**.

- **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 o vida de la persona asegurada** y en centros de referencia a nivel nacional, con un servicio de rehabilitación idóneo para tal fin, exclusivamente para el tratamiento de las siguientes indicaciones clínicas: **ictus, anoxia o hipoxia, meningitis, encefalitis, traumatismos craneoencefálicos en accidentes cubiertos por el seguro, cirugía de tumores cerebrales o radiocirugía para su eliminación.**

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

- **Reumatología.**

- **Traumatología**: se cubre la cirugía artroscópica, nucletomía percutánea y quimionucleosis.

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

Medios de diagnóstico

Deben ser prescritos por un médico de la Red DKV de Servicios Sanitarios, según la modalidad de seguro contratada e indicar el motivo de la exploración, así como contar con la autorización previa, en los casos que proceda.

Quedan incluidos los medios de contraste en las pruebas diagnósticas de este apartado que lo precisen.

- **Análisis clínicos, anatomía patológica y citopatología.**

- **Análisis clínicos en el domicilio:** se cubre la extracción de sangre en el domicilio de la persona asegurada, **previa**

prescripción de un médico y con la preceptiva autorización de la compañía, siempre y cuando se acredite mediante informe médico:

1. **Un estado de dependencia asimilable a un grado 3 (gran dependencia)**, caracterizado por la incapacidad absoluta de la persona asegurada para desplazarse al exterior de su domicilio; o

2. **Un estado de dependencia asimilable a un grado 2 (dependencia severa),** caracterizado por la dificultad de desplazarse al exterior del domicilio sin apoyo continuo o supervisión de un tercero. **En este caso se establece un límite máximo de 2 extracciones por persona asegurada y año natural.**

- **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 o sangrado intestinal de origen desconocido u oculto.

- **Fibrobroncoscopias diagnósticas.**

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

  Se cubre, además, la **coronariografía virtual o coronariografía DMD** tras infarto agudo de miocardio y en pacientes operados previamente de patologías cardíacas; la espectografía cardiaca o **SPECT de perfusión miocárdica esfuerzo-reposo**, incluido el radiofármaco, para evaluar la perfusión coronaria en la cardiopatía isquémica; y la función ventricular global o regional en la insuficiencia cardiaca y las miocardiopatías.

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

- **Neurofisiología:** electroencefalograma, 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:** se cubren en la Red DKV de Servicios Sanitarios en centros de referencia nacional las siguientes pruebas:

  1. 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.**

  2. 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.**

  3. La urografía por tomografía computada multicorte (UroTAC) del tracto urinario (sistema colector, uréteres y vejiga) para el estudio de las **anomalías congénitas, en el cólico nefrítico o renoureteral cuando las pruebas radiológicas previas no son concluyentes, en la cirugía radical del tracto urinario y cuando esté contraindicada la urografía intravenosa (UIV) o la ureterorrenoscopia.**

4. La tomografía por emisión de positrones (PET), sola o combinada con la tomografía computerizada (PET-TC) o con la resonancia magnética (PET-RM), **en procesos cancerígenos, siempre y cuando la indicación clínica solicitada esté autorizada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) en la ficha técnica del radiofármaco 18Flúor-Fluorodesoxiglucosa** (18F-FDG) empleado habitualmente para realizarlas. Asimismo, queda cubierta en otras indicaciones no oncológicas, siempre que estén recogidas en la ficha técnica del radiofármaco.

   También queda cubierto el PET con galio en tumores neuroendocrinos gastroenteropancreáticos.

5. 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 o epilepsia que no responda al tratamiento médico, según protocolos de práctica clínica comúnmente aceptados.

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

   Asimismo, quedan cubiertas las siguientes pruebas:

   6.1. **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.

   6.2. 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):**

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

      6.2.2. **Con receptores hormonales positivos.**

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

      6.2.4. Tumor de más de 0,5 cm de diámetro mayor, **en estadio T1-T2, sin afectación ganglionar o metástasis a distancia (N0 y M0).** En caso de existir ganglios patológicos **(NI1MIC)**, 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 será exclusivamente la concertada por la entidad.

   6.3. **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:**

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

      6.3.2. Y uno de ellos tiene cáncer de mama antes de los 50 años y de ovario a cualquier edad; o el cáncer de mama es bilateral.

7. **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.

8. **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.

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

10. **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.**

11. **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.

12. **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.

13. **Resonancia magnética multiparamétrica (RMmp) de próstata,** en las siguientes indicaciones:

    13.1. **Riesgo clínico elevado de carcinoma de próstata 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% o el tacto rectal de la superficie prostática esté alterado (evaluar tamaño, dureza, consistencia y los cambios con respecto al patrón de normalidad).

    13.2. **Estadificación local del carcinoma de próstata.**

    13.3. **Vigilancia activa o planificación terapias focales.**

    13.4. **Sospecha de recidiva tras tratamiento oncológico.**

14. **Elastografía de transición hepática (fibroscan):** evalúa el grado de fibrosis del hígado sin necesidad de hacer una biopsia, en la cirrosis, en las enfermedades colestásicas crónicas y en la hepatitis B y C cronificada. **Máximo una exploración por persona asegurada y año. Se excluye en la enfermedad hepática alcohólica y en el síndrome metabólico (esteatosis hepática no alcohólica).**

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

Métodos terapeúticos

Deben ser realizados en centros y por médicos de la Red DKV de Servicios Sanitarios, con prescripción previa de un médico de la Red DKV de Servicios Sanitarios concertada por la entidad e indicar el motivo de la exploración, así como con la autorización previa, en los casos que proceda.

- **Aerosolterapia, oxigenoterapia y ventiloterapia,** en patología pulmonar o respiratoria, únicamente en régimen de hospitalización y en el domicilio. **La medicación será a cargo de la persona asegurada.**

- **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 el apartado “Exclusiones del seguro”.

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

- **Fibrobroncoscopias terapéuticas.**

- **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 persona asegurada.**

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

- **Radioterapia**: para tratamiento oncológico incluye el acelerador lineal de electrones, la cobaltoterapia, la radioneurocirugía estereotáxica intracraneal (Gamma Knife), 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 financiados por el Sistema Nacional de Salud.

  Asimismo, queda cubierta la **radioterapia intraoperatoria (RIO) en el tratamiento del cáncer de mama temprano (estadio I y II), en los sarcomas (pélvicos y abdominales) y en el adenocarcinoma de páncreas y colorrectal, y sus oligo-recurrencias. También se incluye** la radioterapia guiada por imágenes tridimensionales en tiempo real (IGRT) y la tomoterapia helicoidal (THel) **en los tumores pediátricos, de próstata localizados, pulmón, columna vertebral, cabeza y cuello.**

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

  1. **Radioterapia estereotáxica fraccionada intracraneal (RTEF)** en tumores de rinofaringe y tumores cercanos a estructuras nerviosas.

  2. **Arcoterapia volumétrica modulada (VMAT)** en tumores torácicos y abdominales.

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

- **Protonterapia (periodo de carencia de 8 meses): se cubre para el tratamiento de los siguientes tumores pediátricos, hasta los 14 años, en la Red DKV de Servicios Sanitarios concertada por la entidad en centros de referencia nacional, previa prescripción de un médico y la preceptiva autorización de DKV Seguros, en las indicaciones terapéuticas y con los criterios de inclusión siguientes:**

  1. **Terapia de protones. Indicaciones terapéuticas:**

     1.1. **Tumores cerebrales:**

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

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

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

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

     1.4. **Tumor de Ewing.**

     1.5. **Neuroblastoma.**

  2. **Terapia de protones. Criterios de inclusión:**

     2.1. Edad: hasta los 14 años.

2.2. El tratamiento debe tener intención curativa.

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

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

2.5. No debe haber evidencia de metástasis.

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

2.7. **Se valorarán especialmente:**

2.7.1. **Los tumores en menores de 3 años.**

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

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

- **Braquiterapia:** para el tratamiento del cáncer de próstata, 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**: se cubren las sesiones de quiropodia, y la cirugía de la uña incarnada y de los papilomas plantares **con un periodo 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 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 o graduados en Fisioterapia, en un centro idóneo o específico de rehabilitación que cumpla los requisitos establecidos en el apartado "Medios de diagnóstico" 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 en el apartado "Medios de diagnóstico: Rehabilitación neurológica para daño cerebral adquirido severo".

  Asimismo, **queda cubierta, con un límite máximo de 20 sesiones por persona asegurada 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:

1. **Un estado de dependencia asimilable a un grado 3 (gran dependencia)** con incapacidad absoluta de la persona asegurada para desplazarse al exterior de su domicilio; o

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

- **Laserterapia** se cubre como técnica de rehabilitación.

- **Litotricia renal y vesicular con ondas de choque extracorpóreas.**

- **Litotricia músculo-esquelética (máximo cinco sesiones por persona asegurada 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 o rehabilitador.

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

1. **Ablación cardiaca por radiofrecuencia guiada por el sistema de navegación cardiaco o mapeo Carto (3D) o cartografía auricular electroanatómica no fluoroscópica. Periodo de carencia 6 meses. En las indicaciones siguientes:**

   1.1. **Taquiarrítmias supraventriculares:**

      1.1.1. Aislamiento eléctrico de las venas pulmonares en la fibrilación auricular paroxística recurrente y en la fibrilación auricular persistente (más de 6 meses) sintomática, refractarias en ambos casos al tratamiento antiarrítmico.

      1.1.2. Taquicardias auricular macrorreentrante (TAM)/ aleteo auricular atípico.

      1.1.3. Taquicardia auricular focal y de vías accesorias.

   1.2. **Taquiarrítmias ventriculares:**

      1.2.1. Taquicardia ventricular relacionada con cicatriz postinfarto agudo de miocardio (TV-IAM).

      1.2.2. Taquicardia ventricular asociada a cardiopatía no isquémica (cardiopatías congénitas, miocardiopatía dilatada no isquémica, hipertrófica, y arritmogénica del ventrículo derecho).

      1.2.3. Taquicardia ventricular idiopática (TVI) del tracto de salida del ventrículo derecho, del tracto de salida del ventrículo izquierdo, de la raíz aórtica, fascicular y epicárdica.

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

2. **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)**.

3. **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.

4. **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**, mediante el sistema laparoscópico telerrobotizado da Vinci, **siempre que se cumplan todos los criterios de inclusión y ninguno de los de exclusión recomendados por la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (RedETS),** y la persona asegurada cuente con la autorización previa de DKV Seguros.

Criterios de inclusión:

- Diagnóstico de adenocarcinoma prostático localizado, con PSA igual o inferior a 20 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 o II.

Criterios de exclusión:

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

5. **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.

6. **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.

7. **Cirugía digestiva endoscópica avanzada (periodo de carencia 6 meses): se incluyen tres técnicas mínimamente invasivas, según protocolos comúnmente aceptados:**

   7.1. **Resección endoscópica mucosa (REM) o mucosectomía**: para la obtención de grandes biopsias diagnósticas y el tratamiento local de lesiones **superficiales precancerosas** (displasia de alto grado, sobre esófago de Barrett) o malignas en estadio temprano del tracto digestivo superior **confinadas a la capa mucosa (T1a) y de extensión igual o inferior a 2 cm de diámetro.**

   7.2. **Disección endoscópica submucosa (DES):** incluida la extirpación quirúrgica completa o en bloque de los **tumores malignos superficiales o ulcerados mayores de 2 cm en toda la vía digestiva**. Esta cirugía está indicada cuando, por las características de la lesión neoplásica, no sea adecuado emplear otras técnicas y la probabilidad de metástasis linfáticas regionales asociadas sea mínima.

   Criterios de inclusión para la disección endoscópica submucosa:

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

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

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

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

   7.3. **Ablación por radiofrecuencia del esófago de Barrett: se cubre** la erradicación quirúrgica **de la displasia de**

alto (DAG) y bajo grado (DBG) extensa de más de 5 cm y resistente al tratamiento farmacológico (un mínimo de 6 meses), siempre y cuando se confirme previamente en ambos casos el diagnóstico anátomo-patológico mediante la toma de biopsias aleatorias.

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

9. **La cirugía robótica laparoscópica avanzada mediante el sistema telerrobotizado da Vinci:** se incluye para la nefrectomía parcial en el carcinoma renal, siempre que se cumplan todos los criterios de inclusión y ninguno de los de exclusión.

   Criterios de inclusión:

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

   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.**

10. **Ablación percutánea con radiofrecuencia y guiada por tomografía axial computerizada (TC) del osteoma osteoide y de otros tumores óseos benignos seleccionados (osteoblastoma, condroblastoma y granuloma eosinofílico):** antes de tratarlo es necesario confirmar el diagnóstico histológicamente **(periodo de carencia de 6 meses).**

- **Logopedia y foniatría:** se cubre, con prescripción del otorrinolaringólogo, la terapia vocal para la recuperación de las alteraciones de la voz causadas por afecciones de origen orgánico (patología infecciosa, traumática y oncológica) en las cuerdas vocales.

- **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 por persona asegurada, y la rehabilitación de su alteración o pérdida en los adultos tras un accidente cerebro vascular agudo (ictus) hasta un máximo de 20 sesiones por persona asegurada y año.**

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

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

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 de estancia hospitalaria y los honorarios médicos o quirúrgicos siempre que los mismos deriven de tratamientos cubiertos por el contrato. En caso contrario no se abonará ningún tipo de gasto derivado de dicho internamiento.

Se cubre la asistencia hospitalaria derivada de los siguientes tratamientos o terapias:

- **Los tratamientos oncológicos:** radioterapia, braquiterapia, protonterapia (hasta los 14 años) y quimioterapia.
- **La terapia con plasma rico en plaquetas o factores de crecimiento plaquetarios:** en la cirugía de reemplazo articular y de las fracturas que no consolidan (pseudoartrosis).
- **La terapia de cierre asistido por vacío (V.A.C.) o de presión negativa tópica (P.N.T.):** en las indicaciones y con las limitaciones detalladas en el apartado "Métodos terapéuticos".
- **Método o técnica OSNA:** análisis molecular intraoperatorio del ganglio centinela. Se incluye en el cáncer de mama en estadío temprano, sin extensión linfática.
- **La litotricia renal, vesicular y músculo-esquelética.**
- **La diálisis y hemodiálisis.**
- **Cirugía de los Grupos II al VIII del nomenclátor de la entidad,** realizada exclusivamente en un centro hospitalario.
- **La cirugía mayor ambulatoria, las endoscopias digestivas terapéuticas, y las fibrobroncoscopias diagnósticas y terapéuticas.**
- **La radiología intervencionista o invasiva vascular y visceral.**
- **Las técnicas de planificación familiar:** ligadura de trompas y vasectomía.
- **La radioneurocirugía estereotáxica intracraneal (Gamma Knife)**.
- **La cirugía artroscópica y la cirugía digestiva endoscópica avanzada** (mucosectomía, disección endoscópica submucosa y ablación por radiofrecuencia del Esófago de Barrett).
- **La cirugía de cornetes o turbinoplastia, la adenoamigdaloplastia, la ablación cardiaca, las varices de los miembros inferiores** (grado C3 o superior de la CEAP) **y la patología rinosinusal por técnicas de radiofrecuencia.**
- **El láser quirúrgico** en ginecología, oftalmología, proctología, cirugía vascular periférica y otorrinolaringología.
- **El láser holmio endourológico y el láser verde (KTP y HPS) de diodo, holmio o tulio** para el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata.
- **La nucleotomía percutánea y la quimionucleosis.**
- **La alta tecnología terapéutica** (ver detalle de los tratamientos cubiertos en el apartado “Métodos terapéuticos”).
- **Las prótesis quirúrgicas.**

En el internamiento hospitalario, queda incluida la utilización de habitación individual convencional con aseo y cama para acompañante (excepto en la hospitalización psiquiátrica, U.C.I. e incubadora), manutención del paciente, gastos generales de

enfermería, unidad de cuidados especiales, medios complementarios de diagnóstico, tratamientos, material, gastos de quirófano, sala de partos, productos anestésicos, medicamentos, y biomateriales con objeto terapéutico que se detallan en el apartado de "Prótesis quirúrgicas". **Quedan expresamente excluidos los medicamentos biológicos así como los biomateriales medicamentosos no detallados en el apartado de "Prótesis quirúrgicas" y las terapias de la letra r) del apartado "Exclusiones del seguro".**

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

1. **Hospitalización médica (sin intervención quirúrgica):** cubre las distintas especialidades médicas para el diagnóstico y tratamiento de las patologías médicas susceptibles de ingreso en personas mayores de 14 años.

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

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

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

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

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

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

Coberturas Complementarias

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

  1. Enfermedades psiquiátricas: depresión, esquizofrenia y trastornos psicóticos.

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

  3. Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia.

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

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

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

  7. Trastornos del aprendizaje: hiperactividad y fracaso escolar.

  Las personas aseguradas pueden acceder a esta prestación en las patologías susceptibles de intervención psicológica detalladas anteriormente, abonando el copago que se establezca para cada acto o sesión en la "Tabla de grupos de actos médicos y copagos", **hasta un límite máximo de 25 sesiones por persona asegurada y año natural, excepto en los casos de terapia por trastornos de conducta alimentarios (anorexia/bulimia), acoso escolar, ciberacoso, estrés laboral, o violencia de género o familiar, que tendrán un límite máximo anual de 40 sesiones.**

- **Planificación familiar:** cubre los siguientes servicios:

  1. Implantación del DIU. **El coste del dispositivo intrauterino será a cargo de la persona asegurada.**

  2. Ligadura de trompas.

  3. Vasectomía.

- **Prótesis quirúrgicas:** cubre 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, y desfibrilador automático), **osiculares** (sustitutivas de martillo, yunque y estribo), **las prótesis internas traumatológicas** (barras, placas metálicas de fijación interna y tornillos), **las cajas o espaciadores intersomáticos en la cirugía de fusión o 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 biomateriales con objeto terapéutico que se detallan a continuación:

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

  2. Gel barrera antiadhesiva o antiadherente: en la cirugía de la columna y en reintervenciones quirúrgicas de las distintas especialidades.

  3. Drenajes transtimpánicos: en otitis aguda recurrente u otitis secretora o serosa (más de 3 meses evolución).

  4. 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.

  5. Sustitutos de los injertos óseos: cementos óseos y matriz ósea desmineralizada regenerativa en cirugía de columna y articular (cadera, rodilla y pie).

  6. 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.

  7. 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.

  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 **excepto para las prótesis vasculares y cardiacas descritas en este apartado, que tendrán un límite de cobertura de 12.000 euros por persona asegurada y año natural.**

- **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 persona asegurada y año natural, siempre que se cumplan los siguientes requisitos:

  1. La hospitalización sea objeto de cobertura por el seguro y no haya un tercero responsable obligado al pago.

  2. Ninguno de los gastos derivados de la hospitalización haya sido a cargo de DKV Seguros.

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

- **Telemedicina:** comprende las siguientes prestaciones de carácter no presencial en la Red DKV de Servicios Sanitarios.

  1. **Teleconsulta: consulta no presencial, virtual o telemática, con personal sanitario** (profesionales de la Medicina o la Enfermería) en la Red DKV de Servicios Sanitarios concertada por la entidad.

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

     2.1. **Telefisioterapia:** para el tratamiento de lesiones o enfermedades recuperables del aparato locomotor.

     2.2. **Telepsicoterapia: con el mismo límite de sesiones que se establece para la terapia presencial.**

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

     2.4. **Telerreeducación logopédica y según la edad de la persona asegurada:**

        2.4.1. **Edad pediátrica (hasta 14 años):** para tratar los trastornos del habla (defectos de articulación, fluidez, deglución atípica o disfagia oral) y de aprendizaje del lenguaje en la infancia (receptivas y expresivas).

        2.4.2. **Edad adulta:** rehabilitación de la alteración o pérdida de habla y lenguaje por un accidente cerebrovascular agudo (ACV).

     En ambas indicaciones, se establece el mismo límite de sesiones que para la terapia presencial.

  3. **Teleterapia ocupacional: tratamiento virtual programado** que se presta a través de la Red DKV de Servicios Sanitarios, previa autorización de la compañía. Se trata de sesiones virtuales de terapia ocupacional prescritas por un médico rehabilitador o neurólogo para el tratamiento y rehabilitación de la pérdida de funciones cognitivas y motoras en las siguientes patologías neurológicas (enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple e ictus) para las fases de la enfermedad en las que la persona se pueda beneficiar de esta modalidad de terapia no presencial. **Tiene un límite de 12 sesiones por persona y año natural.**

Estas teleterapias, y cualquier otra que se vaya añadiendo, se cubren en las mismas indicaciones, límites y exclusiones de cobertura que las terapias presenciales homólogas. Para el límte anual máximo computarán conjuntamente las consultas o sesiones realizadas de forma presencial y de forma telemática, sin que la suma de ambas pueda exceder del límite anual máximo establecido para cada caso.

Coberturas exclusivas

Este seguro te permite acceder a las garantías adicionales siguientes:

- **Estudio biomecánico de la marcha o pisada (con un periodo de carencia de 6 meses):** en centros de referencia especializados de la Red DKV de Servicios Sanitarios. Se cubre un estudio anatómico y funcional **cada cinco años en los adultos, y cada dos años en los niños menores de 15 años,** previa prescripción de un especialista en traumatología de la red concertada por la entidad.

- **Consejo dietético y nutricional a pacientes oncológicos, prevención y control del sobrepeso hasta 14 años, y tratamiento de la obesidad en la infancia y la edad adulta, por especialistas en nutrición:** previa prescripción de

especialistas en endocrinología y nutrición, oncología o pediatría (en el caso de menores). Se cubre el consejo dietético y nutricional a pacientes oncológicos para mantener un peso adecuado y un buen estado nutricional, las consultas de prevención y control del **sobrepeso hasta los 14 años cuando el índice de masa corporal (IMC) está entre 25 y 29,9,** y el tratamiento de la obesidad cuando el índice de masa corporal **(IMC) sea igual o superior a 30,** tanto en la infancia como en la edad adulta, **hasta un límite máximo anual de 20 consultas por persona asegurada (en el que computan todas las indicaciones cubiertas).**

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 en los apartados que delimitan la cobertura del seguro.

Además, la contratación del seguro de asistencia médica completa incluye tres coberturas de reembolso de gastos:

1. **Reembolso de los gastos de asistencia médica en el extranjero para enfermedades graves:** la persona asegurada 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 diagnosticada 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 todos los casos el diagnóstico de cáncer deberá apoyarse en un resultado histopatológico de malignidad. En cáncer de piel, solo se cubrirá el melanoma invasivo, los demás cánceres de piel quedan excluidos.**

   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. **Trasplante 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 la persona asegurada para su tratamiento, hasta un límite total de 16.000 euros por persona asegurada y año natural, siempre que estas facturas se hayan producido en el extranjero y correspondan a gastos médicos derivados de prestaciones sanitarias incluidas en el seguro (ver apartados "Definiciones", "¿Cuál es el objeto del seguro?" y "Coberturas"), con los periodos de carencia para determinados servicios, limitaciones y exclusiones de cobertura estipuladas en los apartados "Exclusiones del seguro" y "Periodos de carencia".

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

   En un plazo máximo de quince días, la persona tomadora del seguro o persona asegurada 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.

   La persona asegurada 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 la persona asegurada 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 de la persona asegurada.

Una vez pagado el reembolso de gastos, DKV Seguros podrá ejercer el derecho de subrogación, con los límites estipulados en el apartado "¿En qué consiste la cláusula de subrogación o cesión de derechos?".

2. **Reembolso de los gastos por servicios de asistencia familiar y/o atención a la dependencia, en caso de acreditarse una situación de dependencia de grado 3 por accidente:** DKV Seguros garantiza el reembolso del 100% del importe de las facturas abonadas a los servicios de asistencia familiar y/o atención a la dependencia, **hasta un límite máximo total de 12.000 euros por persona asegurada para toda la duración del contrato (incluidas sus prórrogas) o vida de la persona asegurada, con un sublímite de 2.000 euros para el servicio de asesoría o de gestión de las ayudas a la dependencia,** cuando ésta o una persona en su nombre (tutor legal) acredite una situación de dependencia **Grado 3, reconocida por el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) y ocasionada por un accidente cubierto por el seguro a partir de la fecha de entrada en vigor de esta cobertura.**

   A los efectos de esta cobertura se define la dependencia de 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.

   2.1.1. **Atención personal:**

   2.1.1.1. Aseo personal.

   2.1.1.2. Movilización en el domicilio.

   2.1.1.3. Cambios de postura e higiene personal de personas encamadas.

   2.1.1.4. Acompañamiento dentro del domicilio.

   2.1.2. **Cuidado del hogar:**

   2.1.2.1. Limpieza del domicilio.

   2.1.2.2. Compras domésticas.

   2.1.2.3. 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.

2.2.1. Residencias.

2.2.2. Centros de día de atención especializada.

2.2.3. 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 vida de la persona asegurada.**

La persona asegurada 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 o atención a la dependencia descritos en éste apartado, hasta un límite máximo total de 12.000 euros por persona asegurada para toda la duración del contrato (incluidas sus prórrogas) o vida de la persona asegurada, con un sublímite de 2.000 euros para los servicios de asesoría o gestión de las ayudas a la dependencia. Para ello resulta imprescindible presentar la resolución que reconozca a la persona asegurada la situación de dependencia de grado 3 (nivel 1 o 2) otorgada por el órgano administrativo competente del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia de su comunidad autónoma, en el que se especificarán las causas y las circunstancias de la situación de dependencia.

La cobertura de dependencia se extingue de forma automática y definitiva al percibir la persona asegurada el capital máximo garantizado de 12.000 euros por este concepto, o el sublímite de 2.000 euros por servicios de asesoría o gestión de ayudas a la dependencia, durante la vigencia del seguro, a través de la modalidad de reembolso de gastos.

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 persona asegurada en el momento de la ocurrencia del accidente, de la solicitud del reembolso de gastos por dependencia de 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 letras a), c), d) y e) del apartado “Exclusiones del seguro” o excluidas específicamente de la cobertura de dependencia del apartado "Coberturas exclusivas”.
- Encontrarse en situación de dependencia de 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 de 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, la persona asegurada deberá presentar la acreditación completa de la situación de dependencia aportando los siguientes documentos (originales o compulsados):

- Datos personales, familiares y profesionales de la persona asegurada causante de la prestación.
- Calificación otorgada por el órgano administrativo competente del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en el que se especificarán las causas y las circunstancias de la situación de dependencia.
- Informes médicos con las condiciones de salud del dependiente y el informe social realizado por el asistente social.
- Todos aquellos documentos adicionales que sean necesarios para poder acreditar el derecho a percibir la prestación.
- Resolución emitida y la fecha, con la calificación o reconocimiento de la situación de dependencia de 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 la persona asegurada 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 de la persona asegurada.

Riesgos excluidos de la cobertura:

a) El reembolso de los gastos por servicios de ayuda familiar y/o atención a la dependencia no detallados en el apartado "Coberturas exclusivas".

b) El reembolso de los gastos por servicios de ayuda familiar y/o atención a la dependencia detallados en el apartado "Coberturas exclusivas", cuando la situación de dependencia de grado 3:

- **Es producida por un accidente causado por actividades o en circunstancias excluidas expresamente de la cobertura general del seguro de salud (letras c), d) y e) del apartado “Exclusiones del seguro”).**
- **Es consecuencia y/o secuela, o complicación de lesiones producidas en un accidente ocurrido con anterioridad (preexistente) a la fecha de inclusión de cada persona asegurada en la póliza.**
- **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.**
- **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.**
- **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.**
- **Se produzca por accidentes ocurridos viajando, ya sea en calidad de pasajero o tripulante de aeronaves de capacidad inferior a diez plazas de pasajeros.**

c) 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 la persona asegurada 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 Club Salud NARANJA, el parto esté cubierto y el bebé asegurado cuyas células se preservan permanezca incluido en la póliza:** DKV Seguros ofrece, como servicio franquiciado a través del Club Salud NARANJA, la extracción del cordón del recién nacido y su criopreservación. De esta manera, DKV Seguros asume 300 euros del coste de la extracción y la persona asegurada, el pago de 690 euros si opta por la modalidad FIRST o 990 euros si elige la ADVANCE. Además, los seis primeros años, los gastos de mantenimiento del cordón umbilical quedan cubiertos mediante reembolso con un máximo de 90 euros al año, siempre que el parto haya sido cubierto por el seguro y el bebé asegurado permanezca en la póliza desde el nacimiento.

   Además, anualmente, en cada renovación del contrato de seguro, DKV Seguros podrá modificar el proveedor del Club Salud NARANJA que facilita el servicio, el coste de extracción que asume, las condiciones de acceso, las tarifas que abona la persona asegurada y el gasto de mantenimiento máximo que reembolsa.

Asistencia en viaje

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

1. Disposiciones previas

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

1.2 Ámbito del seguro
El seguro tiene validez en el mundo entero a partir del límite provincial de la residencia habitual de la persona asegurada, **excepto las coberturas descritas en los apartados 2.1.1, 2.1.3, 2.1.14, 2.1.20, y el 2.1.6, 2.1.8 en lo referente a gastos de hotel, que no son de aplicación en España, prestándose únicamente en los viajes que la persona asegurada realice al extranjero.**

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

1.4 Validez
Para poder beneficiarse de las prestaciones garantizadas, la persona asegurada debe tener su domicilio en España y residir habitualmente en él, de modo que sus viajes, o la permanencia fuera de dicha residencia habitual, **no podrán superar los 180 días consecutivos.**

2. Descripción de las coberturas

2.1 Asistencia

2.1.1 Gastos médicos, farmacéuticos, quirúrgicos, de hospitalización y de ambulancia en el extranjero
DKV Seguros se hará cargo de los gastos médico-quirúrgicos, farmacéuticos, prescritos por un médico, de hospitalización y ambulancia, que sobrevengan a consecuencia de una enfermedad o accidente ocurrido durante su viaje en el extranjero, **hasta un límite máximo de 20.000 euros. El límite de esta garantía es por siniestro ocurrido y persona asegurada.**

2.1.2 Gastos odontológicos de urgencia
Si durante el viaje aparecen problemas odontológicos agudos como infecciones, dolores o traumas que requieren un tratamiento de urgencia, DKV Seguros se hará cargo de los gastos inherentes al citado tratamiento, **hasta un máximo de 300 euros.**

2.1.3 Prolongación de estancia en un hotel en el extranjero

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

2.1.4 Repatriación o traslado sanitario
En caso de que la persona asegurada sufra una enfermedad o accidente durante el viaje, DKV Seguros se hará cargo de:

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

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

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

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

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

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

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

Si la persona asegurada fallecida viajara acompañada de otros familiares asegurados y estos no pudieran regresar por los medios inicialmente previstos o por no 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 de la persona asegurada fallecida menores de 15 años y no contaran con un familiar o persona de confianza para acompañarles en el viaje de regreso, DKV Seguros pondrá a su disposición una persona para que viaje con ellos hasta el lugar de la inhumación o de su domicilio en España.

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

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

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

a) El transporte de las personas aseguradas restantes hasta el lugar de su residencia habitual o hasta el lugar donde esté hospitalizada la persona asegurada repatriada o trasladada.

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

2.1.8 Viaje de un acompañante
Cuando la persona asegurada se encuentre hospitalizada más de cinco días, DKV Seguros pondrá a disposición de un familiar de la persona asegurada un billete de ida y vuelta, para que acuda a su lado. Además, si la hospitalización tuviese lugar en el extranjero, DKV Seguros se hará cargo de los gastos de estancia del familiar en un hotel, con los justificantes oportunos, **hasta 80 euros diarios y con un máximo de diez días.**

2.1.9 Regreso anticipado a su domicilio
Si en el transcurso de un viaje, durante el cual la persona asegurada se encontrara fuera de su domicilio habitual, se produjera en éste un incendio o siniestro grave, o bien falleciera un familiar de primer grado, DKV Seguros pondrá a disposición de la persona asegurada un billete para regresar a su domicilio, en caso de que el billete que tuviera la persona asegurada para el viaje de regreso no permitiera adelantar el mismo. Asimismo, después de resuelta la situación que dio lugar al regreso anticipado a su domicilio habitual, si deseara reincorporarse a su lugar del viaje, DKV Seguros pondrá de nuevo a su disposición un billete para su vuelta a lugar de destino de su viaje inicial.

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

2.1.11 Consulta médica telefónica
Si la persona asegurada precisara, durante su viaje, una información de carácter médico, podrá solicitarla por teléfono llamando a la central de asistencia. Dada la imposibilidad de establecer un diagnóstico por teléfono, la información debe ser considerada como una mera orientación, sin que por tanto pueda suponer responsabilidad para DKV Seguros.

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

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

2.1.14 Gastos de defensa legal y anticipo de fianza en el extranjero
Cuando a consecuencia de un accidente de tráfico ocurrido durante un viaje en el extranjero, la persona asegurada tenga necesidad de contratar su defensa legal, DKV Seguros asumirá los gastos que comporte la misma, **hasta un límite de 1.500 euros.**

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

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

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

2.1.15 Ayuda en viaje
Cuando la persona asegurada necesite conocer cualquier información sobre los países que va a visitar como, por ejemplo, formalidades de entrada, concesión de visados, moneda, régimen económico y político, población, idioma, situación sanitaria, etc., DKV Seguros facilitará dicha información general, para lo que debe ponerse en contacto con la compañía a través del número de teléfono indicado, donde podrá solicitar recibir la respuesta mediante llamada telefónica o por correo electrónico.

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

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

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

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

2.2 Equipajes

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

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

2.3 Demoras

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

3. Delimitaciones del contrato

3.1 Exclusiones

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

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

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

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

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

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

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

3.1.8 Los gastos de inhumación y ceremonias funerarias.

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

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

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

4. Disposiciones adicionales

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

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

Las prestaciones de carácter médico y de repatriación sanitaria deben efectuarse previo acuerdo del médico del centro hospitalario que atienda a la persona asegurada con el equipo médico de DKV Seguros.

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

Las indemnizaciones fijadas en las garantías serán en todo caso complemento de los contratos que pudiera tener la persona asegurada cubriendo los mismos riesgos, de las prestaciones de la seguridad social o de cualquier otro régimen de previsión colectiva.

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

Para la prestación, por DKV Seguros, de los servicios inherentes a las anteriores garantías, es indispensable que la persona asegurada solicite su intervención, desde el momento del suceso, en el siguiente teléfono: +34 913 790 434.

Cobertura opcional de asistencia odontológica

Seguro de Salud NARANJA DKV Completo Equipo personal permite contratar la "Cobertura opcional de asistencia odontológica".

Si se contrata, a través de esta cobertura, dentro de los límites fijados en el presente documento y con las tarifas dentales que se detallan en el “Anexo de coberturas: tarifas dentales”, DKV Seguros cubre la asistencia odontológica detallada a continuación, que se realizará de forma ambulatoria (sin hospitalización):

1. **Prestación general:** asistencia odontológica en las prestaciones descritas en el “Anexo de coberturas: tarifas dentales” en todo el territorio nacional en la red dental concertada por DKV Seguros que te corresponda según la modalidad contratada.

2. **Prestación por accidente**: reembolso de los gastos ocasionados por un tratamiento bucodental consecuencia de un accidente dental grave. Se entiende por accidente dental grave aquel que afecta a más de tres piezas dentales. En este supuesto, el límite máximo de la cobertura se establece en 6.000 euros desde la fecha de ocurrencia del accidente, incluyendo la cirugía estética si fuera necesaria y en un periodo máximo de un año.

   No se aplican tarifas dentales para esta cobertura.

   Para esta cobertura por accidente, la persona asegurada podrá dirigirse a cualquier odontólogo y DKV Seguros reembolsará la cantidad satisfecha dentro de los límites establecidos. Para ello, la persona tomadora o la persona asegurada deberá entregar a DKV Seguros las facturas originales desglosadas con el detalle de los tratamientos realizados.

   DKV Seguros podrá reembolsar a la persona tomadora o a la persona asegurada las cantidades a las que tenga derecho de acuerdo con esta póliza mediante su abono en la cuenta corriente designada a estos efectos. El pago realizado por este medio será plenamente válido, eficaz y liberatorio para DKV Seguros. En los casos urgentes la persona asegurada deberá acudir a los servicios permanentes de urgencia que tiene establecidos DKV Seguros.

La facturación de gastos realizada y pagada en divisas por la persona tomadora o la persona asegurada se abonará en España y en euros al cambio del día del pago, y si éste no constara, el de la fecha de emisión de la factura o, en su defecto, el de la prestación del servicio.

Asesoramiento a distancia

Líneas de orientación telefónica

Accede a líneas médicas especializadas llamando al **900 812 211**:

Asistencia 24 horas: línea atendida por personal médico y administrativo, especializada en la **coordinación y activación de servicios de asistencia médica en el domicilio** en base al tipo de seguro contratado y la zona geográfica de residencia.

Médico DKV 24 horas: te proporcionará información y resolverá tus dudas sobre **síntomas, pruebas diagnósticas, problemas de salud o medicamentos.**

Línea médica pediátrica 24 horas: servicio especial 24 horas para resolver tus dudas sobre **síntomas, pruebas diagnósticas o problemas de salud** que presenten las personas aseguradas **de hasta 14 años.**

Segunda opinión médica por enfermedad grave

Mediante este servicio gratuito, en caso de enfermedad grave, la persona asegurada 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.

Segunda opinión bioética por enfermedad grave

Mediante este servicio gratuito, en caso de enfermedad grave, la persona asegurada 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.

Exclusiones del seguro

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

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

DKV Seguros podrá, en todo caso, excluir de cobertura aquellas patologías y condiciones de salud declaradas que no puedan ser asumidas según las características de la póliza, haciendo constar dichas exclusiones concretas de manera expresa.

b) **Todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos cuya seguridad y coste-efectividad no cuenten con un informe positivo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (RedETS) dependientes del Ministerio de Sanidad.**

c) **Los daños físicos que sean consecuencia de guerras, motines, revoluciones y terrorismo; los causados por epidemias, pandemias o emergencias de salud pública de importancia internacional (ESPII), que sean declaradas oficialmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS); los que guarden relación directa o indirecta con radiación o reacción nuclear, y los que provengan de cataclismos (terremotos, inundaciones y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos).**

d) **Las enfermedades o lesiones derivadas de la práctica profesional o federada de cualquier deporte; de la participación en apuestas, competiciones, y de la práctica como aficionado o profesional de actividades de alto riesgo, tales como el toreo, el encierro de reses bravas, el puenting, el barranquismo, la espeleología, el parapente, el uso de quads; de cualquier deporte extremo o peligroso como el buceo, el bobsleigh, el boxeo, las artes marciales, la hípica, la escalada, el hockey, el snowboard, el rugby; de las carreras de vehículos a motor, de actividades aéreas no autorizadas para el transporte público de viajeros; de actividades de navegación en aguas bravas y en cualquier otra circunstancia de riesgo. Asimismo, en general, quedan excluidos los entrenamientos de todos ellos, y, cualquier otro deporte, actividad recreativa o de ocio de carácter notoriamente peligroso no detallada en la relación anterior, excepto los tratamientos bucodentales consecuencia de un accidente dental grave, si se ha contratado la cobertura opcional de asistencia odontológica.**

e) **La asistencia sanitaria, para el tratamiento del alcoholismo crónico, de la adicción a todo tipo de drogas o sustancias, así como sus complicaciones y secuelas.**

La asistencia sanitaria, incluida la odontológica, que se derive de lesiones producidas por estado de embriaguez, de riñas o desafíos, intento de suicidio o autolesiones; y la que sea consecuencia de enfermedades o accidentes sufridos por dolo, negligencia o imprudencia de la persona asegurada.

Los ingresos en centros para el tratamiento y/o reeducación de conductas adictivas o adicciones no materiales de cualquier clase. Además, quedan excluidos los tratamientos y la ayuda médica para morir (eutanasia).

f) **La cirugía estética y cualquier otro tratamiento, infiltración o actuación que tenga una finalidad estética o cosmética, a no ser que existiera un defecto funcional de la parte del cuerpo afectada (no son válidas las razones puramente psicológicas); la cirugía de cambio de sexo, y del lipoedema o lipedema, así como los tratamientos médicos asociados a ambas; los tratamientos de varices de finalidad estética, y de las asintomáticas (grado C2 o inferior, según clasificación clínica de la CEAP); la ginestética y la cosmetoginecología láser; las curas de adelgazamiento ambulatorias o en régimen de internamiento, y los tratamientos dermoestéticos en general, incluidos los capilares. Queda también excluida la corrección quirúrgica de la miopía, astigmatismo, hipermetropía y presbicia, así como la ortoqueratología y la estética dental. Además de las consecuencias y complicaciones derivadas de todas las exclusiones recogidas en este apartado.**

g) **Las terapias alternativas y complementarias, como acupuntura, naturopatía, homeopatía, fitoterapia, quiromasaje, drenaje linfático, masaje circulatorio, mesoterapia, magnetoterapia estática, gimnasia, osteopatía, hidroterapia, piscinoterapia, partos alternativos (en el domicilio, acuáticos, etc.), oxigenoterapia trifásica, presoterapia, ozonoterapia, modalidades de fototerapia y sus indicaciones no detalladas en el apartado "Coberturas" y otras prestaciones similares, así como las especialidades médicas o del ámbito sanitario no incluidas en apartado “Coberturas”, o no reconocidas oficialmente.**

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

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

Queda excluido el láser y la radiofrecuencia en la cirugía de las vías aéreas superiores para el tratamiento de la apnea obstructiva del sueño y en la uvulopalatofaringoplastia (cirugía del roncador).

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

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

Queda excluida, además, la asistencia sanitaria en centros privados no concertados, y la prestada en hospitales, centros y otros establecimientos de titularidad pública integrados en el Sistema Nacional de Salud de España y/o dependientes de las comunidades autónomas, salvo en los supuestos identificados en el apartado "¿Puedo acceder a médicos o centros no incluidos en la Red DKV de Servicios Sanitarios?".

i) **La alta tecnología médica diagnóstica y terapéutica, salvo lo detallado en los apartados "Medios de diagnóstico" y "Métodos terapéuticos". Quedan excluidos de forma expresa los procedimientos cardiacos transcatéter (con abordaje transfemoral, transaxilar y transapical) para implantación de la válvula aórtica (TAVI), mitral (TMVI), pulmonar (TPVI), tricúspide (TTVI), y el cierre de la orejuela auricular izquierda vía trans-septal, epicárdica e híbrida, así como el material quirúrgico y/o protésico asociado a ambas intervenciones. Además, se excluyen los servicios de telemedicina en cualquier modalidad asistencial no indicada expresamente en las condiciones generales.**

j) **El tratamiento de la roncopatía o apnea obstructiva del sueño (salvo treinta sesiones con CPAP o BiPAP), así como los tratamientos y modalidades de radioterapia y sus indicaciones médicas que no se detallen expresamente en el apartado "Métodos terapéuticos: Radioterapia". Además, quedan excluidas la protonterapia, excepto en determinados tumores pediátricos (hasta los 14 años) y con los criterios de inclusión recogidos en el apartado "Métodos terapéuticos: Protonterapia"; la neutronterapia; la radiocirugía con CyberKnife, y los radiofármacos con isótopos radiactivos no autorizados por la EMA (Agencia Europea del Medicamento), ni financiados por el Sistema Nacional de Salud.**

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.**

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) **Las prótesis, implantes, dispositivos sanitarios, piezas anatómicas y ortopédicas, no detalladas en el apartado "Coberturas", y las intervenciones quirúrgicas y las hospitalizaciones asociadas a su colocación o implantación, así como sus complicaciones y secuelas.**

Se excluyen, además, el corazón artificial, los implantes de columna, los implantes valvulares transcatéter, y el dispositivo sanitario de cierre de la orejuela auricular izquierda, así como los biomateriales, materiales sintéticos y ortopédicos no detallados expresamente en el apartado "Coberturas complementarias", y su uso para otras indicaciones que no sean las señaladas.

n) **La odontología especial: endodóncica, periodóncica, ortodóncica, los selladores de fisuras y las obturaciones o empastes en mayores de 14 años, las reconstrucciones, las prótesis dentales, las apicectomías, la implantología y los medios diagnósticos necesarios para realizar estos tratamientos, excepto si se ha contratado la cobertura opcional de asistencia odontológica.**

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

p) **En psiquiatría y psicología clínica, las consultas, técnicas diagnósticas y terapias que no sigan criterios de**

tratamiento neurobiológicos o farmacológicos, el psicoanálisis, la hipnosis o narcolepsia ambulatoria, la sofrología, la estimulación magnética transcraneal repetitiva, las curas de reposo o sueño, y todas las derivadas de similares prestaciones.

Se excluyen, además, la psicoterapia de grupo o pareja, los test psicológicos y psicométricos, la evaluación y rehabilitación psicosocial o neuropsicológica, la terapia educativa, la terapia ocupacional -excepto en las indicaciones y patologías descritas en el apartado "Coberturas complementarias: Telemedicina"-, **y la psicoterapia cognitivo-conductual, y de los trastornos de la comunicación oral y escrita, o del desarrollo de diverso origen**, salvo lo expresamente incluido en el apartado "Coberturas complementarias: 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 el apartado "Métodos terapéuticos: Reeducación logopédica".

r) **La medicina regenerativa, la biológica, la inmunoterapia, las terapias celulares y/o genéticas, las terapias biológicas, y con antivirales de acción directa, así como las aplicaciones de todas ellas.**

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

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

t) **La asistencia sanitaria por fiebres hemorrágicas virales, así como sus complicaciones y secuelas. Los gastos asistenciales derivados de la infección por VIH/SIDA y de las enfermedades causadas por el virus, cuando excedan la cantidad máxima garantizada en el apartado "Coberturas complementarias".**

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

v) **Los gastos por uso de teléfono, televisión, pensión alimenticia de la persona acompañante en clínica, los gastos por viaje y desplazamientos (salvo la ambulancia, que solo queda cubierta en los términos contemplados en los apartados "Asistencia primaria" y "Urgencias") 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". **Además, en los trasplantes, se excluirán los gastos de extracción, transporte y conservación del órgano, salvo en el trasplante de córnea.**

x) **Los productos farmacéuticos, medicamentos y medios auxiliares de cura de cualquier clase,** salvo los que se consuman por la persona asegurada durante el internamiento (un mínimo de 24 horas) en un centro hospitalario. **En cualquier caso, quedan también expresamente excluidos los medicamentos biológicos y biomateriales medicamentosos no detallados en el apartado "Coberturas complementarias: Protésis quirúrgicas" y las terapias de la letra r) del presente apartado, aunque se administren durante el internamiento hospitalario.**

La quimioterapia oncológica solo cubrirá los gastos de los medicamentos específicamente citostáticos definidos y detallados en el apartado "Definiciones: Citostático". Se excluyen expresamente de este concepto la inmunoterapia antitumoral, los anticuerpos monoclonales, las terapias celulares y genéticas, los tratamientos quimioterápicos intraoperatorios como la quimioterapia intraperitoneal e intraabdominal, la terapia endocrina u hormonal, los inhibidores enzimáticos o moleculares, los fármacos antiangiogénicos y los sensibilizadores usados en la terapia fotodinámica y radiación.

y) **La rehabilitación de mantenimiento en lesiones neurológicas irreversibles de diverso origen, en enfermedades o lesiones crónicas del aparato locomotor y por disfunción del suelo pélvico**.

Quedan excluidas la estimulación precoz, la terapia ocupacional -excepto en las indicaciones y patologías descritas en el apartado "Coberturas complementarias: Telemedicina"-, **o cualquier modalidad de rehabilitación que se realice en el domicilio** (excepto la indicación señalada en el apartado "Métodos terapéuticos: Fisioterapia domiciliaria"), **la que sea motivo**

de ingreso hospitalario, o que se realice en centros no autorizados ni inscritos en el registro de Centros y Servicios Sanitarios de la comunidad autónoma respectiva.

z) **El consejo genético, las pruebas de paternidad o de parentesco, la obtención de mapas genéticos de riesgo con finalidad preventiva o predictiva, la secuenciación masiva de genes o cariotipo molecular, las técnicas de hibridación genómica comparada, y las plataformas de microarrays con interpretación automatizada de los resultados** (excepto la plataforma genómica pronóstico-predictiva del cáncer de mama). **Asimismo, queda excluida cualquier otra técnica genética o de biología molecular que se solicite con fin pronóstico o diagnóstico si éste se puede obtener por otros medios o no tiene repercusión terapéutica, o si la terapia queda excluida de cobertura por póliza.**

Periodos de carencia

Puedes utilizar todas las prestaciones cubiertas por este seguro desde el momento de entrada en vigor del contrato, con las siguientes excepciones:

Intervenciones quirúrgicas y hospitalización, incluyendo prótesis quirúrgicas por cualquier motivo y naturaleza, ablación y cirugía endoscópica avanzada mínimamente invasiva:

6 meses, salvo casos de urgencia* o accidente.

Protonterapia en tumores pediátricos y asistencia de cualquier tipo de parto (excepto parto prematuro) o cesárea:

8 meses.

Cirugía podológica y estudio biomecánico de la marcha o la pisada:

6 meses.

Trasplantes:

12 meses.

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

Beneficios

Por contratar Seguro de Salud NARANJA DKV Completo Equipo personal la aseguradora DKV Seguros pone a su disposición los siguientes beneficios:

- Compromiso de no anulación a partir del tercer año.
- Compromiso de no variación de precio por uso de póliza (precio garantizado).
- Compromiso de atención inmediata.
- Compromiso de protección de pagos: cobertura de desempleo, incapacidad temporal u hospitalización.

Compromiso de no anulación a partir del tercer año

DKV Seguros no podrá rescindir o anular la póliza a las personas aseguradas que hayan permanecido durante tres anualidades consecutivas en la misma, salvo los casos en los que la persona asegurada no haya seguido los procedimientos y el canal establecido en este seguro para acceder a las coberturas, conforme a lo expuesto en los apartados "Modalidad y extensión del seguro" y "Coberturas" de este contrato. En el caso de que no coincida la fecha de contratación de la póliza con la de renovación del seguro (1 de enero, ya que coincide con el año natural), DKV Seguros aplicará el "compromiso de no anulación" a partir de la tercera renovación de la póliza, y no en la fecha en la que se cumplen las tres anualidades. El contrato se prorrogará automáticamente año a año, con la excepción de los supuestos de incumplimiento de obligaciones por parte de la persona asegurada 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, además de lo indicado respecto del cumplimiento del procedimiento establecido para acceder a las coberturas, que la persona tomadora acepte que las primas variarán anualmente conforme a los criterios técnicos expuestos en el apartado "¿El precio del seguro puede modificarse?" y las modificaciones del contrato que se propongan a todas las personas aseguradas que hayan suscrito la misma modalidad del seguro.

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

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

Compromiso de atención inmediata

En caso de incumplimiento de cualquiera de los compromisos que se detallan a continuación, a la persona tomadora se le abonará un importe de una mensualidad de la prima de su póliza, hasta el importe máximo de 300 euros. Esta indemnización podrá solicitarse una vez al año por póliza.

La persona tomadora dispondrá de un plazo máximo de 1 mes desde la prestación del servicio para solicitar la compensación económica de cualquiera de los compromisos siguientes. La persona tomadora podrá solicitar la devolución por correo electrónico a defensacliente@dkvseguros.es.

1. Compromisos

1.1 Atención inmediata canal digital

DKV Seguros se compromete a una atención médica digital de calidad, para ofrecer una asistencia rápida y eficaz a nuestros clientes.

1.1.1 Chat 24 horas medicina general y pediatría

Compromiso de calidad de atención médica digital a través del cual la compañía garantiza que la persona asegurada no esperará más de 10 minutos para ser atendido a través de chat digital de medicina general o pediatría desde la app.

Las condiciones para este compromiso son:

- El tiempo de espera empieza a contar desde que el asegurado inicia la conversación a través del chat disponible en la aplicación Salud ING DKV. Y termina cuando el médico general o pediatra atiende a la persona asegurada a través del chat.

- Esta garantía sólo es válida en territorio español.
- Este compromiso no aplicará en caso de problemas tecnológicos ajenos a DKV Seguros.

1.1.2 Videollamada con medicina general o pediatría

Compromiso de calidad de atención médica digital a través del cual la compañía garantiza que la persona asegurada no esperará más de 1 día para ser atendido a través de videollamada con un médico general o pediatra.

Las condiciones para este compromiso son:

- La compañía ofrecerá la primera cita disponible dentro de las primeras 24 horas cuando la persona asegurada vaya a consultar disponibilidad a la app Salud ING DKV.
- En el caso de que la persona asegurada no esté conforme con la cita propuesta, se le ofrecerán otras citas alternativas, pudiendo estas no cumplir con las condiciones del compromiso de atención inmediata.
- Esta garantía sólo es válida en territorio español.
- El horario de atención es días laborables, de lunes a viernes, de 9:00 a 20:00 horas.
- Este compromiso no aplicará en caso de problemas tecnológicos ajenos a DKV Seguros.

1.1.3 Videollamada especialidades de referencia

Compromiso de calidad de atención médica digital a través del cual la compañía garantiza que la persona asegurada obtendrá cita en un máximo de 3 días para ser atendido a través de videollamada con un médico especialista, en las siguientes especialidades de referencia: oncología, alergología, aparato digestivo, cardiología, dermatología, ginecología, oftalmología, otorrinolaringología, psicología, traumatología y urología.

Las condiciones para este compromiso son:

- La aseguradora ofrecerá la primera cita disponible dentro de los 3 días siguientes cuando la persona asegurada vaya a consultar disponibilidad de videollamada con especialista a la app Salud ING DKV. En el caso de que la persona asegurada no esté conforme con la cita propuesta, se le ofrecerán otras citas alternativas, pudiendo estas no cumplir con las condiciones del compromiso de atención inmediata.
- El horario de atención es días laborables, de lunes a viernes, de 9:00 a 20:00 horas.
- Esta garantía sólo es válida en territorio español.
- Este compromiso no aplicará en caso de problemas tecnológicos ajenos a DKV Seguros.

1.2. Atención inmediata presencial

Compromiso de calidad de atención médica presencial, tras la prescripción por parte de un médico digital (medicina general, pediatría o especialistas de referencia) (prescripción digital), a través del cual la compañía garantiza que la persona asegurada no esperará más de 10 días para ser atendido en consulta presencial con un médico especialista, en las siguientes especialidades de referencia: alergología, aparato digestivo, cardiología, ginecología, oftalmología, otorrinolaringología, psicología, traumatología, y urología.

Se entiende por prescripción por parte de un médico digital, todo aquel caso o episodio **iniciado desde las prestaciones digitales descritas en los puntos 1.1, 1.2 y 1.3 de este apartado**, y **que han concluido con la recomendación médica de solicitar visita presencial con un médico o especialista de la Red de DKV Servicios Sanitarios**.

Las condiciones para este compromiso son:

- Un equipo especializado de DKV Seguros gestionará la cita presencial (tras derivación del médico digital) del cliente que lo solicite, agendando la cita en un máximo de 10 días laborables.
- Tras la derivación a cita presencial por un especialista digital, la aseguradora le ofrecerá al cliente a través de la búsqueda de cuadro médico en la app Salud ING DKV la opción de que un profesional de DKV Seguros le gestione una cita presencial para la especialidad a la cual se le ha derivado.

- Esta derivación y su mensaje a la persona asegurada aparecerá en la app Salud ING DKV hasta 3 días después de la derivación del especialista digital. Pasados estos 3 días, el cliente ya no podrá contar con la ayuda de la aseguradora para agendar su cita presencial y deberá agendarla por su cuenta.

- Gestionaremos la cita sobre un conjunto de profesionales propuestos desde la aseguradora y de acuerdo con la agenda habilitada por cada especialista presencial.

- El compromiso de atención inmediata de 10 días en cita presencial sólo aplicará si la cita se ha gestionado por el personal designado a este fin por parte de la aseguradora.

- Las citas que se gestione la persona asegurada por su cuenta no están sujetas al cumplimiento del atributo de atención inmediata.

- Horario de cita y de cumplimiento: En el horario laboral comprendido de 9:00 a 18:00 horas de lunes a viernes no festivos. Si la cita se solicita después de las 17:00, el contador de tiempo para la obtención de cita, empezará a las 9:00 del siguiente día laborable.

- Límite geográfico: ofreceremos la cita en la población más cercana posible a la persona asegurada, teniendo en cuenta los territorios sensibles donde existe un cuadro médico más limitado.

- Aceptación del cliente: el cliente deberá aceptar o rechazar expresamente la cita dentro de los primeros 5 minutos. En caso contrario, la aseguradora no puede garantizar la disponibilidad.

- En el caso de que la persona asegurada no esté conforme con la cita propuesta, se le ofrecerán otras citas alternativas, pudiendo estas no cumplir con las condiciones del compromiso de atención inmediata.

- Este compromiso no aplicará durante el periodo vacacional del 15 de julio al 30 de agosto por descanso de los profesionales sanitarios y cierre por vacaciones de muchos centros médicos.

En caso de huelgas o parones generalizados en todo el territorio o en alguna zona en particular de los profesionales sanitarios, no podremos garantizar el cumplimiento de los tiempos que se estipulan en este contrato. En ese caso, se notificará al cliente.

2. Cómo solicitar la indemnización

La persona tomadora dispondrá de un plazo máximo de 1 mes desde la prestación del servicio para solicitar la compensación económica de cualquiera de las tipologías del compromiso de atención inmediata. La persona tomadora podrá solicitar la devolución por correo electrónico a defensacliente@dkvseguros.es.

Compromiso de protección de pagos: cobertura de desempleo, incapacidad temporal u hospitalización

Por el presente Certificado, **AXA FRANCE VIE y AXA FRANCE IARD Sucursales en España**, con domicilio en calle Arequipa 1, esc. izquierda 3ª Planta, CP 28043 de Madrid, con número C.I.F. W2502654C y W2502653E respectivamente, y de cuya póliza DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E. es tomador, garantiza la cobertura de los riesgos de desempleo, incapacidad temporal y hospitalización, según los casos, de los tomadores de las pólizas del seguro de salud.

Tipo de producto: seguro de protección de prima.

Asegurados: son las personas físicas que tengan la condición de tomadores en el seguro de salud, las cuáles serán incluidas por DKV Seguros en la póliza colectiva conforme a las condiciones establecidas en este certificado de seguro.

Beneficiario: el beneficiario principal es el tomador del seguro de salud para abonar el importe de la prima del seguro de salud protegido, salvo que haya recibos de prima vencidos e impagados tras la fecha de ocurrencia del siniestro, en cuyo caso, AXA realizará el abono de la indemnización a DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E. para satisfacer las primas pendientes de pagar por el tomador del seguro de salud y, en segundo lugar, procederá al abono del resto de la indemnización, si existiera y hasta el máximo de la prestación garantizada, al tomador del seguro de salud.

Fecha de inicio de la cobertura: para cada tomador del seguro de salud será la fecha de inicio de su seguro y siempre que se cumplan los criterios de elegibilidad del seguro de protección de prima.

1. ¿A qué coberturas tengo derecho?

El seguro cubre los riesgos de incapacidad temporal, desempleo y hospitalización. El objetivo de esta póliza es compensar la

pérdida de ingresos del tomador del seguro de salud cuando se encuentre en una de las situaciones descritas. Es admisible toda persona física que: a) sea cliente de DKV Seguros; b) no sea discapacitado legal; c) que, a la fecha de adhesión al seguro, tenga más de 18 años de edad y menos de 67 años, para las coberturas de desempleo e incapacidad temporal, y mayor de dieciocho (18) años y menor de ochenta (80) años, para la cobertura de hospitalización; d) para la cobertura de desempleo, debe estar trabajando de forma remunerada en el estado español en base a un contrato indefinido de forma continua los últimos 6 meses, durante un mínimo de 13 horas semanales, encontrándose en situación de alta en la Seguridad Social, Mutualidad, Montepío o Institución análoga que la legislación determine y para incapacidad temporal debe contar con un contrato temporal o ser autónomo o funcionario de cualquier administración a nivel estatal, regional o local; e) para la cobertura de hospitalización, no debe estar trabajando de forma remunerada.

2. ¿Qué riesgos están garantizados?

- En caso de **incapacidad temporal** del tomador del seguro de salud, se garantiza al beneficiario el pago de **un importe igual a una mensualidad (1/12) de la prima anual del seguro de DKV Seguros por cada 30 días consecutivos** que el tomador del seguro de salud se encuentre en situación de incapacidad temporal a contar desde la fecha de siniestro, con un **máximo de 6 meses consecutivos o alternos por año. El importe máximo garantizado será de 3.000€ por siniestro y año.**

- En caso de **desempleo** del tomador del seguro de salud, se garantiza al beneficiario el pago de **un importe a una mensualidad (1/12) de la prima anual del seguro de DKV Seguros por cada 30 días consecutivos** que el tomador del seguro de salud se encuentre en situación de desempleo a contar desde la fecha del siniestro, **con un máximo de 6 meses consecutivos o alternos por año. El importe máximo garantizado será de 3.000€ por siniestro y año**. Se entiende por fecha de ocurrencia de siniestro la fecha efectiva de la inscripción como demandante de empleo emitida por el INEM u organismo competente sin perjuicio del periodo de carencia en situación de desempleo establecido en el presente certificado.

- En caso de **hospitalización** del tomador del seguro de salud, se garantiza al beneficiario **el pago de un importe igual a una mensualidad (1/12) de la prima anual del seguro de DKV Seguros protegida una vez transcurridos 7 días en situación de siniestro.** Al alcanzar 30 días desde la fecha de ocurrencia del siniestro, **el tomador del seguro de salud continuará recibiendo un importe igual a una mensualidad (1/12) de la prima anual del seguro de salud de DKV Seguros por cada 30 días consecutivos** que se encuentre en situación de hospitalización a contar desde la fecha de ingreso hospitalario del tomador del seguro de salud, con **un máximo de 6 meses consecutivos o alternos por año. El importe máximo garantizado será de 3.000€ por siniestro y año.** Corresponderá la garantía de hospitalización a aquellos tomadores del seguro de salud que no se encuentren trabajando de forma remunerada.

Para todas las garantías se indemniza utilizando como base la cuota anterior a la fecha del siniestro.

Incompatibilidad de garantías

El pago de la prestación por una de las garantías de incapacidad temporal, desempleo u hospitalización excluye el pago simultáneo por cualquier otra garantía.

Si la situación laboral del tomador del seguro de salud cambiase, éste pasará a estar cubierto por la cobertura que cumpla con los requisitos de la nueva situación sin necesidad de comunicarlo a la aseguradora.

Extinción de garantías

La duración nunca podrá superar los ochenta (80) años del tomador del seguro de salud.
El presente certificado dejará de tener efecto cuando:

1. Para la cobertura de incapacidad temporal, en caso de alcanzar un número máximo de treinta (30) mensualidades de indemnización durante toda la vigencia.

2. Por el fallecimiento del tomador del seguro de salud.

3. Por cancelación total del seguro sobre la que se basa el presente seguro.

4. En el caso de falta de una de las primas siguientes a la primera, la cobertura quedará suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si la aseguradora no reclamara el pago dentro de los seis (6) meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que la póliza del seguro queda extinguido. Igualmente, cuando la póliza del seguro este en suspenso, solo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.

3. En caso de siniestro ¿debo cumplir algún periodo de carencia?

Sí. El derecho a las prestaciones cubiertas por este contrato se inicia desde la contratación del seguro de salud, con los períodos de carencia que a continuación se mencionan. Se entiende por período de carencia aquél en que la producción del siniestro no generará derecho alguno a indemnización, presente o futura, para el tomador del seguro de salud. Dicho período será de dos meses para el desempleo y de un mes para la incapacidad temporal u hospitalización.
No hay carencia para la incapacidad temporal u hospitalización derivada de accidente.

4. Exclusiones

Las exclusiones que se describen a continuación son comunes a todas las coberturas:

a) **Los siniestros producidos cuando el tomador del seguro de salud se encuentre en estado de embriaguez, esto es, cuando el grado de alcoholemia sea superior al establecido por la normativa en materia de tráfico y circulación de vehículos a motor vigente en el momento del accidente o bajo los efectos de drogas tóxicas o estupefacientes, fármacos o tratamientos que no le hubieran sido prescritos o administrados por un médico, o que le hayan sido prescritos o administrado médicamente; los que ocurran en estado de perturbación mental, sonambulismo o en desafío, lucha o riña, excepto caso probado de legítima defensa; así como los derivados de una actuación delictiva del tomador del seguro de salud, declarada judicialmente.**

b) **Los siniestros derivados de la participación del tomador del seguro de salud en carreras de vehículos a motor, así como los accidentes producidos en circuitos y las que resulten de la práctica de cualquier deporte de riesgo y las ocasionadas por la conducción de vehículos a motor si el tomador del seguro de salud no está en posesión de la autorización administrativa correspondiente y, en cualquier caso, los derivados del uso de motocicletas de cilindrada superior a 250 c/c, sea como conductor o como ocupante, y las acaecidas durante viajes submarinos o de exploración, así como los de aviación, excepto como pasajeros de líneas comerciales, y en general todas aquellas ocurridas como consecuencia de la participación del tomador del seguro de salud en todo acto notoriamente peligroso que no esté justificado por ninguna necesidad de su profesión (excepto si se trata de salvar una vida humana).**

c) **Las intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos demandados por el tomador del seguro de salud exclusivamente por razones estéticas, siempre que no se deban a secuelas de accidentes, así como las lesiones o enfermedades causadas voluntariamente por el tomador del seguro de salud.**

d) **Las intoxicaciones alimentarias o por veneno.**

e) **Las ocurridas por manejo, manipulación o utilización de explosivos pirotécnicos.**

f) **Las causadas por circunstancias extraordinarias.**

g) **Las producidas por mala fe del tomador del seguro de salud, así como las provocadas intencionadamente por el tomador del seguro de salud, actos de imprudencia temeraria o negligencia grave del tomador del seguro de salud una vez que haya sido dictado por resolución judicial.**

Las exclusiones que se describen a continuación son particulares a cada cobertura, y se tendrán en cuenta junto con las exclusiones comunes anteriormente descritas.

- INCAPACIDAD TEMPORAL Y HOSPITALIZACIÓN

No tienen la consideración de incapacidad temporal u hospitalización y, consecuentemente, no se paga prestación alguna por aquellos siniestros que resulten o sean consecuencia de las siguientes situaciones:

a) **Las producidas por enfermedades psiquiátricas, cefaleas, enfermedades mentales y nerviosas, incluidas la depresión, el estrés y afecciones similares, y sus consecuencias.**

b) **No se considerarán incapacidad temporal los siniestros que resulten de aquellos periodos de descanso obligatorio y voluntario que procedan por maternidad o paternidad. No obstante, no se encuentran excluidos los siniestros motivados por complicaciones en caso de embarazo, parto o aborto.**

c) **Dolores de espalda y cuello (tales como cervicalgia, dorsalgia o lumbalgia), salvo que existan evidencias objetivadas por estudios médicos complementarios (radiologías, gammografías, scanner, T.A.C., etc.) que acrediten la existencia de una lesión o enfermedad y que sean causantes de la incapacidad temporal.**

- DESEMPLEO

No se considera desempleo cuando el tomador del seguro de salud se encuentre en cualquiera de las siguientes situaciones:

a) **Cuando la finalización del contrato indefinido se deba a un despido declarado legalmente procedente o baja voluntaria, excepto si se trata de un despido procedente basado en causas objetivas económicas, técnicas, organizativas o de producción, de conformidad con el apartado c) del artículo 52 del Estatuto de los Trabajadores o en virtud de despido colectivo adoptado por decisión del empresario al amparo de lo establecido en el artículo 51 del Estatuto de los Trabajadores o de resolución judicial adoptada en el seno de un procedimiento concursal.**

b) **Cuando cesen voluntariamente en el trabajo, salvo por las causas previstas en los artículos 40, 41 y 50 del Estatuto de los Trabajadores o cuando tomador del seguro de salud se acoja voluntariamente a un expediente de regulación de empleo.**

c) **Cuando el contrato indefinido finalice por jubilación del tomador del seguro de salud o por jubilación del empleador, cualquiera que sea su causa o cuando el trabajador haya alcanzado la edad legal de jubilación y reuniese todos los requisitos legales necesarios para acceder a la pensión de jubilación.**

d) **Cuando el despido es comunicado al tomador del seguro de salud con anterioridad a la contratación del seguro o dentro de los periodos de carencia o éste se produzca dentro del periodo de prueba de un contrato indefinido, si existiera.**

e) **Los contratos de trabajo fijos de carácter discontinuo, en los periodos en que carezcan de ocupación efectiva.**

f) **Cuando se reduzca la jornada de trabajo por cualquier causa y el tomador del seguro de salud siga percibiendo una parte de su salario.**

g) **Cuando se suspenda la relación laboral, por decisión del empresario, al amparo de un expediente de regulación temporal de empleo por causa de fuerza mayor.**

h) **Cuando hayan sido despedidos y no reclamen en tiempo y forma oportunos contra la decisión empresarial, salvo por extinción del contrato o despido basado en las causas objetivas previstas en el artículo 52 del Estatuto de los Trabajadores o despido colectivo adoptado por decisión del empresario al amparo de lo establecido en el artículo 51 del Estatuto de los Trabajadores o de resolución judicial adoptada en el seno de un procedimiento concursal, en cuyo caso no sería necesaria dicha reclamación.**

i) **Cuando el trabajador no haya solicitado el reingreso al puesto de trabajo en el caso en que la opción entre indemnización o readmisión correspondiera al trabajador o no se ejerza tal derecho por parte del tomador del seguro de salud cuando el despido hubiera sido declarado nulo o improcedente en sentencia firme y comunicada por el empleador la fecha de reincorporación o se estuviera en excedencia y venciera el periodo fijado para la misma.**

j) **Si el tomador del seguro de salud rechaza, dentro de su ámbito geográfico, un puesto de trabajo alternativo ofrecido por el mismo u otro empresario que esté acorde con su formación y previa experiencia.**

k) **Si el tomador del seguro de salud o tiene derecho a percibir un salario por parte del empleador. Se exceptúan de este supuesto los complementos salariales pactados colectivamente en los supuestos de suspensión de la relación laboral, por decisión del empresario al amparo de lo establecido en el artículo 47 del Estatuto de los Trabajadores, o en virtud de resolución judicial adoptada en el seno de un procedimiento concursal.**

l) **Cuando la relación laboral del tomador del seguro de salud fuera con una empresa propiedad de su ámbito familiar hasta el tercer grado de consanguinidad o afinidad, así como en los casos en que el tomador del seguro de salud o un familiar suyo hasta el tercer grado de consanguinidad o afinidad fuera socio o Administrador de la empresa. Y también si el tomador del seguro de salud fuera socio con presencia o representación directa en los órganos de administración de la Sociedad.**

m) **Cuando su contrato indefinido se extinga por expiración del tiempo convenido, finalización de la obra o servicio objeto del contrato o finalización el contrato temporal por circunstancias de la producción.**

n) **Si inmediatamente antes de la fecha de inicio del desempleo el tomador del seguro de salud: (i) no ha tenido relación laboral durante un periodo continuado de, al menos, 6 meses o no ha trabajado a jornada completa durante dicho periodo o (ii) ha estado vinculado por una relación laboral en la que el despido es una característica regular o recurrente.**

o) **Cuando el tomador del seguro de salud se acoja voluntariamente a un despido colectivo adoptado por decisión del empresario al amparo de lo establecido en el artículo 51 del Estatuto de los Trabajadores o de resolución judicial adoptada en el seno de un procedimiento concursal.**

p) **Los despidos que tengan lugar durante el periodo de prueba.**

q) **En caso de que siga recibiendo una parte de su salario como consecuencia de una reducción de su jornada laboral.**

r) **Tampoco tendrá derecho el tomador del seguro de salud a percibir las prestaciones correspondientes a la cobertura de desempleo en caso de: (i) adhesión voluntaria a un expediente de regulación de empleo; ni de (ii) suspensión de la relación laboral por causa de fuerza mayor por decisión del empresario al amparo de lo establecido en el artículo 47 del Estatuto de los Trabajadores; ni de (iii) extinción de la relación laboral por causa de fuerza mayor.**

5. ¿Qué debo hacer en caso de querer hacer uso de esta garantía?

En caso de acontecer un siniestro el tomador del seguro de salud debe comunicarlo a la compañía, llamando al teléfono 910 878 095, de lunes a jueves en horario de 9:00h a 18:00h, y los viernes y agosto en horario de 8:00h a 15:00h, o a través de la dirección de e-mail clp.es.siniestros@partners.axa.

En el caso de que el Siniestro sea por desempleo o incapacidad temporal el tomador del seguro de salud podrá asimismo comunicarlo a través de la web de Siniestros http://clp.partners.axa/es/siniestros, en la cual podrá además adjuntar la documentación requerida y hacer seguimiento del estado del siniestro a través de su ordenador, dispositivo móvil, tablet u otro dispositivo electrónico análogo. El tomador del seguro de salud deberá aportar la documentación acreditativa del siniestro que le exija la compañía aseguradora. La compañía podrá exigir en cualquier momento la documentación acreditativa de que el tomador del seguro de salud continúa en situación de desempleo o incapacidad temporal.

6. Reclamaciones

El tomador del seguro de salud dispone de un Servicio de Atención al Cliente al que puede dirigirse por escrito o vía e-mail para interponer una reclamación o queja (calle Arequipa 1, 3ª planta 28043 Madrid, e-mail: cliente.atencion@partners.axa). Las reclamaciones o quejas se resolverán en un plazo máximo de dos meses.

En caso de no obtener respuesta de la compañía en el mencionado plazo, o en el supuesto de que su queja o reclamación sea denegada por ésta última, el tomador del seguro podrá acudir ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado adscrito a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Para la admisión y tramitación de la queja o reclamación ante dicho Comisionado, el tomador del seguro de salud deberá acreditar haber acudido con anterioridad al Departamento de Atención al cliente de la Compañía.

Lo anterior se entiende sin perjuicio de que el tomador del seguro de salud acuda a cualquier otro medio que proceda en derecho. Alternativamente, se pueden someter a la decisión arbitral, bien en los términos previstos en el Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias (Sistema Arbitral de Consumo).

7. Condiciones de rescisión anticipada de la póliza

Rescisión por parte de la aseguradora: (i) Impago de Prima (artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro), (ii) Reticencia o inexactitud en la declaración del tomador del seguro de salud (artículo 12; 89 y 90 de la Ley de Contrato de Seguro).

8. Protección de datos

Datos de contacto del responsable del tratamiento y del Delegado de Protección de datos

AXA FRANCE VIE, Sucursal en España y AXA FRANCE IARD, Sucursales en España, ambos con domicilio social en calle Arequipa 1, 3ª planta, 28043 Madrid son los responsables del tratamiento de los datos de carácter personal suministrados por el tomador del seguro de salud y, por tanto, son quienes determinan los fines y medios del tratamiento de su información. Los datos de contacto del Delegado de Protección de Datos del responsable es el siguiente: clp.es.privacidad@partners.axa.

Los responsables garantizan que tratarán los datos de carácter personal facilitados por el tomador del seguro de salud de conformidad con la normativa aplicable y, en concreto, bajo lo dispuesto por el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (“RGPD”) así como de conformidad con la normativa nacional de desarrollo de dicho Reglamento, y se comprometen, teniendo en cuenta el estado de la técnica, los costes de aplicación, y la naturaleza, el alcance, el contexto y los fines del tratamiento, así como riesgos de probabilidad y gravedad variables para los derechos y

libertades de las personas físicas, a aplicar medidas técnicas y organizativas apropiadas para garantizar un nivel de seguridad adecuado al riesgo, así como a garantizar la confidencialidad, proteger su información y evitar el uso indebido de sus datos personales conforme al Manual Técnico de Seguridad de AXA Partners, en el cual se detalla las medidas que realizamos como seudonimización y cifrado de datos personales, controles de seguridad tanto físicos como informáticos, empleados capacitados, políticas de privacidad, garantía de seguridad con servidores seguros bajo protocolo SSL entre muchas otras medidas.

Finalidades del tratamiento de sus datos de carácter personal

La finalidad del tratamiento de sus datos personales es el necesario tratamiento de dichos datos para el pleno desenvolvimiento del contrato de seguro y el cumplimiento de las obligaciones legales.

Los responsables podrán tratar sus datos de carácter personal con la finalidad de liquidación de siniestros y la colaboración estadístico actuarial con la finalidad de permitir la tarificación y selección de riesgos y la elaboración de estudios de técnica aseguradora. Igualmente, podrán establecer este tipo de ficheros cuya finalidad sea prevenir el fraude en el seguro. Asimismo, la aseguradora garantiza que los datos facilitados por el solicitante no serán tratados para otra finalidad distinta a las establecidas con anterioridad ni serán vendidos bajo ningún concepto.

Legitimación para el tratamiento

La base que legitima este tratamiento es, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 99 de la Ley 20/2015 de 14 de julio de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, que las entidades aseguradoras como responsables de sus datos, traten sus datos a los efectos de garantizar el pleno desenvolvimiento del contrato de seguro y el cumplimiento de las obligaciones establecidas en la mencionada ley y en sus disposiciones de desarrollo.

Destinatarios de sus datos

Sus datos personales no se cederán con carácter general a terceros, salvo para su cesión a los profesionales médicos y otros profesionales, o terceros proveedores siempre que ello sea necesario para la correcta valoración del riesgo y el cumplimiento de los fines directamente relacionados con sus coberturas bajo el contrato de seguro.

En este sentido, sus datos personales podrán ser cedidos a otras entidades o proveedores para las finalidades establecidas en la presente política de protección de datos de los responsables, los cuales, podrán estar ubicados en terceros países para los que sea necesario realizar una transferencia internacional de datos.

Asimismo, sus datos de carácter personal se comunicarán a otras empresas de AXA, para la participación de las mismas en el desarrollo y cumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato de seguro, así como para fines administrativos internos, incluido el tratamiento de datos personales de clientes o empleados, para fines actuariales, estadísticos y contables, así como ser cedidos a otras entidades aseguradoras o reaseguradoras por razones de reaseguro o coaseguro.

Las compañías a las que se cederán sus datos personales son las siguientes:

- **AXA FRANCE VIE (313 Terrasses de l´Arche – 92727 Nanterre Cedex-Paris)**
- **AXA IARD (313 Terrasses de l´Arche – 92727 Nanterre Cedex-Paris)**
- **AXA Partners SAS (313 Jar Jardin de L ´Arche 92000 Nanterre-Paris)**
- **AXA Partners SAS, Sucursal en España (calle Arequipa 1, 3ª planta, 28043 Madrid)**

Sus datos podrán ser accedidos por el encargado de tratamiento de DKV Seguros cuya legitimidad es la ejecución del contrato de encargo para tratar los datos personales por cuenta del responsable del tratamiento.

Por último, estos datos podrán ser cedidos bajo obligación legal. En este sentido, sus datos estarán siempre a disposición de las administraciones públicas, jueces y tribunales.

En cualquier caso, los datos que sean comunicados serán aquellos que resulten imprescindibles para el cumplimiento de las obligaciones legales, para el abono de la indemnización o la prestación derivada de la póliza, o para el pleno desenvolvimiento del contrato de seguro y únicamente a aquellas entidades que apliquen el mismo grado de protección de la información que el responsable de tratamiento.

Transferencia Internacional

Le informamos que de AXA tiene aprobadas unas normas corporativas vinculantes, se trata de un estándar reconocido internacionalmente que proporciona una adecuada protección en la gestión de los datos de carácter personal en el ámbito de una compañía multinacional. Estas normas han sido aprobadas por 16 autoridades de protección de datos europeas, entre ellas la Agencia Española de Protección de Datos. De una forma más concreta, en dichas normas se establecen unas

medidas similares para la protección de datos personales obtenidos en el curso del negocio cuando dichos datos deban transferirse dentro de las compañías del grupo.

Sus datos podrán ser comunicados a una entidad del grupo situada fuera de España o del Espacio Económico Europeo, dichas transferencias se realizarán en base a las normas corporativas vinculantes del grupo AXA a las que estamos adheridos, dichas normas garantizan un nivel adecuado de protección equivalente al de la Unión Europea. En el caso en el que la entidad del grupo no estuviera adherida a las normas corporativas vinculantes, la transferencia se realizará al amparo de las cláusulas contractuales tipo. En cualquier caso, sus datos serán tratados atendiendo al cumplimiento de la legislación europea y española en materia de protección de datos.

Derechos que le asisten

Tiene derecho a acceder a su información personal, así como a solicitar su rectificación en caso de ser inexactos, o a solicitar la supresión de estos, cuando, entre otros motivos, ya no sean necesarios para los fines para los que fueron recogidos. Asimismo, podrá oponerse al tratamiento de sus datos para determinadas finalidades, o ejercer el derecho de limitación del tratamiento de su información, solicitando la conservación de la misma.

En determinados casos el tomador del seguro de salud podrá solicitar la portabilidad de sus datos a otro responsable de tratamiento.

El tomador del seguro de salud podrá solicitar el ejercicio de cualquiera de estos derechos por escrito, facilitando una fotocopia de su DNI a la dirección de los responsables, AXA FRANCE VIE, Sucursales en España ambos con domicilio social en calle Arequipa 1, 3ª planta, 28043 Madrid o bien a través de la dirección de correo electrónico del Delegado de Protección de Datos del responsable: clp.es.privacidad@partners.axa.

Trataremos de atender a su consulta en el plazo máximo de un mes a partir de la recepción de su solicitud. No obstante, en caso de que dicho plazo tenga que verse prorrogado hasta dos meses más dada la complejidad o el número de solicitudes existentes, le informaremos sobre los motivos de esta dilación.

Por último, le informamos que como titular de sus datos tiene derecho a recabar tutela y a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos, especialmente cuando no estés satisfecho con la gestión que hemos llevado a cabo en relación con el ejercicio de sus derechos. Para más detalle puede consultar la web de la agencia: www.aepd.es.

Conservación de la información de carácter personal

Sus datos personales serán conservados mientras esté en vigor el contrato de seguro dado que esta fue la finalidad para la que fueron recabados. Tras su terminación, o si el tomador del seguro de salud ejerciera su derecho de supresión, cancelación o limitación del tratamiento de sus datos, mantendremos su información debidamente bloqueada, sin darle ningún uso, durante el plazo necesario en el que pudiera derivarse algún tipo de responsabilidad judicial, regulatoria o contractual para los responsables y para lo cual sea necesaria su recuperación.

No obstante, lo anterior, en ningún caso se mantendrá sus datos bloqueados durante un plazo superior a 10 años desde la finalización de la relación contractual, por ser el plazo de conservación obligatorio establecido por la normativa de prevención del blanqueo de capitales y financiación del terrorismo.

Consentimiento

Le informamos que el tratamiento de sus datos personales para la finalidad principal, esto es, para la ejecución y el pleno desenvolvimiento de estos beneficios, así como para poder cumplir con las obligaciones derivadas del mismo, no requiere su consentimiento expreso. No obstante, precisamos su información personal dado que, en caso contrario, no podría desenvolverse la prestación de la cobertura.

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

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

La persona tomadora del seguro

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

Servicios: Club Salud NARANJA y aplicación Salud ING DKV

Además de las coberturas del contrato de seguro mencionadas, con Seguro de Salud NARANJA DKV Completo Equipo personal tienes disponibles una serie de servicios adicionales que detallamos a continuación:

Club Salud NARANJA

Con Club Salud NARANJA podrás disfrutar de una serie de servicios adicionales de promoción de la salud, así como de servicios sanitarios y de asistencia familiar, con unos descuentos o tarifas especiales inferiores a los precios de mercado.

Te indicamos como acceder para utilizar cualquiera de los servicios:

1. **Accede a la app Salud ING DKV e inicia sesión** con tu usuario y contraseña.
2. Realiza la **búsqueda del servicio** que prefieras y selecciona la persona asegurada.

La mayoría de los servicios se adquieren mediante pago online en la app Salud ING DKV, y solo tendrás que pedir hora y disfrutar del servicio mostrando el bono recibido. Sin embargo, en algunos servicios, el pago se realiza en el propio centro, por lo que será necesario que emitas un bono-reserva para identificarte como cliente de Club Salud NARANJA, y así beneficiarte del precio especial o descuento.

Puedes obtener más información en la app Salud ING DKV o llamando al número 900 812 221.

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

A modo de ejemplo, algunos de los servicios a los que puedes acceder son:

Servicios de promoción de la salud

- Servicios wellness o bienestar: balnearios y spas urbanos.
- Gimnasios y fitness.
- Asesoramiento dietético nutricional.

Servicios médicos cosméticos o estéticos

- Cirugía refractiva láser de la miopía, hipermetropía y astigmatismo.
- Cirugía de la presbicia.
- Medicina estética.

Servicios preventivos

- Estudios genéticos predictivos.
- Programa de deshabituación tabáquica.
- Criopreservación en banco de células madre hematopoyéticas del cordón umbilical.
- Estudio biomecánico de la marcha.

Servicios sanitarios complementarios

- Tratamiento de reproducción asistida.
- Psicología.

Servicios de autocuidado personal

- Salud auditiva.

- Salud capilar.
- Servicio de óptica.
- Servicio de ortopedia.

Servicios sociosanitarios y de asistencia familiar

- Servicios de apoyo a hospitalizados dependientes o personas solas.
- Cuidados postparto en el hogar.
- Servicios de ayuda domiciliaria.
- Servicio de teleasistencia fija y móvil.
- Servicio de adaptación del hogar.

Servicios de reeducación o rehabilitación

- Terapia de reeducación para la recuperación de los trastornos de la fonación, del habla o lenguaje.
- Terapias de la apnea obstructiva del sueño.
- Programa de entrenamiento o reeducación del suelo pélvico.

Aplicación Salud ING DKV

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, disponibles en la aplicación Salud ING DKV, que incluye:

- **Tarjeta digital:** la tarjeta digital MediCard®, con la que podrá identificarse como persona asegurada de DKV Seguros en los centros médicos.

- **Salud:** sección que agrupa la carpeta de salud, en la que 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 estas.

  Además, permite el acceso al apartado de farmacia que permite solicitar y recibir recetas electrónicas, y revisar los medicamentos prescritos. La receta médica electrónica permite al médico emitir prescripciones de medicamentos, y que la persona asegurada las reciba automáticamente 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).

- **Médicos:** acceso directo al "Médico personal" por chat o videollamada y a las opciones de prestación asistencial en caso de urgencias: acceso a chat, acceso a línea telefónica de urgencias y consulta de centros para visitas de urgencias. También se puede acceder a la búsqueda de centros para determinadas pruebas diagnósticas y en caso de cobertura dental, consulta de clínicas dentales.

- **Agenda:** agenda personal para visualizar automáticamente las citas solicitadas desde la app con cita online, así como revisar el histórico de sus actividades de salud.

- **Asistente salud:** acceso a chat con su asistente de salud que le facilitará la gestión de autorizaciones y citas médicas.

- **Club Salud NARANJA:** acceso al club de servicios de salud y bienestar a precios ventajosos.

Asimismo, la app Salud ING DKV le ofrece la posibilidad de gestionar el seguro de forma sencilla y fácil con funcionalidades diferenciadas para la persona tomadora y las aseguradas:

- **Datos de la póliza:** información del seguro y modificación de algunos datos, así como acceso a consulta de la documentación asociada a la póliza y de recibos y copagos, si procede.

- **Gestiones:** sección específica para la consulta de autorizaciones y acceso al certificado de asistencia en viaje, según las coberturas de la póliza.

Derechos y obligaciones

Quejas y reclamaciones

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

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

Torre DKV
Avenida María Zambrano, 31
50018, Zaragoza

O por **correo electrónico** a:

defensacliente@dkvseguros.es

A través de la **app**:

Salud ING DKV

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

900 812 324 (de lunes a domingo, incluidos festivos nacionales, de 8 a 22 horas)

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

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

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

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

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

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

a) Antes de contratar el seguro: declarar a DKV Seguros, en el cuestionario que ésta le proporcione, todas las circunstancias por ella conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerada de tal deber si DKV Seguros no le somete al cuestionario o cuando, aun solicitándolo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él (artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro).

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 o de profesión habitual. También deberá comunicar el inicio de actividades de ocio o deportivas de riesgo elevado o extremo, puesto que, si hubieran sido conocidas por DKV Seguros en el momento de contrato de la póliza, no la habría aceptado o lo habría hecho en condiciones distintas.

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

Y es que, en caso de que la persona tomadora o la asegurada tuviesen derecho a ser indemnizados por parte de terceros

responsables, este derecho pasa a tenerlo DKV Seguros por el importe de la prestación sanitaria pagada a la persona tomadora o a la asegurada.

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

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

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

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

Otras obligaciones de DKV Seguros

DKV Seguros:

Proporcionará la asistencia médica contratada.

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

Pérdida de derechos

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

Suspensión y rescisión del contrato de seguro

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

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

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

Comunicaciones

Si quieres comunicarte con DKV Seguros puedes escribir a nuestro domicilio: Torre DKV, avenida María Zambrano, 31, 50018 Zaragoza (España). También puedes hacerlo mediante los siguientes canales: por teléfono al 900 812 324 o en el correo

electrónico cliente.equipopersonal.ing@dkvseguros.es. No obstante, también serán válidas las comunicaciones que se efectúen de manera fehaciente al agente de DKV Seguros que haya mediado en la póliza.

Si has contratado la póliza a través de un corredor de seguros, él puede hablar en tu nombre frente a la compañía y tendrá los mismos efectos que si dicha comunicación la hubieras realizado tú salvo indicación escrita a DKV Seguros en contrario por tu parte. En todo caso, se precisará tu consentimiento expreso, como persona tomadora del seguro, para suscribir un nuevo contrato o para modificar o dar de baja el contrato de seguro en vigor.

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

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

La persona tomadora se compromete a comunicar cualquier variación en los datos de contacto elegidos a través de la app Salud ING DKV.

Riesgos sanitarios especiales con sobreprima

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

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

Impuestos y recargos

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

Legislación aplicable

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

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

Protección de datos

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

¿Con qué finalidad se tratan los datos?

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

¿Cuál es la base legal que legitima el tratamiento?

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

Destinatarios de los datos

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

Información sobre productos, servicios e iniciativas

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

Seguridad de los datos

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

¿Durante cuánto tiempo se conservan los datos?

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

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

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

¿Cómo puedo ejercer mis derechos de privacidad?

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

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

A través de la app **Salud ING DKV**

en la opción Configuración > Configuración de privacidad > Ejercer mis derechos ARCO

¿Cómo puedo ampliar información?

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

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

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

Definiciones

A

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

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

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

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

Alta tecnología médica: se refiere a las nuevas aplicaciones de la electrónica, la informática, la robótica y la bioingeniería en el campo de la medicina, especialmente en las tecnologías de diagnóstico y tratamiento médico, quirúrgico o rehabilitador. Estas técnicas se caracterizan por un alto coste de inversión, necesidad de personal especializado y estar sujetas a los informes de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (RedETS) para contrastar si su seguridad, efectividad y utilidad terapeúticas están avaladas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B

Biomaterial: materiales biocompatibles utilizados en la fabricación de dispositivos o productos sanitarios, que interactúan con los sistemas biológicos y que se aplican en diversas especialidades de la medicina. Pueden ser de origen artificial o biológico. Se incluyen en este concepto los trasplantes de células con fines regenerativos.

C

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Culpa: actuación negligente que provoca un daño.

D

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

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

Duración del seguro: plazo de vigencia de la cobertura de un contrato de seguro, entre la fecha de efecto inicial y la fecha de vencimiento. Suele ser de un año prorrogable por otros períodos anuales hasta el 31 de diciembre, si no se indica lo contrario en sus condiciones particulares.

E

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

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

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

Enfermedad, lesión, defecto o deformación congénita: es aquella que existe en el momento del nacimiento, como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación hasta el mismo momento del nacimiento. Una afección congénita puede manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento o bien ser descubierta más tarde, en cualquier período de la vida del individuo.

F

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

H

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

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

Hospitalización médica o quirúrgica: ingreso hospitalario necesario para recibir tratamiento médico o quirúrgico. Comprende los gastos generados durante el internamiento hospitalario, los honorarios médicos derivados del tratamiento médico-quirúrgico realizado y, en su caso, las prótesis, siempre que los mismos deriven de tratamientos cubiertos por la póliza.

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

I

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

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

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

Inhibidor enzimático o molecular: medicamentos biológicos dirigidos que actúan sobre una diana terapéutica, intra o extracelular, inhibiendo la generación y transmisión de señales en la vía de crecimiento celular. En este subgrupo terapéutico se incluyen inhibidores de la transcripción enzimática a distintos niveles (por ejemplo, inhibidores de la proteína quinasa, de la 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 antigenoespecíficos, las terapias con citoquinas y las vacunas.

M

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

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

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

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

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

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

N

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

P

Parto prematuro o pretérmino: se considera parto prematuro o pretérmino aquel que sucede después de la semana veinte y antes de la semana treinta y siete de la gestación. DKV Seguros solo asumirá los gastos médicos derivados de un parto prematuro si, antes de la inclusión en la póliza, la persona asegurada no estuviese embarazada o, estándolo, no tuviera modo

de saberlo por ausencia de los signos o síntomas de embarazo.

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

Periodo de exclusión: es el número de meses prefijado en el contrato, contado a partir de la fecha de alta de cada una de las personas aseguradas, en el que no son efectivas algunas de las coberturas incluidas dentro de las garantías de la póliza. Durante este, además, si se diagnostica o se ponen de manifiesto los primeros síntomas de una enfermedad con periodo de exclusión (consultar apartado "Coberturas" para más información), no se tendrá derecho a ningún tipo de prestación relacionada con la misma, quedando excluida de la cobertura del seguro.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

R

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

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

Recibo de prima: documento en el que se detalla cada uno de los pagos de la persona tomadora del seguro o de la asegurada correspondiente al periodo de pago establecido.

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

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

partes del aparato locomotor afectadas por las consecuencias de una enfermedad o accidente originado durante la vigencia de la póliza.

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

Rehabilitación neurológica: conjunto de terapias físicas específicas (también denominada fisioterapia neurológica), prescritas por un médico neurólogo o rehabilitador, y 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.

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

S

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

Seguro modalidad colectiva: a efectos de la contratación, se considera que un seguro es de modalidad colectiva cuando incluye un número mínimo de personas unidas por un vínculo de pertenencia (documentalmente acreditable) a una entidad que tiene un propósito diferente a la contratación de un seguro. Estas personas, además, deben cumplir las condiciones legales de asegurabilidad. La cobertura se realiza mediante adhesión obligatoria (colectivo cerrado) o voluntaria (colectivos abiertos o cofinanciados) a unas condiciones de contratación y/o contrato único previamente acordado por DKV Seguros y el colectivo contratante.

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

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

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

T

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

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

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

Teleterapia ocupacional: la terapia ocupacional es una profesión sanitaria cuya función principal es dotar a la persona que presenta alteraciones físicas o sensoriales de mayor autonomía y mejorar su calidad de vida, empleando para ello la ocupación como medio de rehabilitación. En la modalidad de teleterapia ocupacional las sesiones son prestadas de forma virtual, no presencial.

Terapia génica o genética: es el proceso que permite el tratamiento de las enfermedades hereditarias, del cáncer, las infecciones y otras enfermedades, mediante la modificación del genoma celular. La terapia génica consiste en insertar, mediante distintos vectores, material genético en una célula diana para obtener un efecto terapéutico (síntesis de una

proteína de interés, compensar un déficit genético, estimular la respuesta inmune contra un tumor o la resistencia a la infección producida por un virus).

U

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

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

V

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

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

ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES

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

La persona tomadora del seguro

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

Cód. 2DNP1.CG/52_V1

CLÁUSULAS LIMITATIVAS

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

Estancia psiquiátrica, sólo en brotes agudos: periodo máximo de 60 días por año natural. Asistencia sanitaria VIH/SIDA: hasta un máximo de 6.000 euros por contrato. Prótesis: implantes cardiacos y vasculares con límite de 12.000 euros por persona asegurada y año natural. **Periodos de carencia:** 1. Las intervenciones quirúrgicas, la hospitalización y las prótesis, por cualquier motivo: periodo de seis meses, salvo en los casos de urgencia o accidente. 2. La protonterapia y la asistencia a cualquier tipo de parto (excepto prematuro) o cesárea: periodo de ocho meses. 3. Los trasplantes: periodo de doce meses. 4. La cirugía podológica y el estudio biomecánico de la marcha o pisada: periodo de seis meses. **Periodo de exclusión:** 1. La asistencia sanitaria por infección del VIH/SIDA: periodo de doce meses.

Asistencia en viaje (apartado “Asistencia en viaje” de las condiciones generales)

Límite máximo gastos sanitarios 20.000 euros, y de desplazamiento 180 días. Existen límites de reembolso en gastos no asistenciales.

Exclusiones (se aceptan todas las descritas en el detalle de las letras a) a la z) del apartado "Exclusiones del seguro" de las condiciones generales)

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

DKV Seguros podrá, en todo caso, excluir de cobertura aquellas patologías y condiciones de salud declaradas que no puedan ser asumidas según las características de la póliza, haciendo constar dichas exclusiones concretas de manera expresa.

b) Todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos cuya seguridad y coste-efectividad no cuenten con un informe positivo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (RedETS) dependientes del Ministerio de Sanidad.

c) Los daños físicos que sean consecuencia de guerras, motines, revoluciones y terrorismo; los causados por epidemias, pandemias o emergencias de salud pública de importancia internacional (ESPII), que sean declaradas oficialmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS); los que guarden relación directa o indirecta con radiación o reacción nuclear, y los que provengan de cataclismos (terremotos, inundaciones y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos).

d) Las enfermedades o lesiones derivadas de la práctica profesional o federada de cualquier deporte; de la participación en apuestas, competiciones, y de la práctica como aficionado o profesional de actividades de alto riesgo, tales como el toreo, el encierro de reses bravas, el puenting, el barranquismo, la espeleología, el parapente, el uso de quads; de cualquier deporte extremo o peligroso como el buceo, el bobsleigh, el boxeo, las artes marciales, la hípica, la escalada, el hockey, el snowboard, el rugby; de las carreras de vehículos a motor, de actividades aéreas no autorizadas para el transporte público de viajeros; de actividades de navegación en aguas bravas y en cualquier otra circunstancia de riesgo. Asimismo, en general, quedan excluidos los entrenamientos de todos ellos, y, cualquier otro deporte, actividad recreativa o de ocio de carácter notoriamente peligroso no detallada en la relación anterior, excepto los tratamientos bucodentales consecuencia de un accidente dental grave, si se ha contratado la cobertura opcional de asistencia odontológica.

e) La asistencia sanitaria, para el tratamiento del alcoholismo crónico, de la adicción a todo tipo de drogas o sustancias, así como sus complicaciones y secuelas.

La persona tomadora del seguro

La asistencia sanitaria, incluida la odontológica, que se derive de lesiones producidas por estado de embriaguez, de riñas o desafíos, intento de suicidio o autolesiones; y la que sea consecuencia de enfermedades o accidentes sufridos por dolo, negligencia o imprudencia de la persona asegurada.

Los ingresos en centros para el tratamiento y/o reeducación de conductas adictivas o adicciones no materiales de cualquier clase. Además, quedan excluidos los tratamientos y la ayuda médica para morir (eutanasia).

f) La cirugía estética y cualquier otro tratamiento, infiltración o actuación que tenga una finalidad estética o cosmética, a no ser que existiera un defecto funcional de la parte del cuerpo afectada (no son válidas las razones puramente psicológicas); la cirugía de cambio de sexo, y del lipoedema o lipedema, así como los tratamientos médicos asociados a ambas; los tratamientos de varices de finalidad estética, y de las asintomáticas (grado C2 o inferior, según clasificación clínica de la CEAP); la ginestética y la cosmetoginecología láser; las curas de adelgazamiento ambulatorias o en régimen de internamiento, y los tratamientos dermoestéticos en general, incluidos los capilares.

Queda también excluida la corrección quirúrgica de la miopía, astigmatismo, hipermetropía y presbicia, así como la ortoqueratología y la estética dental. Además de las consecuencias y complicaciones derivadas de todas las exclusiones recogidas en este apartado.

g) Las terapias alternativas y complementarias, como acupuntura, naturopatía, homeopatía, fitoterapia, quiromasaje, drenaje linfático, masaje circulatorio, mesoterapia, magnetoterapia estática, gimnasia, osteopatía, hidroterapia, piscinoterapia, partos alternativos (en el domicilio, acuáticos, etc.), oxigenoterapia trifásica, presoterapia, ozonoterapia, modalidades de fototerapia y sus indicaciones no detalladas en el apartado "Coberturas" y otras prestaciones similares, así como las especialidades médicas o del ámbito sanitario no incluidas en apartado "Coberturas", o no reconocidas oficialmente.

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

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

Queda excluido el láser y la radiofrecuencia en la cirugía de las vías aéreas superiores para el tratamiento de la apnea obstructiva del sueño y en la uvulopalatofaringoplastia (cirugía del roncador).

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

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

Queda excluida, además, la asistencia sanitaria en centros privados no concertados, y la prestada en hospitales, centros y otros establecimientos de titularidad pública integrados en el Sistema Nacional de Salud de España y/o dependientes de las comunidades autónomas, salvo en los supuestos identificados en el apartado "¿Puedo acceder a médicos o centros no incluidos en la Red DKV de Servicios Sanitarios?".

i) La alta tecnología médica diagnóstica y terapéutica, salvo lo detallado en los apartados "Medios de diagnóstico" y "Métodos terapéuticos". Quedan excluidos de forma expresa los procedimientos cardiacos transcatéter (con abordaje transfemoral, transaxilar y transapical) para implantación de la válvula aórtica (TAVI), mitral (TMVI), pulmonar (TPVI), tricúspide (TTVI), y el cierre de la orejuela auricular izquierda vía trans-septal, epicárdica e híbrida, así como el material quirúrgico y/o protésico asociado a ambas intervenciones. Además, se excluyen los servicios de telemedicina en cualquier modalidad asistencial no indicada expresamente en las condiciones generales.

La persona tomadora del seguro

j) El tratamiento de la roncopatía o apnea obstructiva del sueño (salvo treinta sesiones con CPAP o BiPAP), así como los tratamientos y modalidades de radioterapia y sus indicaciones médicas que no se detallen expresamente en el apartado "Métodos terapéuticos: Radioterapia". Además, quedan excluidas la protonterapia, excepto en determinados tumores pediátricos (hasta los 14 años) y con los criterios de inclusión recogidos en el apartado "Métodos terapéuticos: Protonterapia"; la neutronterapia; la radiocirugía con CyberKnife, y los radiofármacos con isótopos radiactivos no autorizados por la EMA (Agencia Europea del Medicamento), ni financiados por el Sistema Nacional de Salud.

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.

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) Las prótesis, implantes, dispositivos sanitarios, piezas anatómicas y ortopédicas, no detalladas en el apartado "Coberturas", y las intervenciones quirúrgicas y las hospitalizaciones asociadas a su colocación o implantación, así como sus complicaciones y secuelas.

Se excluyen, además, el corazón artificial, los implantes de columna, los implantes valvulares transcatéter, y el dispositivo sanitario de cierre de la orejuela auricular izquierda, así como los biomateriales, materiales sintéticos y ortopédicos no detallados expresamente en el apartado "Coberturas complementarias", y su uso para otras indicaciones que no sean las señaladas.

n) La odontología especial: endodóncica, periodóncica, ortodóncica, los selladores de fisuras y las obturaciones o empastes en mayores de 14 años, las reconstrucciones, las prótesis dentales, las apicectomías, la implantología y los medios diagnósticos necesarios para realizar estos tratamientos, excepto si se ha contratado la cobertura opcional de asistencia odontológica.

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

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

Se excluyen, además, la psicoterapia de grupo o pareja, los test psicológicos y psicométricos, la evaluación y rehabilitación psicosocial o neuropsicológica, la terapia educativa, la terapia ocupacional -excepto en las indicaciones y patologías descritas en el apartado "Coberturas complementarias: Telemedicina"-**, y la psicoterapia cognitivo-conductual, y de los trastornos de la comunicación oral y escrita, o del desarrollo de diverso origen,** salvo lo expresamente incluido en el apartado "Coberturas complementarias: 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 el apartado "Métodos terapéuticos: Reeducación logopédica".

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

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

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

La persona tomadora del seguro

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 "Coberturas complementarias".

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

v) Los gastos por uso de teléfono, televisión, pensión alimenticia de la persona acompañante en clínica, los gastos por viaje y desplazamientos (salvo la ambulancia, que solo queda cubierta en los términos contemplados en los apartados "Asistencia primaria" y "Urgencias") 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". **Además, en los trasplantes, se excluirán los gastos de extracción, transporte y conservación del órgano, salvo en el trasplante de córnea.**

x) Los productos farmacéuticos, medicamentos y medios auxiliares de cura de cualquier clase, salvo los que se consuman por la persona asegurada durante el internamiento (un mínimo de 24 horas) en un centro hospitalario. **En cualquier caso, quedan también expresamente excluidos los medicamentos biológicos y biomateriales medicamentosos no detallados en el apartado "Coberturas complementarias: Prótesis quirúrgicas" y las terapias de la letra r) del apartado "Exclusiones del seguro", aunque se administren durante el internamiento hospitalario.**

La quimioterapia oncológica solo cubrirá los gastos de los medicamentos específicamente citostáticos definidos y detallados en el apartado "Definiciones: Citostático". Se excluyen expresamente de este concepto la inmunoterapia antitumoral, los anticuerpos monoclonales, las terapias celulares y genéticas, los tratamientos quimioterápicos intraoperatorios como la quimioterapia intraperitoneal e intraabdominal, la terapia endocrina u hormonal, los inhibidores enzimáticos o moleculares, los fármacos antiangiogénicos y los sensibilizadores usados en la terapia fotodinámica y radiación.

y) La rehabilitación de mantenimiento en lesiones neurológicas irreversibles de diverso origen, en enfermedades o lesiones crónicas del aparato locomotor y por disfunción del suelo pélvico.

Quedan excluidas la estimulación precoz, la terapia ocupacional -excepto en las indicaciones y patologías descritas en el apartado "Coberturas complementarias: Telemedicina"-**, o cualquier modalidad de rehabilitación que se realice en el domicilio** (excepto la indicación señalada en el apartado "Métodos terapéuticos: Fisioterapia domiciliaria")**, la que sea motivo de ingreso hospitalario, o que se realice en centros no autorizados ni inscritos en el registro de Centros y Servicios Sanitarios de la comunidad autónoma respectiva.**

z) El consejo genético, las pruebas de paternidad o de parentesco, la obtención de mapas genéticos de riesgo con finalidad preventiva o predictiva, la secuenciación masiva de genes o cariotipo molecular, las técnicas de hibridación genómica comparada, y las plataformas de microarrays con interpretación automatizada de los resultados (excepto la plataforma genómica pronóstico-predictiva del cáncer de mama)**. Asimismo, queda excluida cualquier otra técnica genética o de biología molecular que se solicite con fin pronóstico o diagnóstico si éste se puede obtener por otros medios o no tiene repercusión terapéutica, o si la terapia queda excluida de cobertura por póliza.**

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

La persona tomadora del seguro

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

900 812 324

Descárgate la app

AENOR conform

Empresa saludable

BARÓMETRO 2023 SALUD INDIVIDUAL 1 ADECOSE

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

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