

SEGURO DE SALUD
NARANJA DKV

ESENCIAL

CONDICIONES GENERALES



Condiciones generales

Seguro de Salud NARANJA DKV Esencial

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/49_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).

¿QUÉ ENCONTRARÉ EN ESTE DOCUMENTO?

Condiciones generales	5
Sobre el contrato de seguro.....	5
¿Qué cubre Seguro de Salud NARANJA DKV Esencial?.....	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.....	13
Exclusiones del seguro.....	27
Periodos de carencia	30
Beneficios	31
Servicios: Club Salud NARANJA y aplicación Salud ING DKV	41
Derechos y obligaciones.....	43
Protección de datos	46
Definiciones	48

Aceptación de las condiciones generales.....	55
Cláusulas limitativas	56

CONDICIONES GENERALES

Este documento son las condiciones generales de Seguro de Salud NARANJA DKV Esencial. 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 Esencial 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 Profesional 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 Financiële 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 Esencial?

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 Esencial dispones de asistencia primaria, urgencias, especialistas y medios de diagnóstico. Tú decides a qué profesional o centro de nuestra red quieres acudir.

¿Qué documentos integran el contrato de seguro?

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

¿Qué personas intervienen?

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

¿Cuándo comienza y finaliza la cobertura?

El seguro se contrata por el periodo previsto en las condiciones particulares 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 **sinistro**, 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 **sinistros** 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 informaremos antes de la renovación del seguro, para que puedas tomar una decisión con toda la información a tu alcance.

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

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

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

Te recordamos que puedes consultar el precio y las condiciones generales vigentes de tu seguro en 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 Esencial 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 extracciones 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 Esencial cubre:



la asistencia primaria, urgencias, especialistas y medios de diagnóstico



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 Esencial 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.

¿Qué médicos y centros tengo a mi disposición?

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

Para consultar los médicos y centros que forman parte de la red puedes llamar por teléfono al 900 812 324 o acceder a la app Salud ING DKV.



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

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

¿Cómo puedo acceder a las coberturas?

1. **Escoge el centro** de la **Red DKV de Servicios Sanitarios** al que quieres acudir y concierta una cita.
2. **Acude a la consulta.** Una vez allí deberás presentar:
 - Tu tarjeta MediCard®, personal e intransferible.
 - Tu Documento Nacional de Identidad o, en su caso, documento oficial identificativo (pasaporte, NIE, etc.).
 - Las autorizaciones en los casos en los que sean necesarias (ver apartado “¿Qué prestaciones requieren autorización?”).

¿Qué prestaciones requieren autorización?

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

Si tienes alguna duda sobre los actos diagnósticos y terapéuticos de tu seguro que requieren autorización previa por parte de DKV Seguros, puedes consultarla a través de la dirección de correo electrónico cliente.ing@dkvseguros.es o bien a través del teléfono 900 812 324.

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

- Por correo electrónico a: cliente.ing@dkvseguros.es.
- A través del área privada del cliente en la web: areadelclienteing.dkv.es.
- Mediante la app Salud ING DKV.
- En nuestras oficinas.
- O llamando al teléfono: 900 812 324.

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.

¿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.

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

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

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

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

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

Coberturas

Con Seguro de Salud NARANJA DKV Esencial 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 Esencial son los siguientes:



Asistencia primaria



Urgencias



Especialidades
médicas y quirúrgicas



Medios de diagnóstico



Métodos terapéuticos



Coberturas
complementarias



Coberturas exclusivas



Cobertura opcional de
asistencia
odontológica



Asesoramiento a
distancia



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**.

Se entenderá por urgencia en este caso aquella asistencia ambulatoria que requiera atención y diagnóstico inmediato.



Especialidades médicas y quirúrgicas

Se cubren las consultas presenciales y virtuales de distintas especialidades médicas y quirúrgicas, los medios de diagnóstico y los tratamientos médicos, exclusivamente cuando se realizan en consulta y no generan gastos de quirófano o internamiento (detallados en los apartados “Especialidades médicas y quirúrgicas”, “Medios de diagnóstico” y “Métodos terapéuticos” del presente documento), excepto las endoscopias digestivas diagnósticas que se cubrirán los gastos de quirófano y anestesia.

- ✓ **Alergología e inmunología:** las vacunas serán a cargo de la **persona asegurada**.
- ✓ **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.**
- ✓ **Cirugía oral y maxilofacial.**

- ✓ **Cirugía pediátrica.**
- ✓ **Cirugía plástica y reparadora.**
- ✓ **Cirugía torácica.**
- ✓ **Cirugía vascular periférica.**
- ✓ **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.**
- ✓ **Geriatría.**
- ✓ **Ginecología:** comprende el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la mujer. Quedan cubiertos el diagnóstico de la esterilidad y la detección precoz del cáncer ginecológico.

Los tratamientos de reproducción asistida serán a cargo de la **persona asegurada** (ver apartado “Servicios adicionales”).

- ✓ **Hematología y hemoterapia.**
- ✓ **Medicina interna.**
- ✓ **Medicina nuclear.**
- ✓ **Nefrología.**
- ✓ **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.

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.**
- ✓ **Oncología.**
- ✓ **Otorrinolaringología.**
- ✓ **Proctología:** se cubre 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.**
- ✓ **Urología:** se cubre la rehabilitación del suelo pélvico por incontinencia urinaria, 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.
- ✓ **Fibrobronoscopias 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 **espectrografía cardíaca o SPECT** de perfusión miocárdica esfuerzo-reposo, incluido el radiofármaco, para evaluar la perfusión coronaria en la cardiopatía isquémica; y la función ventricular global o regional en la insuficiencia cardíaca y las miocardiopatías.

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

- ✓ **Neurofisiología:** electroencefalograma y electromiograma.
- ✓ **Unidad del Sueño:** polisomnografía o poligrafía respiratoria en procesos patológicos, previa petición de un médico especialista.
- ✓ **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 (ArthroRM) en **patología osteocondral y tendinosa de difícil diagnóstico**, la colangiografía por resonancia magnética (CRM) y la colangio-pancreatografía por resonancia magnética (CPRM) para la **exclusión de la coledocolitiasis en colecistectomizados y de la patología oncológica en vías biliares y pancreáticas.**
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 según la modalidad de seguro contratada 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. **Espectrografía (spect) de perfusión cerebral y de transportadores presinápticos de dopamina (DaTscan)** para el diagnóstico diferencial de la enfermedad de Parkinson con otros trastornos del movimiento.
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 crónica. **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 terapéuticos

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. Se cubre en urgencias ambulatorias 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”.
- ✓ **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 domiciliar 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.
- ✓ **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.**
- ✓ **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”.
- ✓ **Laserterapia:** se cubre como técnica de **rehabilitación.**

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



Coberturas complementarias

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

1. Programa de Salud Infantil.

Comprende:

- 1.1. La gimnasia y preparación psicoprofiláctica al parto, con clases prácticas y teóricas de puericultura, y la rehabilitación preventiva del suelo pélvico postparto (periodo de cobertura máximo, **cuatro meses tras el parto**) en servicios de referencia incluidos en la **Red DKV de Servicios Sanitarios, hasta un límite máximo anual de 10 sesiones.**
- 1.2. Los exámenes de salud del recién nacido, incluyendo pruebas de cribado metabólicas (fenilcetonuria e hipotiroidismo primario congénito), las otoemisiones acústicas (OEA) o screening auditivo neonatal para la detección precoz de la hipoacusia, el test de agudeza visual y la ecografía neonatal.
- 1.3. **La administración de las vacunas** del programa de vacunación infantil obligatorio en España, **siendo el medicamento a cargo de la persona asegurada**, excepto cuando se facilite gratuitamente a los centros acreditados de vacunación concertados por las direcciones provinciales de Salud Pública u organismo equivalente de la comunidad autónoma.
- 1.4. Los controles de salud en las edades claves del desarrollo infantil, durante los cuatro primeros años.

2. Programa de detección precoz de la diabetes.

Comprende:

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

3. Programa de detección precoz del glaucoma.

Comprende:

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

- 3.2. En población de riesgo con antecedentes familiares de glaucoma, un control anual de la presión intraocular. Si la presión intraocular es elevada, control y seguimiento clínico de glaucoma mediante oftalmoscopia y campimetría, y, en caso necesario, tomografía de coherencia óptica según protocolos comúnmente aceptados.

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

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

- 4.1. **Una revisión ginecológica anual**, con consulta, citología, colposcopia, ecografía ginecológica y mamografía, según protocolos comúnmente aceptados. Además queda cubierto el **Test HPV (ADN-HPV) para diagnosticar la infección del virus del papiloma humano en mujeres con citología cérvico-vaginal patológica** (clasificación de Bethesda) y tras conización.
- 4.2. Asimismo queda incluido con la prescripción del ginecólogo un test del virus del papiloma humano de alto riesgo (HPV-AR) preventivo, en mujeres de **25 a 34 años cada tres años y de 35 a 65 años cada 5 años**.
- 4.3. **Programas de cribado específicos plurianuales para la detección precoz del cáncer de mama y cuello uterino:**
- 4.3.1. **Programa de cribado del cáncer de mama: Se recomienda la realización de una mamografía cada dos años a mujeres de entre 45 y 69 años. Entre los 35 y 45 años es aconsejable realizar controles anuales si existen antecedentes familiares de cáncer de mama o riesgo genético (BRCA).**
- 4.3.2. **Programa de cribado del cáncer de cérvix o cuello uterino en mujeres de entre 25 y 65 años: incluye la toma de una muestra en medio líquido que se destinará para citología o para test del virus del papiloma humano de alto riesgo (VPH-AR) dependiendo de la edad y el protocolo establecido en el programa de cribado del cáncer de cérvix del Sistema Nacional de Salud (orden SCB/480/2019).**
- 4.3.2.1. **A las mujeres de entre 25 y 34 años se les hará una citología y, si es negativa, se repetirá cada tres años. Cuando el resultado sea positivo se realizará una colposcopia: si es negativa se realizará una revisión en tres años y si es positiva se iniciará un tratamiento que incluye, con prescripción médica, un test VPH o del papiloma humano de alto riesgo.**
- 4.3.2.2. **A las mujeres de entre 35 y 65 años se les hará una citología en base líquida con determinación del virus del papiloma humano (VPH) de alto riesgo cada cinco años y, si el resultado del test es positivo, se realizará una citología: si es negativa se les citará para realizarles el test VPH-AR en un año y, si es positiva, se hará una colposcopia, si esta es negativa, se realizará una revisión en cinco años y, si es positiva, se iniciará el tratamiento.**

5. Programa de prevención del riesgo coronario.

Comprende:

- 5.1. **Chequeo médico o cardiológico básico anual**, consistente en consulta de revisión, analítica básica de sangre y orina, radiografía de tórax y electrocardiograma.
- 5.2. **Chequeo cardiológico completo cada tres años**, en centros de referencia concertados, que comprende historia clínica, exploración física cardiológica, analítica específica y preventiva de la ateromatosis (hemograma, ionograma, colesterol, triglicéridos, homocisteína, glucemia, uremia, uricemia, calcemia, tasa protombina y plaquetas) electrocardiograma de reposo y esfuerzo y un ecocardiograma.

6. Programa de prevención del cáncer de piel.

Comprende:

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

- 6.2.1. **En población de riesgo:** con múltiples nevus atípicos (>100) o diagnosticados del síndrome del nevus displásico familiar, antecedentes personales o familiares (de primer y segundo grado) de melanoma, o portadores de mutaciones genéticas asociadas.
- 6.2.2. **En chequeo dermatológico cada tres años:** para el control y seguimiento de las lesiones congénitas, pigmentadas o de riesgo cutáneas.

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

Comprende:

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

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

Comprende:

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

9. Programa de Salud Bucodental.

- 9.1. **En la edad infantil:** dirigido a la prevención de la caries, de la enfermedad periodontal y los problemas de malposición o maloclusión dentaria.

Comprende:

- 9.1.1. Consulta odontológica y exploración del estado de salud bucodental.
- 9.1.2. Corrección de hábitos alimenticios.
- 9.1.3. Implantación de higiene bucodental adecuada.
- 9.1.4. Fluorización tópica.
- 9.1.5. Tartrectomías o limpiezas de boca, cuando sean necesarias.

- 9.2. **En la gestación o embarazo:** dirigido a establecer pautas de prevención, a través de una valoración del estado gingival y de consejos sobre higiene oral y dieta, así como informar de las enfermedades orales más prevalentes en su futuro hijo.

Comprende:

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

✔ **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**, 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 15 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 la implantación del DIU. **El coste del dispositivo intrauterino será a cargo de la persona asegurada.**
- ✓ **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 límite 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 de 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.



Cobertura opcional de asistencia odontológica

Seguro de Salud NARANJA DKV Esencial 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** (excepto para la línea de atención psicoemocional).

Asistencia 24 horas

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

Línea médica de la mujer

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

Médico DKV 24 horas

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

Línea médica deportiva

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

Línea médica pediátrica 24 horas

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

Línea médica nutricional

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

Línea médica obesidad infantil

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

Línea médica tropical

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

Línea médica del embarazo

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

Línea de atención psicoemocional (900 810 675)

Tienes disponibles seis consultas psicológicas al año de media hora de duración con las que podrás obtener orientación a través de un cualificado equipo de psicólogos, que estudiarán cada caso de manera personalizada.

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

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 puénting, 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**.

Además, quedan excluidos los tratamientos y la ayuda médica para morir (eutanasia).

f) Cualquier 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); los tratamientos médicos asociados al lipoedema y lipedema, 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, y los tratamientos dermoestéticos en general, incluidos los capilares 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.

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 y las estancias en centros dedicados a actividades relacionadas con el ocio, el descanso, el tratamiento de las adicciones, la neurorrehabilitación y los tratamientos dietéticos. 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.

- i) La alta tecnología médica diagnóstica salvo lo detallado en el apartado "Medios de diagnóstico". 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). Los isótopos radioactivos cuya utilidad diagnóstica no esté avalada por la EMA (Agencia Europea del Medicamento), ni estén 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) Los dispositivos ortopédicos y los procedimientos asociados a su colocación o implantación, así como sus complicaciones y secuelas.
- m) 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.
- n) 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.
- o) 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".

- p) 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: Reeducción logopédica".
- q) 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.

- r) La cámara hiperbárica para cualquier situación clínica.
- s) 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".
- t) Se excluyen tratamientos que usan el láser, quedando únicamente cubiertos en las especialidades e indicaciones que se detallan en el apartado "Coberturas".
- u) 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 sanitaria.

v) Los productos farmacéuticos, medicamentos y medios auxiliares de cura de cualquier clase. En cualquier caso, quedan también expresamente excluidos los medicamentos biológicos, **biomateriales** medicamentosos, la terapia endocrina u hormonal, los **inhibidores enzimáticos o moleculares**, los fármacos **antiangiogénicos** y los sensibilizadores usados en la terapia fotodinámica y radiación.

w) 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 o en centros no autorizados ni inscritos en el registro de Centros y Servicios Sanitarios de la comunidad autónoma respectiva.

x) 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 por cualquier motivo y naturaleza:

6 meses, salvo casos de urgencia* o **accidente**.



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

6 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 Esencial 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, podrá acudir al cuadro médico para agendar la cita, si bien esta no estará sujeta a 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, podrá acudir al cuadro médico para agendar la cita, si bien esta no estará sujeta a 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, podrá acudir al cuadro médico para agendar la cita, si bien esta no estará sujeta a 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 periodos de carencia que a continuación se mencionan. Se entiende por periodo 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 periodo 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) Retención 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 esté 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 Esencial 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:** búsqueda de cuadro médico para sus citas médicas presenciales, y acceso a chat y videollamada con medicina general y pediatría, y videollamada con especialistas médicos. También se puede acceder a la opción de prestación asistencial en caso de urgencias: chat, línea telefónica y consulta de centros de urgencia.
- **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.
- **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 solicitud y 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:

- Antes de contratar el seguro: declarar a DKV Seguros, en el cuestionario que ésta le proporcione, todas las circunstancias por ella conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerada de tal deber si DKV Seguros no le somete al cuestionario o cuando, aun solicitándolo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él (artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro).
- Durante el curso del contrato: comunicar a DKV Seguros, tan pronto como sea posible, los traslados de residencia habitual al extranjero, los cambios de domicilio en España o de profesión habitual. También deberá comunicar el inicio de actividades de ocio o deportivas de riesgo elevado o extremo, puesto que, si hubieran sido conocidas por DKV Seguros en el momento de contrato de la **póliza**, no la habría aceptado o lo habría hecho en condiciones distintas.
- Poner todos los medios a su alcance para conseguir un pronto restablecimiento y reducir las consecuencias del **sinistro**. 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 **sinistro**.
- 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 **sinistro** 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.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 terapéuticas están avaladas.

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

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

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

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

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, anestelistas, comadrona y los del personal médico estrictamente imprescindible en la intervención o **asistencia** médica realizada siempre que los mismos deriven de tratamientos cubiertos por la póliza.

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

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

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

I

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

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

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

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

M

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

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

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

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



CLÁUSULAS LIMITATIVAS

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

Asistencia sanitaria VIH/SIDA: hasta un máximo de 6.000 euros por contrato. **Periodos de carencia:** 1. Las intervenciones quirúrgicas por cualquier motivo: periodo de seis meses, salvo en los casos de urgencia o **accidente**. 2. 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.

Exclusiones (se aceptan todas las descritas en el detalle de las letras a) a la x) 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 torero, el encierro de reses bravas, el puénting, 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**.

Además, quedan excluidos los tratamientos y la ayuda médica para morir (eutanasia).

La **persona tomadora** del seguro

f) Cualquier 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); los tratamientos médicos asociados al lipoedema y lipedema, los tratamientos de varices de finalidad estética, y de las asintomáticas (grado C2 o inferior, según clasificación clínica de la CEAP); la ginecología y la cosmetoginecología láser; las curas de adelgazamiento ambulatorias, y los tratamientos dermoestéticos en general, incluidos los capilares 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.

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 las estancias en centros dedicados a actividades relacionadas con el ocio, el descanso, el tratamiento de las adicciones, la neurorrehabilitación y los tratamientos dietéticos. 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.

i) La alta tecnología médica diagnóstica salvo lo detallado en el apartado “Medios de diagnóstico”. 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). Los isótopos radioactivos cuya utilidad diagnóstica no esté avalada por la EMA (Agencia Europea del Medicamento), ni estén 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) Los dispositivos ortopédicos y los procedimientos asociados a su colocación o implantación, así como sus complicaciones y secuelas.

m) 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.

n) 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.

o) 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”.

La **persona tomadora** del seguro

p) 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: Reeducción logopédica".

q) 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.

r) La cámara hiperbárica para cualquier situación clínica.

s) 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".

t) Se excluyen tratamientos que usan el láser, quedando únicamente cubiertos en las especialidades e indicaciones que se detallan en el apartado "Coberturas".

u) 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 sanitaria.

v) Los productos farmacéuticos, medicamentos y medios auxiliares de cura de cualquier clase. En cualquier caso, quedan también expresamente excluidos los medicamentos biológicos, **biomateriales** medicamentosos, la terapia endocrina u hormonal, los **inhibidores enzimáticos o moleculares**, los fármacos antiangiogénicos y los sensibilizadores usados en la terapia fotodinámica y radiación.

w) 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.

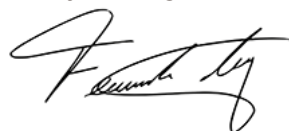
Quedan excluidas la estimulación precoz, la terapia ocupacional -excepto en las indicaciones y patologías descritas en el apartado "Coberturas complementarias: Telemedicina"-, o cualquier modalidad de **rehabilitación** que se realice en el domicilio, o en centros no autorizados ni inscritos en el registro de Centros y Servicios Sanitarios de la comunidad autónoma respectiva.

x) 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



Empresa saludable



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

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