Si puedo elegir me siento libre

DKV Mundisalud

Condiciones generales

DKV Salud

Cuídate mucho

Una compañía
del Grupo Asegurador **ERGO**

Póliza de Seguros
DKV Mundisalud

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

Capital suscrito y desembolsado: 66.110.000 euros

DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E., inscrita en el Registro Especial de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones por O.M. de 12 de julio de 1956. Domicilio social: Torre DKV, Avda. María Zambrano, 31 - 50018 Zaragoza (España). Registro Mercantil de Zaragoza, tomo 1.711, folio 214, hoja n.° Z-15.152. C.I.F. A-50004209.

Mod. RE CON-04300
2DNP1.CG/02_V16
Edición actualizada enero 2018

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

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

Índice

Índice

Respondemos a tus preguntas 5

Plan de vida saludable: "Vive la Salud" 16

DKV Club Salud y Bienestar 21

22 1. Servicios de salud digital
24 2. Segunda opinión por enfermedad grave
24 3. Servicio bucodental
25 4. Servicios adicionales premium
31 5. Red de clínicas en EE.UU
31 6. Centro de Atención Telefónica

Contrato del seguro: condiciones generales 32

33 1. Cláusula preliminar
35 2. Conceptos básicos. Definiciones
46 3. Modalidad, extensión y ámbito territorial del seguro
46 3.1 Objeto del seguro
46 3.2 Modalidad del seguro
48 3.3 Ámbito territorial
48 3.4 Acceso a las coberturas
51 3.5 Cláusula de subrogación o de cesión de derechos
52 4. Descripción de las coberturas
53 4.1 Asistencia primaria
54 4.2 Urgencias
54 4.3 Especialidades médicas y quirúrgicas
58 4.4 Medios de diagnóstico
59 4.5 Métodos terapéuticos
64 4.6 Asistencia hospitalaria
67 4.7 Coberturas complementarias
74 4.8 Coberturas exclusivas
75 4.9 Asistencia en viaje

76 5. Coberturas excluidas

82 6. Periodos de carencia y exclusión

83 7. Las prestaciones según la modalidad de asistencia contratada

83 7.1 DKV Mundisalud Classic Hospitalización

85 7.2 DKV Mundisalud Complet

87 7.3 DKV Mundisalud Plus

89 7.4 DKV Mundisalud Classic

91 7.5 DKV Mundisalud Élite

93 7.6 DKV Mundisalud Combinado

95 7.7 DKV Mundisalud Premium

99 7.8 Reembolso sustitutivo baremado de la asistencia hospitalaria

101 8. Bases del contrato

101 8.1 Formalización del contrato y duración del seguro

102 8.2 Otras obligaciones, deberes y facultades del tomador o asegurado

103 8.3 Otras obligaciones de DKV Seguros

103 8.4 Pago del seguro (primas)

105 8.5 Pérdida de derechos

105 8.6 Suspensión y rescisión del contrato de seguro

106 8.7 Comunicaciones

107 8.8 Riesgos sanitarios especiales

107 8.9 Impuestos y recargos

Anexo I: Asistencia en viaje **108**

Anexo II: Coberturas Exclusivas del seguro DKV Mundisalud en su modalidad individual **117**

Respondemos a sus preguntas

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

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

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

Sobre el contrato

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

¿Qué suponen las condiciones?
Las “condiciones generales” y/o “condiciones particulares”, recogen los derechos y obligaciones de DKV Seguros y los del asegurado o persona que contrata el seguro.

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

Compruebe que sus datos personales estén correctamente reflejados.

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

Si tiene alguna duda, póngase en contacto con nosotros.

Será un placer atenderle.

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

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

¿Cuál es el tratamiento que damos a los datos personales?
DKV Seguros queda expresamente autorizada para solicitar, tratar y ceder a entidades de su grupo asegurador los datos personales del tomador y/o el asegurado.

Por lo que se refiere a los datos de salud del asegurado, podrán cederse a un tercero cuando sea necesario y con la exclusiva finalidad de gestionar las prestaciones sanitarias, los planes de prevención y promoción de la salud y los servicios adicionales cubiertos por el seguro.

Asimismo, DKV Seguros queda autorizada para remitir información al tomador y/o el asegurado sobre las prestaciones sanitarias, planes de prevención o promoción de la salud y los bienes o servicios que pudieran ser del interés de éstos.

El tomador del seguro y/o asegurado podrán dirigirse a DKV Seguros para consultar dichos datos o para actualizarlos, rectificarlos o cancelarlos, de acuerdo con la Ley Orgánica 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal.

Modalidad asistencial y extensión del seguro

¿Cuál es la principal característica que define al seguro de "DKV Mundisalud"?
"DKV Mundisalud" es un seguro basado en un sistema mixto en el que el asegurado puede optar libremente entre:

> La prestación de los servicios descritos en la póliza, a través de la "Red DKV de Servicios Sanitarios" concertada por DKV Seguros (modalidad asistencial de medios propios).

> Libre acceso a facultativos o centros de su elección, no incluidos en la “Red DKV de Servicios Sanitarios”.

En este caso, se reembolsará el coste de las facturas abonadas por el asegurado, en el porcentaje y con los límites establecidos en las condiciones generales y en la tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares de la póliza (modalidad asistencial de medios ajenos).

¿Cómo se accede a los medios propios de DKV Seguros?
El asegurado podrá elegir libremente entre los facultativos o centros incluidos en la “Red DKV de Servicios Sanitarios”. Recibirá el servicio previa identificación con su tarjeta DKV MEDICARD® y, en aquellos casos que lo requieran, la necesaria autorización.

¿Cómo debe solicitar el reembolso de gastos en DKV Seguros?
Deberá presentar en un plazo máximo de quince días las facturas abonadas, con el desglose de los actos médicos realizados en los servicios ajenos a la "Red DKV de Servicios Sanitarios", la prescripción y los informes médicos que especifiquen el origen y la naturaleza de la enfermedad. Para facilitarle la presentación de esta documentación, DKV Seguros pone a su disposición un "Formulario de reembolso".

En el supuesto de acudir a medios ajenos a la "Red DKV de Servicios Sanitarios", ¿Qué porcentaje de reembolso y límites se establecen en la póliza?
"DKV Mundisalud" reembolsa un porcentaje sobre el importe total de las facturas presentadas, hasta unos límites que se estipulan en la tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares, dependiendo de la modalidad contratada.

¿Cuál es su ámbito territorial?
Excepto en el "DKV Mundisalud Combinado" cuyo ámbito territorial es exclusivamente España, en el resto de modalidades del seguro "DKV Mundisalud" el asegurado podrá acudir a los facultativos o centros ajenos a la “Red DKV de Servicios Sanitarios” en cualquier parte del mundo y tendrá derecho al reembolso de los gastos derivados de la asistencia médico quirúrgica, siempre que resida en España un mínimo de nueve meses al año.

Asimismo, la “Red DKV de Servicios Sanitarios” garantiza la prestación del servicio en todo el territorio nacional (modalidad asistencial de medios propios).

Tarjeta DKV MEDICARD®

¿Puede un médico de la "Red DKV de Servicios Sanitarios" solicitarle, además de la autorización de determinados servicios, la tarjeta DKV MEDICARD®?
Sí. La tarjeta DKV MEDICARD® es el medio por el cual usted se identifica como asegurado de DKV Seguros ante la “Red DKV de Servicios Sanitarios” y le será solicitada.

¿Cuánto hay que abonar por cada acto médico?
No tendrá que abonar cantidad alguna por la utilización de la "Red DKV de Servicios Sanitarios".

¿Qué ocurre si el cliente no se identifica con su tarjeta DKV MEDICARD® ante los médicos o centros de la "Red DKV de Servicios Sanitarios"?
Éstos podrán cobrarle la asistencia médico-quirúrgica prestada.

DKV Seguros no reembolsará en ningún caso al asegurado el coste de las facturas emitidas por facultativos y centros incluidos en la “Red DKV de Servicios Sanitarios”.

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

Le enviaremos una nueva.

¿Cómo puede ponerse en contacto con DKV Seguros?
Por teléfono, a través del Centro de Atención Telefónica de DKV Seguros llamando al número 976 506 000; por Internet, en la dirección: www.dkvseguros.com, o acudiendo a cualquiera de las oficinas de DKV Seguros.

Autorizaciones

¿Cuándo se necesita autorización?
La autorización únicamente se precisa para acceder a la prestación del servicio a través de la “Red DKV de Servicios Sanitarios”.

No es necesaria, en ningún caso, para acudir a servicios ajenos no incluidos en la “Red DKV de Servicios Sanitarios”.

¿Qué pruebas o servicios necesitan autorización en la "Red DKV de Servicios Sanitarios"?
Las pruebas diagnósticas complejas, los traslados en ambulancia, las prótesis e implantes quirúrgicos, las sesiones de psicoterapia, los programas o chequeos preventivos, los tratamientos médicos o quirúrgicos así como los ingresos hospitalarios.

Si tiene alguna duda consulte en la web de DKV Seguros y/o en el cuadro médico "Red DKV de Servicios Sanitarios" del año en curso el capítulo 2 de "Consejos de utilización", para conocer el listado de actos de diagnóstico y/o terapéuticos que no requieren autorización previa de DKV Seguros.

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

Pago del seguro

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

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

Prestaciones sanitarias

¿Qué es el plan de vida saludable "Vive la Salud"?
A través de internet, en www.programas.vivelasalud.com, DKV Seguros ofrece a sus asegurados la posibilidad de acceder a diversos programas específicos de promoción de la salud y prevención de enfermedades que se irán incorporando progresivamente.

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

¿Hay que solicitar autorización para acudir a las consultas de las especialidades médicas o quirúrgicas?
No. Las consultas de las especialidades médicas y quirúrgicas son de libre acceso tanto en la “Red DKV de Servicios Sanitarios” como fuera de ella.

¿Y para acceder a la psicología clínica necesito autorización?
Sí. Será preciso solicitar la correspondiente autorización para acceder a esta especialidad no médica en la "Red DKV de Servicios Sanitarios".

¿Y para hacerme una mamografía o una ortopantomografía necesito autorización?
No, no necesita autorización. Sólo es necesaria la prescripción escrita de un médico.

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

También las visitas de ATS/DUE (practicantes) pueden ser a domicilio, si así lo prescribe un médico.

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

¿Qué está cubierto en la especialidad de odontología?
Están cubiertas las consultas, las extracciones, las curas estomatológicas, las fluorizaciones, las limpiezas de boca y la radiología dental asociada a estos tratamientos.

Asimismo quedan incluidos hasta los 14 años los selladores de fisuras y las obturaciones (empastes).

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

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

¿Cubre "DKV Mundisalud" los medicamentos?
"DKV Mundisalud" cubre los medicamentos en caso de ingreso o internamiento hospitalario, siempre que se haya contratado el módulo de “Hospitalización y cirugía”, excepto los medicamentos biológicos y biomateriales medicalizados que no aparezcan detallados en el apartado 4.7 "Prótesis quirúrgicas" de este condicionado.

Además, en las pólizas individuales de las modalidades de asistencia médica completa Complet, Plus, Classic, Élite y Premium, DKV Seguros reembolsa un porcentaje de los gastos de la medicación ambulatoria, hasta un límite máximo por asegurado y año

establecido en la tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares de la póliza, siempre que esta medicación haya sido prescrita por un médico, adquirida en una farmacia y con los límites y exclusiones establecidos en estas condiciones generales.

¿Está cubierta la anestesia epidural en el parto?
Sí y también en cualquier otra intervención quirúrgica en la que esté indicada.

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

¿Está cubierta la psicología clínica en "DKV Mundisalud"?
Sí, queda cubierta la psicoterapia con carácter individual en régimen ambulatorio, previa prescripción de un médico psiquiatra o pediatra, y practicada por un psicólogo, hasta un límite máximo anual de sesiones por asegurado (suma de las realizadas en medios propios y medios ajenos) y de reembolso máximo por sesión en medios ajenos, establecido en la tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares, para las siguientes patologías susceptibles de intervención psicológica:

> Enfermedades psiquiátricas: depresión, esquizofrenia y trastornos psicóticos.

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

> Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia.

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

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

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

> Trastornos del aprendizaje: hiperactividad y fracaso escolar.

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

¿Y la planificación familiar?
Su seguro incluye la ligadura de trompas, la vasectomia y la implantación del DIU. En el caso del DIU, además DKV Seguros reembolsa el coste del dispositivo intrauterino en el porcentaje establecido en la modalidad de la póliza, hasta un límite máximo que se establece en la tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares.

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

¿Cubre "DKV Mundisalud" la reproducción asistida?
DKV Seguros cubre las técnicas de fertilización exclusivamente en las pólizas individuales de DKV Mundisalud Classic, Elite y Premium que tengan contratada la asistencia médica completa, siempre que haya una esterilidad en la pareja, no tengan ningún hijo en común, y se encuentren en edad fértil (mayores de 18 años, y un límite de 42 años en la mujer y 55 en el hombre). **El acceso al tratamiento solo tendrá lugar en los centros concertados de la "Red DKV de Servicios Sanitarios" (medios propios) previa autorización de DKV Seguros, con un periodo de carencia de 48 meses. En cuánto a las técnicas se incluyen dos intentos de inseminación artificial y un intento de fecundación in-vitro (FIV).**

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

¿Se cubre la asistencia en el extranjero?
Excepto en el "DKV Mundisalud Combinado", se reembolsará un porcentaje sobre el importe total de las facturas presentadas por servicios en el extranjero, hasta unos límites que se estipulan en la tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares, dependiendo de la modalidad contratada, siempre que el asegurado resida un mínimo de nueve meses al año en España.

Además hay una cobertura de asistencia en viaje complementaria a la anterior, para todas las modalidades del seguro, que en caso de urgencia por enfermedad o accidente, garantiza la prestación de la asistencia médica en los desplazamientos al extranjero hasta un máximo de 180 días por viaje o desplazamiento (ver Anexo I).

¿A qué número de teléfono debe llamar cuando está en el extranjero y se le presenta una urgencia médica?
Al número +34 91 379 04 34.

Le orientarán y le indicarán el centro médico al que acudir para recibir asistencia médica.

Ingresos hospitalarios

¿Qué debe hacerse en caso de ingreso hospitalario programado?
Si el ingreso se produce en un hospital incluido en la "Red DKV de Servicios Sanitarios" debe ser autorizado previamente por DKV Seguros (consulte en el apartado AUTORIZACIONES de "Respondemos a sus preguntas" qué prestaciones sanitarias necesitan autorización previa).

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

En caso de hospitalización en un centro privado ajeno a la "Red DKV de Servicios Sanitarios", la autorización no será necesaria. En el momento de solicitar el reembolso, será necesario presentar las facturas, la prescripción y el informe médico.

En caso de urgencia, ¿a qué hospital puede acudir y como debe proceder?
Podrá acudir a cualquier hospital privado, esté o no concertado por DKV Seguros.

Si el centro no está concertado, el asegurado abonará las facturas y solicitará el reembolso de los gastos por la asistencia médico-quirúrgica recibida.

En el caso de que el centro este concertado y pertenezca a la "Red DKV de Servicios Sanitarios", deberá comunicar la hospitalización a DKV Seguros lo antes posible, dentro de las 72 horas siguientes al ingreso.

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

Sugerencias y reclamaciones

Puede presentarla por escrito en cualquiera de nuestras oficinas o enviarla al servicio de Defensa del Cliente. Para ello, puede dirigirse al domicilio social de DKV Seguros: Torre DKV, Avenida María Zambrano 31, (50018 Zaragoza) o por correo electrónico: defensacliente@dkvseguros.es. También puede llamar al número 976 506 000, de nuestro Servicio de Atención al Cliente.

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

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

Plan de Vida Saludable: "Vive la Salud"

DKV Seguros pone a disposición de sus asegurados la posibilidad de acceder al Plan de Vida Saludable: "Vive la Salud" con el que busca fomentar actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a través de diversos programas específicos, disponibles a través de Internet y con apoyo de las líneas médicas telefónicas.

a) Los objetivos de estos programas son:

> Adquirir estilos de vida saludables.

> Afianzar los hábitos adecuados que ya tiene por costumbre.

> Educar en la prevención de factores de riesgo de las enfermedades.

> Enseñar a reconocer los síntomas precoces de cada enfermedad y las actuaciones necesarias en cada caso.

> Disponer de un asesoramiento médico personalizado: definición de un plan de salud personalizado con unos objetivos de salud concretos y apoyo continuado para conseguirlos.

> Facilitar las actividades preventivas eficaces.

> Vivir en condiciones saludables y prevenir complicaciones si algún problema de salud ya está presente.

Para conseguirlos se dispone de las siguientes herramientas:

> Información, formación y participación en eventos.

> Herramientas online de evaluación, seguimiento y control.

> Asesoramiento médico personalizado a distancia para cumplir los objetivos terapéuticos.

b) Los programas que se irán incorporando progresivamente son los siguientes:

1. Vida saludable. Dirigido a clientes que no presentan factores de riesgo cardiovascular y que quieran adquirir y mantener hábitos de vida saludable. El programa facilitará planes personalizados de alimentación y ejercicio.

2. Prevención cardiovascular. Dirigido a clientes que presenten algunos de los factores de riesgo cardiovascular más frecuentes: hipertensión arterial, colesterol, sedentarismo, tabaquismo, etc. El programa facilitará asesoramiento personalizado para mejorar el autocontrol y evitar complicaciones.

3. Embarazo y parto saludable. Dirigido a todas las aseguradas mayores de edad que estén embarazadas. El programa pretende que todas las aseguradas de DKV Seguros gestantes dispongan de la información y asesoramiento específico sobre distintos aspectos relacionados con el embarazo, el parto y el posparto, con el objetivo de mejorar los conocimientos, las actitudes y las conductas que influyen positivamente en la evolución y los resultados del embarazo, el parto y el posparto, así como la atención al recién nacido.

4. Obesidad. Dirigido a clientes mayores de 18 años que presenten problemas de sobrepeso u obesidad. El objetivo del programa es la disminución de peso a través del asesoramiento de dietistas que marcarán unos objetivos y diseñarán dietas y ejercicio físico a medida para conseguirlos.

5. Obesidad infantil. Dirigido a clientes que sean padres de niños con problemas de sobrepeso u obesidad. El objetivo principal del programa es educar en la adquisición de hábitos de alimentación saludables, a través de materiales educativos preparados para niños y del asesoramiento personalizado de dietistas.

6. Escuela de padres. Con este programa se pretende conseguir un desarrollo adecuado del niño e inculcarle unos hábitos saludables de vida desde su nacimiento hasta la adolescencia. Ofrece a los padres información sobre los cuidados que necesita el bebe (alimentación, higiene, vacunas, prevención de accidentes, juegos, ropa, etc..) además de posibilitar el asesoramiento online sobre las distintas etapas del crecimiento o maduración de los hijos (infancia , pubertad y adolescencia) y un plan individualizado para que su hijo crezca saludable.

7. Prevención del cáncer de mama. Dirigido a mujeres que tengan 35 años o más. El objetivo del programa es prevenir el cáncer de mama de forma eficaz y detectarlo de la forma más precoz posible. El programa facilita asesoramiento personalizado y recomendaciones sobre las actividades preventivas más eficaces en función de las características personales de cada asegurada.

8. Prevención del cáncer de próstata. Dirigido a hombres que tengan 45 años o más. El objetivo del programa es prevenir el cáncer de próstata de forma eficaz y detectarlo de la forma más precoz posible. El programa facilita asesoramiento personalizado y recomendaciones sobre las actividades preventivas más eficaces en función de las características personales de cada asegurado.

9. Prevención del cáncer de cuello de útero: El programa de prevención de cáncer de cuello de útero va dirigido a todas las mujeres de entre 18 y 65 años activas sexualmente, e incluye la realización de citologías vaginales periódicas, lo que permite detectar y tratar precozmente las lesiones displásicas, antes de que se conviertan en un cáncer.

10. Prevención del cáncer de colon: El cáncer de colon es el tumor maligno de mayor incidencia en España.

Este programa de prevención va dirigido a la población general y especialmente a los mayores de 50 años, con antecedentes familiares de cáncer de colon, y ofrece a través de herramientas on line evaluar los factores de riesgo y ayudar a evitarlos. Dispone además de un equipo de profesionales expertos en prevención y hábitos saludables que proporcionan asesoramiento continuado e individualizado.

11. Prevención del ictus: El ictus o accidente cerebrovascular transitorio es actualmente en España la segunda causa de muerte, después de la enfermedad isquémica del corazón. Se define como el desarrollo súbito de alteraciones en la función cerebral, de duración superior a 24 horas, de causa vascular ya sea hemorrágica o isquémica. El programa de prevención del ictus va dirigido a la población adulta y en especial a la que presenta factores de riesgo o antecedentes de enfermedad cardiovascular (diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia u obesidad) poniendo a disposición de los asegurados herramientas on line para evaluar estos factores de riesgo y un equipo de profesionales expertos que le ayudarán a adquirir hábitos saludables mediante un programa de atención individualizado y continuado.

12. Prevención del estrés laboral: El programa va dirigido a todos aquellos que desempeñen una actividad laboral de forma genérica y sean conscientes de que hay una afectación de alguna de las diferentes esferas de realización de la persona (familiar, social, laboral) que les impide ser felices, o bien no han desarrollado estrés pero cuentan con varios factores de riesgo para el mismo.

c) Acceso:

El acceso a los mismos se realiza de forma exclusiva a través de Internet en: **www.programas.vivelasalud.com**

Puede tener más información sobre estos programas **llamando al número de teléfono: 976 506 000**

DKV Club Salud y Bienestar

La contratación del seguro de salud “DKV Mundisalud", tanto en su modalidad individual como colectiva, permite al asegurado el acceso a los servicios de salud digital y a los adicionales premium de DKV Club Salud y Bienestar, distintos de la cobertura del seguro, descritos a continuación.

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

1. Servicios de salud digital

a) Líneas de orientación telefónica

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

1.2 Médico DKV 24 horas
Este servicio facilita al asegurado de DKV Seguros asesoramiento médico telefónico, proporcionando información y resolviendo dudas sobre síntomas, pruebas diagnósticas, problemas de salud o medicamentos.

1.3 Línea médica pediátrica 24 horas
Este servicio facilita al asegurado de DKV Seguros asesoramiento médico telefónico por parte de médicos o especialistas en Pediatría, proporcionando información y resolviendo dudas sobre síntomas, pruebas diagnósticas o problemas de salud que presenten los asegurados menores de 14 años.

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

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

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

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

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

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

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

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

b) Herramienta de autocuidado gratuita
Desde DKV Seguros apostamos por la tecnología para ayudar a cuidarse.

La **app "Quiero cuidarme"** es una herramienta de autocuidado disponible de forma gratuita para todo el público, que permite calcular su Índice de vida saludable (IVS), un valor de 0 al 1000 sobre su estilo de vida saludable en base a nueve indicadores (Índice de masa corporal, glucosa, colesterol, presión arterial, calidad del sueño, bienestar emocional, actividad física, consumo de tabaco y alimentación).

Además, podrá apuntarse a planes de acción para trabajar sobre aquellos indicadores que sean mejorables.

c) App para asistencia médica 24h con chequeador de síntomas
La app para resolver sus dudas en cualquier momento y desde cualquier lugar.

Este servicio incorpora un chequeador de síntomas que le permite obtener respuestas rápidas y fiables sobre algún problema de salud.

Además, podrá consultar con un médico mediante llamada, videollamada o chat, así como acceder a todas sus consultas anteriores. Todo ello de una forma fácil de usar, segura y con todas las garantías de confidencialidad.

2. Segunda opinión por enfermedad grave

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

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

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

3. Servicio bucodental

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

Además DKV Mundisalud Premium, tanto en modalidad individual como colectiva, incluye el reembolso de gastos de los tratamientos bucodentales excluidos en el apartado 5.n. de "Coberturas excluidas" para el resto de modalidades del seguro, en el porcentaje y hasta los límites establecidos en la tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones generales.

En cada renovación del contrato de seguro, DKV Seguros podrá modificar los odontólogos de la "Red DKV de Servicios Sanitarios", las franquicias dentales y los servicios bucodentales incluidos.

4. Servicios adicionales premium

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

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

- **Acceso directo al servicio:** el asegurado consulta en la web **www.dkvclubdesalud.com** las tarifas de los centros o profesionales disponibles, solicita cita directamente con el proveedor y, al llegar al centro, se identifica con su tarjeta o nº cliente de DKV Seguros, necesario para que el proveedor le aplique la **tarifa especial DKV Club Salud y Bienestar**. Finalmente, el asegurado paga el servicio al proveedor.

- **Acceso con bono:** en otros casos sin embargo, para disfrutar de algunos servicios de la **"Red de Servicios DKV Club Salud y Bienestar"** es necesario adquirir un bono previamente. Se pueden obtener entrando en www.dkvclubdesalud.com, llamando a cualquiera de estos números 976 506 010 | 902 499 150 o directamente en cualquier sucursal de DKV Seguros.

En cada renovación del contrato de seguro, DKV Seguros podrá modificar la "Red de Servicios DKV Club Salud y Bienestar", los descuentos, las tarifas y los servicios incluidos en el DKV Club Salud y Bienestar, añadiendo otros nuevos o suprimiendo alguno de los

ya existentes, con el fin de adaptarlos a la demanda asistencial de los asegurados.

4.1 Servicios de promoción de la salud

4.1.1 Servicios Wellness: balnearios y spas urbanos
DKV Seguros pone a disposición de los asegurados bonos descuento para acceder a tratamientos de balneoterapia, hidroterapia, cinesiterapia, tratamientos de drenaje o reafirmantes, en condiciones económicas ventajosas.

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

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

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

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

4.2 Servicios preventivos

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

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

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

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

4.3 Servicios médicos cosméticos o estéticos

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

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

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

4.4 Servicios sanitarios complementarios

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

4.4.2 Terapias alternativas
DKV Seguros pone a disposición de los asegurados dentro de la "Red de Servicios DKV Club Salud y Bienestar" una red de médicos homeópatas, acupuntores y diplomados en osteopatía y quiromasaje con tarifas especiales por consulta o sesión.

4.4.2.1 Homeopatía: técnica terapéutica basada en una observación clínica completa, que conduce a la prescripción de medicamentos homeopáticos, en dosis mínimas, muy diluidas o infinitesimales, basándose en el fenómeno de la similitud.

4.4.2.2 Acupuntura: técnica terapéutica de la medicina tradicional china que tiene por objeto restaurar la salud mediante la inserción y manipulación de agujas en el cuerpo.

4.4.2.3 Osteopatía o quiromasaje: terapia física o manual, complementaria a la medicina alopática o convencional, dirigida al tratamiento de las disfunciones músculo-esqueléticas que cursan con dolor a nivel de la columna vertebral y de las extremidades.

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

4.5 Servicios de autocuidado personal

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

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

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

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

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

4.6 Servicios de reeducación o rehabilitación

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

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

4.6.3 Programa de entrenamiento o reeducación o del suelo pélvico
La asegurada también podrá acceder al programa de entrenamiento o reeducación pelviperineal Kit Birdi, basado en los ejercicios de Kegel, con un bono descuento del DKV Club Salud y Bienestar. A través del móvil o PC/ Tablet, se monitoriza y registra la actividad de los músculos del suelo pélvico en un portal web para que la propia usuaria y/o el médico realicen el seguimiento.

4.7 Servicios sociosanitarios y de asistencia familiar

4.7.1 Servicios de apoyo a hospitalizados dependientes o personas solas.
Un profesional le acompañará durante su ingreso y cuidará de usted mientras lo necesite

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

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

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

b) **Cuidado del hogar:** El personal cualificado le hace las compras domésticas, la limpieza en el domicilio e incluso tienen servicio de cocina.

4.7.4 Servicio de teleasistencia fija y móvil.
Se trata de un servicio individual y adaptado, atendido por trabajadores sociales, psicólogos y médicos las 24 horas de día y los 365 días del año, dentro o fuera del hogar, al que se tiene acceso a través de un terminal específico. Son dispositivos, tanto móviles como fijos, que tienen conexión permanente con una central de alarma para casos de emergencia.

4.7.5 Servicio de adaptación del hogar.
Se refiere al conjunto de artículos destinados a adaptar la vivienda a sus necesidades. Estos productos permiten mejorar el acceso y la movilidad en todos los rincones de su casa.

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

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

5. Red de clínicas en EE.UU

Este servicio pone a disposición de los asegurados de "DKV Mundisalud" una amplia red de centros hospitalarios seleccionados en Estados Unidos para ingreso médico-quirúrgico programado.

Los asegurados que deseen ser atendidos en estos hospitales, previa solicitud y autorización expresa de DKV Seguros, no precisarán desembolsar el coste total de sus facturas presupuestadas para su posterior reembolso por DKV Seguros, sino que únicamente tendrán que abonar el importe que no quede cubierto por la póliza contratada (en los importes que lo permitan), haciéndose cargo DKV Seguros del importe cubierto.

Además, DKV Seguros puede gestionar, si el cliente así lo desea, todos los trámites del viaje y traslado hasta el hospital.

6. Centro de atención telefónica

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

Condiciones generales

1. Cláusula preliminar

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

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

Integran el contrato los siguientes documentos:

> Documento preliminar de información del seguro (solicitud de seguro).

> Declaración de salud.

> Condiciones generales.

> Condiciones particulares.

> Condiciones especiales (solo aquellos casos que corresponda).

> Suplementos o apéndices.

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Conceptos básicos. Definiciones

A los efectos de este contrato se entiende por:

A

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

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

Alta tecnología médica
Se refiere a las nuevas aplicaciones de la electrónica, la informática, la robótica y la bioingeniería en el campo de la medicina, especialmente en las tecnologías de diagnóstico y tratamiento médico. Estas técnicas se caracterizan por un alto coste de inversión, necesidad de personal especializado, y estar sujetas a los informes de las agencias de evaluación de las tecnologías sanitarias (AETS) para contrastar si su seguridad y efectividad en las distintas indicaciones es de suficiente magnitud como para reemplazar a la tecnología existente.

Análisis coste-efectividad
Permite comparar los costes de una o más intervenciones sanitarias en términos monetarios, y las consecuencias en años de vida ajustados por calidad de vida (AVAC) de las mismas, para medir el resultado sanitario.

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

Asegurado
La persona a quien se prestará la asistencia médica.

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

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

Asistencia médica extrahospitalaria
Es la asistencia médica diagnóstica y/o terapéutica en régimen ambulatorio que se presta en consultorios médicos, en el domicilio del paciente, y/o en un hospital o clínica habitualmente sin pernoctación y que genera una estancia de duración inferior a 24 horas (p.ej. box de urgencias, hospital de día, etc.).

La cirugía mayor ambulatoria no se incluye en este concepto.

Asistencia médica hospitalaria
La asistencia hospitalaria u hospitalización es la que se presta en un centro hospitalario en régimen de internamiento durante un mínimo de 24 horas, para el tratamiento médico o quirúrgico del asegurado.

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

B

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

C

Cirugía de corta estancia
Toda aquella intervención quirúrgica que suponga una estancia hospitalaria inferior o igual a cinco días.

Cirugía mayor ambulatoria
Toda aquella intervención quirúrgica realizada en quirófano con anestesia general, local, regional o sedación,

que requiere cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración, por lo que no precisa ingreso hospitalario y el paciente puede ser dado de alta pocas horas después de la intervención.

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

Cirugía robótica o asistida por ordenador
Se denomina cirugía robótica, guiada por imágenes o asistida por ordenador, a las maniobras quirúrgicas que realiza un robot siguiendo las instrucciones de un cirujano y guiado por un sistema laparoscópico telerrobotizado, y/o a la asistida por un sistema informatizado de realidad virtual o navegador con imágenes en 3D obtenidas por ordenador.

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

Cláusula limitativa
Acuerdo establecido en el contrato de seguro, mediante el cual se limita el alcance de la garantía o la deja sin efecto cuando concurre alguna circunstancia de riesgo.

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

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

E

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

Edad fértil
A los efectos de los tratamientos de reproducción asistida, en esta póliza se considera edad fértil de la mujer de los 18 a los 42 años, ambos inclusive, y en el hombre de los 18 a los 55 años.

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

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

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

Esterilidad
Es la ausencia de consecución de embarazo en una pareja tras 12 meses de relaciones sexuales sin método anticonceptivo, o la incapacidad reproductiva de las parejas del mismo género.

F

Fecundación in vitro (FIV)
La fecundación in vitro (FIV) es una técnica de reproducción asistida en la que los óvulos son fecundados por los espermatozoides en un laboratorio y los embriones se depositan en el útero de la paciente. La técnica de fecundación in vitro consta de cinco fases: estimulación ovárica, punción ovárica, fertilización (incluye técnica de microinyección espermática intracitoplasmática o ICSI) cultivo embrionario y transferencia de embriones (FIVTE).

Franquicia
Cantidad establecida en la póliza a partir de la cuál se inicia la cobertura de DKV Seguros. Dicha cantidad corre a cargo del tomador o asegurado.

G

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

sobre la utilidad terapéutica (seguridad y coste-efectividad) de determinadas tecnologías de la salud y medicamentos (incluidos radiofármacos y antitumorales u oncológicos). Las guías de práctica clínica de la NICE son de reconocido prestigio mundial y las más ampliamente desarrolladas, por ello han sido seleccionadas como **guía de referencia para evaluar con criterios de eficiencia la quimioterapia y radioterapia oncológica,** por estar basadas sus recomendaciones en artículos con el más alto nivel de evidencia, y no en publicaciones de grupos de expertos, ni en ninguna otra conveniencia.

H

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

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

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

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

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

Los gastos que se generan por cada día de internamiento hospitalario tienen un límite de hospitalización diario máximo distinto, dependiendo del país, tipo de ingreso (general o en cuidados intensivos) y la duración del mismo (hospitalización de corta estancia o de estancia prolongada).

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

I

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

Indisputabilidad de la póliza
Beneficio incluido en el contrato, que surge a partir del año de su formalización o de la inclusión de nuevos asegurados, por el cual DKV Seguros asume la cobertura de toda enfermedad preexistente, siempre que el asegurado no la conociera y no la omitiera intencionadamente en el cuestionario de salud.

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

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

Inseminación artificial
Esta técnica de reproducción asistida consiste en depositar de forma artificial los espermatozoides, previamente preparados en el laboratorio, en la cavidad uterina en el momento próximo a la ovulación. Consta de tres fases: estimulación ovárica, selección y capacitación espermática (incluye **técnica de recuperación de espermatozoides móviles REM)** e inseminación.

Intervención quirúrgica
Toda operación con fines diagnósticos o terapéuticos, realizada mediante incisión u otra vía de abordaje interno, efectuada por un cirujano o equipo

quirúrgico que, normalmente, requiere la utilización de un quirófano en un centro sanitario autorizado.

M

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

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

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

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

Medicamento
Agente o sustancia simple o compuesta que se administra al interior o al exterior de la persona con objeto terapéutico. No se consideran medicamentos los productos nutritivos, reconfortantes, dermoestéticos, cosméticos, aguas minerales, productos para la higiene, cuidado corporal y los aditivos del baño.

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

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

Medios auxiliares de cura
Elementos, piezas anatómicas y aparatos que prescritos por un médico y adquiridos en farmacia, óptica, ortopedia o similar se aplican en el tratamiento de una herida o lesión, o para prevenir o corregir las deformidades del cuerpo humano.

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

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

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, siempre que el embarazo no se hubiera iniciado y pudiese ser conocido por el asegurado antes de la fecha de inclusión en la póliza.

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

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

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

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

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

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

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

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

Psicólogo clínico
Licenciado en Psicología especializado en Psicología Clínica.

Psicoterapia
Método de tratamiento que se efectúa a una persona que padece un conflicto psiquico, por indicación o prescripción de un psiquiatra.

R

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

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

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

Rehabilitación
Conjunto de terapias físicas prescritas por un médico traumatólogo, neurólogo, reumatólogo o rehabilitador, y realizadas por un fisioterapeuta en un centro específico de rehabilitación, destinadas a restituir la funcionalidad de aquellas partes del aparato locomotor afectadas por las consecuencias de una enfermedad o accidente originado durante la vigencia de la póliza.

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

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

S

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

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

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

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

de dicho riesgo. Se exige veracidad en las respuestas a las preguntas establecidas por DKV Seguros.

T

Tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares
Documento escrito, anexo a las condiciones particulares, que forma parte del contrato de seguro junto con las condiciones generales y que se facilita con las mismas, y que contiene las coberturas y límites de reembolso contratadas por el tomador del seguro.

Terapia génica o genética
Es el proceso que permite el tratamiento de las enfermedades hereditarías, del cáncer, las infecciones y otras enfermedades, mediante la modificación del genoma celular.

La terapia génica consiste en insertar, mediante distintos vectores, material genético en una célula diana para obtener un efecto terapéutico (sintesis de una proteína de interés, compensar un déficit genético, estimular la respuesta inmune contra un tumor o la resistencia a la infección producida por un virus).

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

U

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

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

Urgencia vital
Es aquella situación que requiere atención médica inmediata e inaplazable (en pocas horas), dado que un retraso en la misma puede derivar en un compromiso para la vida o daño irreparable en la integridad física del paciente.

3. Modalidad, extensión y ámbito territorial del seguro

3.1 Objeto del seguro

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

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

1. Los estudios de validación de su seguridad y coste-efectividad sean ratificados, mediante un informe positivo, por las Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias dependientes de los Servicios de Salud de las CC.AA. o del Ministerio de Sanidad.

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

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

3.2 Modalidad del seguro

El seguro "DKV Mundisalud" se basa en un sistema mixto de cobertura, en que el asegurado puede elegir libremente entre:

- **Acceder a la prestación del servicio, a través de los médicos y centros hospitalarios de la "Red DKV de Servicios Sanitarios" concertada por DKV Seguros en todo el territorio nacional. Para ello será preciso identificarse previamente con su tarjeta DKV MEDICARD® y presentar, cuando sea necesaria, la correspondiente autorización (modalidad asistencial de medios propios).**

- Acudir a cualquier médico o centro de su elección, no incluido en la "Red DKV de Servicios Sanitarios" concertada por DKV Seguros.

En este caso, DKV Seguros reembolsará al asegurado el importe de las facturas por él abonadas, en el porcentaje y con los límites establecidos en la tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares de la póliza (modalidad asistencial de medios ajenos).

En ningún caso DKV Seguros reembolsará al asegurado el coste de las facturas emitidas por facultativos y centros incluidos en la "Red DKV de Servicios Sanitarios".

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

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

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

3.3 Ámbito territorial

En la modalidad asistencial de medios propios, la asistencia medico-quirúrgica y hospitalaria se extiende a todo el territorio nacional, en cualquiera de las modalidades del seguro.

En el caso de los medios ajenos, el asegurado de cualquier modalidad de "DKV Mundisalud" (excepto de "DKV Mundisalud Combinado", cuyo ámbito territorial se restringe a España) podrá acudir a los facultativos o centros ajenos a la "Red DKV de Servicios Sanitarios" que desee en cualquier parte del mundo, siempre que la residencia habitual del asegurado se halle en España durante, al menos, nueve meses al año, salvo aceptación expresa en contrario por parte de DKV Seguros.

Si dicho domicilio se trasladara fuera del territorio español, la cobertura del seguro sólo alcanzaría hasta el final del año natural en curso.

3.4 Acceso a las coberturas

Normativa especifica para la modalidad asistencial de medios propios

Asistencia en la "Red DKV de Servicios Sanitarios":

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

b) En la "Red DKV de Servicios Sanitarios", las prestaciones que cubre la póliza pueden ser de libre acceso o precisar autorización previa de DKV Seguros.

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

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

c) A los efectos de este seguro, se entiende comunicado un siniestro cuando el asegurado solicita la prestación del servicio o su

autorización en los medios propios de DKV Seguros.

d) En ningún caso DKV Seguros reembolsará al asegurado el coste de las facturas emitidas por facultativos y centros incluidos en la "Red DKV de Servicios Sanitarios" ni se hará cargo del coste de ningún servicio que requiera ser autorizado, si no se emitió previamente la correspondiente autorización.

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

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

DKV Seguros emitirá las correspondientes autorizaciones para acceder a las prestaciones con la prescripción escrita del médico y tras las oportunas comprobaciones administrativas, salvo que entendiese que se trata de una prestación no cubierta por la póliza.

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

No obstante lo establecido en los párrafos anteriores, en los casos de urgencia, el asegurado o persona en su nombre deberá notificar el hecho de manera probada a DKV Seguros y obtener su confirmación y autorización dentro de las 72 horas siguientes al ingreso en la institución hospitalaria o a la prestación del servicio asistencial.

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

Las autorizaciones se pueden solicitar por teléfono, en el Centro de Atención Telefónica, llamando al número 976 506 000, a través de la web www.dkvseguros.com o en cualquiera de las oficinas de DKV Seguros.

Normativa específica para la modalidad asistencial de medios ajenos
Asistencia fuera de la "Red DKV de Servicios Sanitarios":

a) A los efectos de este seguro, se entiende comunicado el siniestro cuando el asegurado solicite el reembolso.

b) En un plazo máximo de quince días, el tomador del seguro o asegurado deberá solicitar el reembolso de los gastos médicos garantizados por la presente póliza y entregar a DKV Seguros las facturas abonadas, con el detalle de los actos médicos realizados en servicios ajenos a la “Red DKV de Servicios Sanitarios”, la prescripción y los informes médicos que especifiquen el origen y la naturaleza de la enfermedad.

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

El asegurado y sus familiares deberán facilitar los informes y comprobaciones que DKV Seguros considere necesarias.

El incumplimiento de este deber puede dar lugar a la denegación del derecho al reembolso.

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

> Una vez presentado el formulario de reembolso, con los informes y facturas originales acreditativos de la prestación recibida, DKV Seguros abonará los gastos efectuados, según el porcentaje y con los límites señalados en las condiciones generales y/o particulares de la póliza y su tabla de coberturas y límites anexa.

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

> La facturación de gastos realizada y pagada en divisas por el asegurado se abonará en España en euros al cambio del día del pago.

Si éste no constara, se realizará con el cambio correspondiente a la fecha de emisión de la factura o, en su defecto, al de la prestación del servicio.

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

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

d) En ningún caso DKV Seguros se hará cargo ni reembolsará al asegurado el coste de las facturas emitidas por hospitales, centros y otros establecimientos de titularidad pública integrados en el Sistema Nacional de Salud de España y/o dependientes de las comunidades autónomas, por la asistencia médica-quirúrgica y hospitalaria prestada, **salvo casos de urgencia vital cuyo concepto se define en este documento**, y siempre que haya autorización expresa de DKV Seguros.

3.5 Cláusula de subrogación o de cesión de derechos

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

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

4. Descripción de las coberturas

Las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios a los que da derecho este contrato, se agrupan:

Según se presten habitualmente en el hospital o fuera de éste:

a) Asistencia medica extrahospitalaria

La asistencia extrahospitalaria comprende las consultas de asistencia primaria, de urgencia y de las especialidades médicas o quirúrgicas; así como los medios de diagnóstico, métodos terapéuticos y coberturas complementarias en régimen ambulatorio.

Se incluyen además específicamente:

> Los programas preventivos específicos, detallados en el apartado 4.7 (incluida la preparación al parto).

> La psicología clínica.

> La implantación del DIU.

> La logopedia y la foniatría, incluida la reeducación logopédica.

> La cirugía menor correspondiente a los grupos quirúrgicos O y I, según el nomenclátor "Clasificación terminológica y codificación de actos y técnicas médicas" de la Organización Médica Colegial de España (OMC) que esté realizada por profesionales sanitarios exclusivamente en consulta. Puede acceder al listado completo de las intervenciones quirúrgicas comprendidas dentro de dichos grupos, a través de la última versión del nomenclátor de la OMC vigente en el año de consulta, en la web http://www.cgcom.org

> La Unidad del Sueño o polisomnografía.

> La Unidad del Dolor, para el tratamiento del dolor crónico.

b) Asistencia medica hospitalaria

La hospitalización o asistencia hospitalaria comprende los gastos generados durante el internamiento hospitalario y los honorarios médicos o quirúrgicos derivados de los tratamientos realizados, incluido el estudio preoperatorio o preanestésico (consulta,analítica y electrocardiograma) y las visitas y curas del postoperatorio inmediato (hasta dos meses después de la cirugía) y en su caso las prótesis.

Se incluyen además de forma específica en esta modalidad asistencial otros tratamientos descritos en apartado 4.6 de las condiciones generales.

Según la modalidad de asistencia prestada:

4.1 Asistencia primaria

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

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

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

Servicio de enfermería (inyectables y curas): servicio de Asistente Técnico Sanitario o Diplomado Universitario de Enfermería (ATS/DUE) que se prestará en consultorio y en domicilio, previa petición escrita del médico que asista al asegurado.

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

También se incluyen los traslados en incubadora.

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

4.2 Urgencias

Asistencia médica en el domicilio: en caso justificado, y sólo en aquellas poblaciones en las que DKV Seguros tenga concertada la prestación del servicio, se facilitará la asistencia médica en el domicilio por los servicios de atención médica domiciliaria. Incluye medicina general, pediatría, enfermería y, en su caso, ambulancia.

En los casos urgentes el asegurado deberá acudir a los servicios permanentes de urgencia que tiene establecidos DKV Seguros.

Urgencias extra-hospitalarias: atención médica ambulatoria en centro sanitario con servicio de urgencias las 24 horas.

Urgencias hospitalarias: atención médica ambulatoria de carácter urgente, prestada en un centro hospitalario.

4.3 Especialidades médicas y quirúrgicas

Alergia e inmunología: las vacunas serán a cargo del asegurado, excepto las detalladas en el apartado 4.7.1 **"Programa de Salud Infantil"**, hasta los límites estipulados en la tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares.

Anestesiología y reanimación: incluida la anestesia epidural.

Angiología y cirugía vascular.

Aparato digestivo.

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

Cirugía cardiovascular.

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

Cirugía oral y maxilofacial.

Cirugía pediátrica.

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

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

1. Reconstrucción oncoplástica de la mama tras cirugía radical y, si fuera necesario durante el mismo proceso quirúrgico remodelación de la mama sana contralateral (límite máximo, un año después de la cirugia oncológica).

Incluirá la prótesis mamaria, los expansores de piel y las mallas de recubrimiento mamario.

2. Mamoplastia de reducción en mujeres mayores de 18 años con gigantomastia (más de 1500 gramos o ml. de volumen en cada mama), que además tengan una distancia del pezón a la horquilla esternal superior a 32 cm, un índice de masa corporal igual o menor a 30, y requiera una extirpación mínima de 1000 gr. por mama.

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

Cirugía vascular periférica: incluye el uso del láser endoluminal en quirófano para el tratamiento de las varices, salvo lo detallado en el apartado 5.f ("Coberturas excluidas") de las condiciones generales.

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

Endocrinología y nutrición.

Geriatría.

Ginecología: comprende el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la mujer. Quedan cubiertas la revisión ginecológica anual, la planificación familiar, el uso del láser quirúrgico (CO2, Erbio y diodo) y el diagnóstico de la infertilidad y esterilidad.

Hematología y hemoterapia.

Matronas: ATS o DUE titulado en la especialidad de asistencia auxiliar al parto.

Medicina interna.

Medicina nuclear.

Nefrología.

Neonatología.

Neumología - Aparato respiratorio: incluye la terapia domiciliaria en el sindrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS) severo (ver apartado 4.5 "Métodos terapéuticos" de estas condiciones generales).

Neurocirugía.

Neurología.

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

Se incluye el “triple screening” o EBA-Screening (test combinado del primer trimestre), y la amniocentesis o la biopsia de córion con la obtención del cariotipo cromosómico para el diagnóstico de las anomalías fetales, **hasta el máximo por asegurado y año natural que se indica en la tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares, cuando el asegurado utilice medios ajenos a la “Red DKV de Servicios Sanitarios”. En este límite computan, de manera conjunta, la suma de cualquiera de las pruebas mencionadas anteriormente (triple screening, EBA-Screening, amniocentesis y biopsia de córion).**

Asimismo queda incluido, el **test genético de cribado prenatal en sangre materna para trisomía 21 (Down) 18 (Edwards) y 13 (Patau) 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), **hasta el límite máximo por asegurado y año natural establecido en la tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares.**

Además, se incluye 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 incluyen las consultas, las extracciones, las curas estomatológicas, las limpiezas de boca y la radiología dental asociada.

Además hasta los 14 años quedán cubiertos los selladores de fisuras y las obturaciones (empastes).

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

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

Oncología: incluye el análisis molecular intraoperatorio del ganglio centinela en el cáncer de mama en estadío temprano, sin extensión linfática, mediante la técnica OSNA.

Otorrinolaringología: incluye la adenoamigdaloplastia y la cirugía de los cornetes nasales o turbinoplastia por radiofrecuencia, y el uso del láser en quirófano **excepto en la cirugía del roncador, apnea obstructiva del sueño o uvulopalatofaringoplastia.**

Proctología: incluye el uso de láser quirúrgico para el tratamiento de la patología rectal y hemorroidal.

Psiquiatría: principalmente tratamientos neurobiológicos.

Rehabilitación: dirigida por un médico poseedor del título de la especialidad, auxiliado por fisioterapeutas, para restituir las funciones recuperables del aparato locomotor lesionadas por una enfermedad o accidente, y realizada en régimen ambulatorio en un centro con un servicio de rehabilitación idóneo para tal fin.

Rehabilitación neurológica para el daño cerebral adquirido severo: terapia física específica, que **se incluye sólo en régimen ambulatorio, hasta un límite máximo de 60 sesiones durante la vigencia de la póliza y/o vida del asegurado,** en un centro con un servicio de rehabilitación idóneo para tal fin y exclusivamente para el tratamiento de las siguientes indicaciones clínicas: **ictus, anoxia o hipoxia, meningitis, encefalitis, traumatismos craneoencefálicos en accidentes cubiertos por el seguro, cirugía de tumores cerebrales o radiocirugía para su eliminación.**

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

Reumatología.

Traumatología: incluye cirugía artroscópica, nucletomía percutánea y quimionucleosis.

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

4.4 Medios de diagnóstico

Deben ser prescritos por un médico que indique el motivo de la exploración. Quedan incluidos los medios de contraste en las pruebas diagnósticas de este apartado que lo precisen.

Análisis clínicos, anatomía patológica y citopatología.

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

Endoscopias: digestivas, diagnósticas y/o terapéuticas.

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

Fibrobroncoscopias: diagnósticas y/o terapéuticas.

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

Incluye además tomografía coronaria multicorte (TC 64) y la espectografía cardiaca (SPECT miocárdico) tras infarto agudo de miocardio y en postoperados de patologías cardiacas.

N**eurofisiología:** electroencefalograma, electromiograma, etc.

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

Radiología intervencionista o invasiva vascular y visceral.

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

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

a) Incluye la angiotomografía computerizada (AngioTC) multicorte y angiorresonancia (AngioRM) para el **diagnóstico de la patología vascular arterial y venosa cerebral y abdominal, el seguimiento y control de la integridad de las prótesis vasculares, evaluación de las dilataciones arteriales o aneurismas, las malformaciones vasculares y coartaciones independientemente de su localización.**

b) La artrografía por resonancia magnética (ArtroRM) **en patología osteocondral y tendinosa de difícil diagnóstico,** la colangiografía por resonancia magnética (CRM) y la colangio-pancreatografía por resonancia magnética (CPRM) para

la **exclusión de la coledocolitiasis en colecistectomizados, y de la patología oncológica en vías biliares y pancréaticas.**

c) La urografía por tomografía computada multicorte (UroTAC) del tracto urinario (sistema colector, urétetes y vejiga) para el estudio de las **anomalías congénitas, tras cirugía radical del tracto urinario, y cuando esté contraindicada la urografía intravenosa (UIV) o la ureterorrenoscopia.**

d) Queda incluida la tomografía por emisión de positrones (PET), sola o combinada con la tomografía computerizada (PET-TC), **en procesos cancerígenos y en otras indicaciones clínicas recogidas en la ficha técnica del radiofármaco 18Flúor-Fluorodesoxiglucosa (18F-FDG) que se usa habitualmente para realizarlas, siempre que estén autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).**

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

f) Pruebas genéticas y de biología molecular: quedan cubiertas con la prescripción de un médico, **siempre que tengan repercusión en el tratamiento de una enfermedad en curso, o sean necesarias para la obtención de un diagnóstico diferencial que no pueda confirmarse por otros medios, según los criterios establecidos por las agencias de evaluación (AETS).**

g) La ecobroncoscopia (EBUS) o ecografía endobronquial en el diagnóstico de patologia oncológica adyacente al árbol bronquial (en pulmón y mediastino) **no accesible por otros medios** y, en caso necesario, su biopsia.

h) La ecoendoscopia digestiva (USE) sectorial o radial en la evaluación de **lesiones submucosas, localización de tumores neuroendocrinos, e identificación y estadificación del cáncer digestivo y biliopancreático,** así como de su recidiva extraluminal.

4.5 Métodos terapéuticos

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

La medicación será a cargo del asegurado.

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

Fototerapia ultravioleta B de banda estrecha (UVB-BE): en centros de referencia 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 sesiones cubiertas por asegurado** (suma de las realizadas en medios propios y medios ajenos) **por este concepto,** que se estipula en la **tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares.**

Terapia domiciliaria del Síndrome de Apnea-Hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS) severo: mediante dispositivos mecánicos generadores de aire a presión (CPAP o BiPAP) en las vías aéreas superiores, **hasta un límite máximo de sesiones cubiertas por asegurado y año natural** (suma de las realizadas en medios propios y medios ajenos) que se estipula en la tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares, **cuando el índice de apnea-hipopnea por hora (IAH) sea superior a 30.** Incluye la polisomnografía de titulación de dosis para ajustar el dispositivo, y alcanzar un nivel de tratamiento óptimo.

Radioterapia: incluye el acelerador lineal de electrones, la cobaltoterapia, la radioneurocirugía estereotáxica intracraneal, la radioterapia de intensidad modulada (IMRT), y **los isótopos radioactivos cuya utilidad diagnóstica o terapéutica esté avalada por la EMA (agencia europea del medicamento) y la guía clínica NICE.**

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

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

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

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

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

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

Diálisis y hemodiálisis: se prestará este servicio, tanto en régimen ambulatorio como internado, solo para el tratamiento de las insuficiencias renales agudas, excepto en DKV Mundisalud Premium de modalidad individual, que incluye también el tratamiento de la **insuficiencia renal crónica en la "Red DKV de servicios sanitarios" concertada por DKV Seguros.**

Queda expresamente excluido el tratamiento de las afecciones renales crónicas en todas las modalidades de DKV Mundisalud, excepto en la modalidad individual de DKV Mundisalud Premium cuando el tratamiento se realice, previa autorización, en la "Red DKV de servicios sanitarios" (medios propios).

Podología: tratamientos de quiropodia.

Trasplantes: de córnea, corazón, hígado, médula ósea y riñón.

Quedan cubiertos todos los gastos derivados de la implantación del órgano, así como las pruebas de histocompatibilidad.

Se excluyen la extracción, transporte y conservación del órgano a trasplantar. El trasplante de córnea se cubre íntegramente.

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

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

Terapia con plasma rico en plaquetas o factores de crecimiento plaquetarios (PRGF) en la cirugía de reemplazo articular (artroplastia) y en el tratamiento quirúrgico de las fracturas que no consolidan (pseudoartrosis).

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

Laserterapia y magnetoterapia, como técnicas de rehabilitación.

Litotricia renal y vesicular con ondas de choque extracorpóreas.

Litotricia músculo esquelética: hasta el número máximo de sesiones por asegurado y año natural establecido en la tabla de coberturas y límite anexa a las condiciones particulares (suma de las realizadas en medios propios y medios ajenos). Queda cubierta en las pseudoartrosis, osteonecrosis y tendinitis crónicas de inserción (de más de 3 meses de evolución) del hombro, codo, cadera, rotula, talón y planta del pie, cuando no haya sido efectivo el tratamiento médico y/o rehabilitador.

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

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

- El aislamiento circunferencial de las venas pulmonares, cuando hay **fibrilación auricular paroxística muy sintomática (con tres o más episodios al año)** y la edad del asegurado sea inferior a 70 años.
- **La fibrilación auricular persistente (más de un año) sintomática refractaria a los fármacos antiarrítmicos** (2 o más fármacos antiarrítmicos, incluyendo la amiodarona), siempre que no haya comorbilidad (p.ej. hipertensión arterial, sdm. apnea del sueño...) y el tamaño de la aurícula izquierda sea menor de 5 centímetros.
- **Las arritmias auriculares o ventriculares asociadas con cardiopatías congénitas.**
- **Las arritmias auriculares complejas, sin cardiopatía estructural, cuando no han sido efectivos al menos dos tratamientos de ablación anteriores** guiados con los sistemas radiológicos convencionales.

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

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

d) Cirugía robótica laparoscópica en prostatectomía radical órgano-confinada: queda incluida según protocolos comúnmente aceptados, sin límite de cobertura, en la "Red DKV de Servicios Sanitarios" (medios propios) siempre que se realice mediante el sistema laparoscópico telerrobotizado da Vinci, y que el asegurado cuente con la autorización previa de DKV Seguros. **En caso de que el asegurado opte por medios ajenos a la "Red DKV de Servicios Sanitarios", DKV Seguros reembolsará los gastos devengados hasta el límite máximo por asegurado y año que aparece reflejado en la tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares.**

e) Sistema de monitorización neurofisiológica intraoperatoria (MNIO) del sistema nervioso en la cirugía intracraneal y de fusión o artrodesis de tres niveles o más de la columna vertebral. Sistema de vigilancia que mejora la seguridad quirúrgica de los pacientes y facilita el trabajo de los neurocirujanos. Será necesario para su cobertura la prescripción escrita de un médico.

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

g) Extirpación quirúrgica mediante una endoscopia de la mucosa o mucosectomía, para el tratamiento local de lesiones superficiales premalignas o malignas incipientes del tracto digestivo (confinadas a la capa mucosa y de tamaño igual o inferior a 2 cm), la obtención de grandes biopsias diagnósticas y la contención local de un tumor.

Logopedia y foniatría: incluye, con prescripción del otorrinolaringólogo, la terapia vocal para la recuperación de las alteraciones de la voz causadas por afecciones de origen orgánico

(patología infecciosa, traumática y oncológica) en las cuerdas vocales.

Reeducación logopédica: queda cubierta la **terapia del habla y del lenguaje** en las discapacidades del habla (de articulación, fluidez, disfagia oral) y de aprendizaje del lenguaje en el niño (receptivas y expresivas), **con un límite anual máximo de 10 sesiones/asegurado,** y en la rehabilitación de su alteración o pérdida **en los adultos tras un accidente cerebro vascular agudo (ictus) hasta un máximo de 20 sesiones/asegurado y año.**

Existe además un **límite máximo de reembolso por cada sesión de reeducación logopédica** cuando el asegurado utilice los medios ajenos a la "Red DKV de Servicios Sanitarios" **y el número máximo de sesiones cubiertas por asegurado y año natural** (suma de las realizadas en medios propios y medios ajenos) en cada indicación referido anteriormente. **Ambos límites se recogen también en la tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares.**

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

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

4.6 Asistencia hospitalaria

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

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

Además, se incluyen específicamente:

- Los tratamientos oncológicos: radioterapia, braquiterapia y quimioterapia.
- La terapia con plasma rico en plaquetas o factores de crecimiento plaquetarios: en la cirugía de reemplazo articular y de las fracturas que no consolidan (pseudoartrosis).
- Método o técnica OSNA: análisis molecular intraoperatorio del ganglio centinela en el cáncer de mama en estadío temprano, sin extensión linfática.
- La litotricia renal, vesicular y músculo-esquelética.
- La diálisis y hemodiálisis.
- Cirugía de los Grupos II al VIII de la Organización Médica Colegial (OMC), realizada exclusivamente en un centro hospitalario.
- La cirugía mayor ambulatoria.
- La radiología intervencionista o invasiva vascular y visceral.
- Las técnicas de planificación familiar: ligadura de trompas y vasectomía.
- La radioneurocirugía estereotáxica intracraneal.
- La cirugía artroscópica.
- La cirugía de cornetes o turbinoplastia y la adenoamigdaloplastia por radiofrecuencia.
- El láser quirúrgico en ginecología, oftalmología, proctología, cirugía vascular periférica y otorrinolaringología.
- El láser holmio endourológico y el láser verde (KTP y HPS) de diodo, holmio o tulio para el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata.
- La nucleotomía percutánea y la quimionucleosis.
- La alta tecnología terapéutica **(ver detalle de los tratamientos cubiertos en el apartado 4.5 Métodos terapéuticos).**
- Las prótesis quirúrgicas.
- La indemnización diaria por hospitalización.

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

gastos de quirófano, sala de partos, productos anestésicos, medicamentos y los implantes de materiales biológicos y/o biomateriales con objeto terapéutico que se detallan en el apartado 4.7 "Prótesis quirúrgicas" de las condiciones generales.
Quedan expresamente excluidos los medicamentos biológicos o biomateriales medicamentosos no detallados en el citado apartado 4.7 y las terapias del apartado 5. r "Coberturas excluidas".

En este ámbito, según la duración del ingreso, para el reembolso de gastos en medios ajenos, y con efecto exclusivamente sobre el límite diario máximo por hospitalización, se considera:

a) Hospitalización general de corta estancia: aquellos ingresos o internamientos hospitalarios por cualquier causa, **de duración inferior o igual a cinco días.**

b) Hospitalización general de estancia prolongada: aquellos ingresos o internamientos hospitalarios por cualquier causa, **de duración superior o igual a seis días** (excepto la hospitalización en UCI).

c) Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos: aquellos ingresos o internamientos hospitalarios por cualquier causa, en unidades médicas especializadas en proporcionar éste tipo de atención médica.

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

1. Hospitalización médica (sin intervención quirúrgica).

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

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

En este tipo de hospitalización se considera cirugía de corta estancia, aquella cuyo ingreso no supera un plazo predeterminado de tiempo (ver apartado 2. Conceptos básicos. Definiciones).

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

4. Hospitalización pediátrica (para personas menores de 14 años). Incluye la asistencia del médico pediátra tanto en la hospitalización convencional, como en incubadora."

5. Hospitalización psiquiátrica. Incluye la asistencia del médico psiquiátra. Sólo se cubrirá en caso de brotes agudos. **La estancia queda limitada a un periodo máximo de dias por año natural que se estipula en la tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares,** para cuya aplicación sumarán de forma conjunta los dias de ingreso producidos tanto en la "Red DKV de Servicios Sanitarios" como en la modalidad asistencial de medios ajenos a la misma.

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

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

Además, en la modalidad individual de DKV Mundisalud Premium queda cubierto el tratamiento de la insuficiencia renal crónica en la "Red DKV de Servicios Sanitarios" concertada por DKV Seguros.

4.7 Coberturas complementarias

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

1. Programa de Salud Infantil.

Comprende:

> La gimnasia y preparación psicoprofiláctica al parto, con clases prácticas y teóricas de puericultura, y la rehabilitación preventiva del suelo pélvico postparto en centros de referencia concertados de la "Red DKV de Servicios Sanitarios", **con un límite máximo de tres sesiones cubiertas por parto.**

> 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 ecografia neonatal.

> El programa de vacunación infantil obligatorio en España, en centros de referencia vacunales concertados, siempre que estén autorizados por las comunidades autónomas.

> **Reembolso de las vacunas recomendadas por la Asociación Española de Pediatría (coste del medicamento)**, que no forman parte de los calendarios de vacunación infantil obligatorios de las comunidades autónomas españolas, siempre que sean prescritas por un pediatra. Se incluyen las siguientes: **la vacuna frente al rotavirus en lactantes, el meningococo B en menores de un año y frente al virus del papiloma humano (VPH) en niños (varones) de 12 años y en mujeres menores de 26 años vacunadas inadecuadamente.**

También se incluye en **mujeres menores de 55 años con verrugas genitales, displasia cervical escamosa intraepitelial (L-SIL) de bajo grado o tras conización,** dentro del programa de prevención del carcinoma de cérvix.

Para estas vacunas existe un **límite máximo de reembolso por cada unidad,** y otro **límite máximo total acumulado por asegurado y año natural (**suma del gasto por este concepto en medios propios y medios ajenos) establecido en la tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares.

> Los controles de salud en las edades claves del desarrollo infantil, durante los cuatro primeros años.

2. Programa de detección precoz de la diabetes.

Incluye:

> **A partir de los 45 años**, la determinación de la glucemia basal en plasma cada cuatro años

> **En personas con alto riesgo de padecer diabetes**: con antecedentes familiares de diabetes de primer grado, síndrome metabólico o glucemia basal alterada (GBA 110-125 mg/dl), la prueba se realiza cada año. En caso de confirmarse una glucemia basal alterada (GBA), se deberá realizar además una prueba de hemoglobina glicoxilada (HbA1c) o un test de tolerancia oral a la glucosa.

> **Si hay un diagnóstico de prediabetes,** por glucemia basal entre 110-125 mg/dl y hemoglobina glicoxilada inferior 6,5%, se realizará un control anual de ambas.

> Por último, **si se diagnostica diabetes,** por glucemia basal superior a 125 mg/dl y hemoglobina glicoxilada igual o superior a 6,5%, DKV Seguros llevará a cabo un control y seguimiento clínico de la enfermedad.

3. Programa de detección precoz del glaucoma.

Incluye:

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

> En población de riesgo con antecedentes familiares de glaucoma, un control anual de la presión intraocular

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

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

Incluye:

> Exámenes periódicos dirigidos al diagnóstico precoz de neoplasias de mama y de cuello uterino.

> Revisión ginecológica anual, que incluirá consulta de revisión, colposcopia, citología, ecografía ginecológica y mamografía, según protocolos comúnmente aceptados.

> Test HPV (ADN-HPV) para diagnosticar la infección del virus del papiloma humano en mujeres con citología cervico-vaginal patológica (clasificación de Bethesda) y tras conización, e identificar y tratar precozmente aquellas lesiones cervicales con mayor riesgo de transformación oncológica.

5. Programa de prevención del riesgo coronario.

Incluye:

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

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

6. Programa de prevención del cáncer de piel.

Incluye:

> Consulta y revisión de los cambios de tamaño, color y forma de los nevus displásicos o atípicos.

> Microscopia por epilumuniscencia digitalizada o dermatoscopia, para el diagnóstico precoz del melanoma:

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

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

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

Incluye:

> Consulta médica y exploración física.

> Test específico para detectar sangre oculta en heces.

> Colonoscopia, en caso necesario.

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

Incluye:

> Consulta médica y exploración física.

> Análisis de sangre y orina, con determinación del antígeno prostático específico.

> Ecografía transrectal y/o biopsia prostática, en caso necesario.

9. Programa de Salud Bucodental. Desde la infancia para la prevención de la caries, de la enfermedad periodontal y los problemas de malposición o maloclusión dentaria.

Incluye:

> Consulta odontológica y exploración del estado de salud bucodental.

> Corrección de hábitos alimenticios.

> Implantación de higiene bucodental adecuada.

> Fluorización tópica.

> Selladores de fisuras y obturaciones (empastes)

> Tartrectomías o limpiezas de boca, cuando sean necesarias.

Psicología clínica. Incluye sesiones de psicoterapia de carácter individual en régimen ambulatorio, previa prescripción de un médico psiquiatra

o pediatra practicada por un psicólogo, siempre que su finalidad sea el tratamiento de las siguientes patologías susceptibles de intervención psicológica:

> Enfermedades psiquiátricas: depresión, esquizofrenia y trastornos psicóticos.

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

> Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia.

> En situaciones de acoso escolar, violencia de género o familiar

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

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

> Trastornos del aprendizaje: hiperactividad y fracaso escolar.

Existe un límite máximo de reembolso por sesión de psicoterapia, cuando el asegurado utilice los medios ajenos a la "Red DKV de Servicios Sanitarios". El número máximo de sesiones cubiertas por asegurado y año natural (suma de las realizadas en medios propios y medios ajenos) se estipula en la tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares.

En el DKV Mundisalud Combinado, la psicoterapia únicamente está incluida a través de la "Red DKV de Servicios Sanitarios" (modalidad asistencial de medios propios), hasta un límite máximo de sesiones por asegurado y año natural que se regula en estas condiciones generales (Ver apartado 7.6 DKV Mundisalud Combinado).

Planificación familiar. Incluye los siguientes servicios:

> Implantación del DIU, incluye el reembolso del coste del dispositivo intrauterino en el porcentaje establecido en la modalidad del seguro, **hasta un límite máximo de reembolso que se estipula en la tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares.**

> Ligadura de trompas.

> Vasectomía.

Prótesis quirúrgicas: queda incluida en la cobertura de la póliza la prescripción y colocación de las prótesis articulares (hombro, cadera, rodilla, tobillo y pie) vasculares y cardiacas (válvulas cardiacas, by-pass vasculares, stent, sistemas oclusores septales, marcapasos temporales y definitivos, desfibrilador automático), las prótesis

internas traumatológicas (barras, placas metálicas de fijación interna y tornillos), las cajas o espaciadores intersomáticos en la cirugía de fusión o artródesis de la columna vertebral, la prótesis de disco móvil cervical en la enfermedad discal sintomática (dolor y déficit neurológico funcional) refractaria al tratamiento médico, y la caja o espaciador interespinoso en la estenosis del canal espinal lumbar que causa dolor irradiado y claudicación neurógena (dolor que aparece al andar y cede al sentarse) de más de seis meses de evolución pese al tratamiento conservador. **Asimismo, se cubren los implantes de materiales biológicos y/o biomateriales con objeto terapéutico que se detallan a continuación:**

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

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

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

> Plastias biológicas: Biomatriz o malla reabsorbible en sustitución de la duramadre en la cirugía intracraneal o espinal tumoral, y del pericardio en la cirugía cardiaca.

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

Además incluye el material de osteosíntesis, las mallas quirúrgicas en reparación de los defectos de la pared abdominal, las bandas suburetrales y mallas de contención del suelo pélvico en la cirugía de la incontinencia urinaria y del prolapso de los órganos pélvicos, las válvulas para hidrocefalia, las fijaciones externas extraesqueléticas, la prótesis testicular por orquidectomía tras proceso oncológico o accidente, los expansores de piel, la prótesis de mama y la malla de recubrimiento mamario únicamente en reconstrucción tras cirugía radical, y la lente intraocular monofocal neutra (sin corrección visual añadida) en la cirugía de la catarata **(excepto en DKV Mundisalud Premium, que cubre la lente tórica o multifocal, hasta un importe máximo por ojo intervenido).**

No existe un límite anual máximo de cobertura en concepto de material protésico e implantológico a través de la "Red DKV de Servicios Sanitarios" (medios propios) en DKV

Mundisalud Premium, siempre que cuente con la autorización previa obligatoria de DKV Seguros. El resto de modalidades de DKV Mundisalud tampoco tienen un límite máximo de cobertura en medios propios, si está autorizado previamente por DKV, **excepto para las prótesis vasculares y cardiacas descritas con anterioridad, que tendrán el límite de cobertura por asegurado y año que se estipule en la tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares, para las prótesis quirúrgicas.**

En la modalidad asistencial de medios ajenos, cuando el material protésico e implantológico detallado con anterioridad en este apartado se adquiere en centros no incluidos en la "Red DKV de Servicios Sanitarios" y/o sin la preceptiva autorización de DKV seguros antes de la cirugía, se reembolsan los gastos de las facturas abonadas en el porcentaje y **hasta el límite de cobertura que se estipula en la tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares de esta póliza.**

Para el cálculo del límite anual de cobertura en prótesis por asegurado computarán tanto los gastos producidos a través de la "Red DKV de Servicios Sanitarios" (en su caso también prótesis cardiacas y vasculares autorizadas en medios propios) como los producidos fuera de la Red concertada por DKV Seguros (modalidad asistencial de reembolso de gastos en medios ajenos).

Indemnización compensatoria diaria por hospitalización. DKV Seguros indemniza con una cantidad máxima por día, a partir del tercer día de ingreso hospitalario, y hasta un límite máximo por asegurado y año estipulado en la tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares, siempre que se cumplan los siguientes requisitos:

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

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

Asistencia sanitaria por infección VIH/SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) y de las enfermedades causadas por el virus de inmunodeficiencia humana (V.I.H.): cubre los gastos derivados del tratamiento con los límites y exclusiones que se establezcan a la prestación asistencial en los distintos apartados de las condiciones generales (apartados 2, 3, 4, 5 y 6) y que les sean aplicables. Además se establece **un periodo de exclusión, y un límite máximo total por asegurado durante la vigencia de la póliza y/o**

vida del asegurado que se especifica en la tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares (computa conjuntamente medios propios y medios ajenos).

4.8 Coberturas exclusivas

Solo la contratación del seguro "DKV Mundisalud" de asistencia médica completa en su modalidad individual permite al asegurado acceder a las garantías adicionales siguientes:

1. Reembolso de terapias alternativas y complementarias (homeopatia y acupuntura).

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

3. Reembolso de gastos de medicamentos.

4. Reembolso de los gastos de mantenimiento anual en banco de las células madre hematopoyéticas procedentes del cordón umbilical, **durante los seis primeros años tras el nacimiento**, siempre que el servicio de extracción y criopreservación del cordón se haya **contratado a través del proveedor incluido en la "Red de Servicios DKV Club Salud y Bienestar, el parto esté cubierto por el seguro, y el asegurado cuyas células madre se preservan esté incluido en la póliza**.

Asimismo, la contratación del seguro "DKV Mundisalud" Classic, Élite o Premium de asistencia médica completa en su modalidad individual permite acceder al asegurado a la cobertura adicional siguiente:

1. Reproducción asistida. Quedan cubiertas las técnicas de reproducción asistida durante el periodo de máxima fertilidad (a partir de los 18 años, y hasta los 42 años en la mujer, y 55 años en el hombre) para el tratamiento de la esterilidad de la pareja. Para disfrutar de esta cobertura es necesario que ambos miembros de la pareja estén asegurados, y que no tengan ningún hijo en común.

El acceso al tratamiento, con la preceptiva autorización de la compañía, se realiza **exclusivamente a través de los centros médicos y clínicas de reproducción asistida incluidos en la "Red DKV de Servicios Sanitarios" concertada por la entidad (medios propios),** aunque no estén ubicados en la provincia del domicilio de los asegurados, **con un periodo de carencia de 48 meses.**

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

4.9 Asistencia en viaje

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

5. Coberturas excluidas

Quedan excluidos de la cobertura general de este seguro:

a) Toda clase de enfermedades, lesiones, dolencias, estados o condiciones de salud preexistentes (por ejemplo, embarazo o gestación) y sus consecuencias, así como los defectos constitucionales o físico-congénitos y los que se deriven de accidentes o enfermedades y sus secuelas que sean de origen anterior a la fecha de inclusión de cada asegurado en la póliza.

b) Todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos cuya seguridad y coste-efectividad no estén científicamente contrastadas y/o no hayan sido ratificadas por las Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias, o se hayan quedado manifiestamente superadas por otras disponibles.

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

d) Las enfermedades o lesiones derivadas de la práctica profesional de cualquier deporte, de la participación en apuestas y competiciones y de la práctica, como aficionado o profesional, de actividades de alto riesgo como el toreo y encierro de reses bravas, de la práctica de deportes peligrosos, tales como el buceo, el bobsleigh, el boxeo, las artes marciales, la escalada, las carreras de vehículos a motor, rugby, quad, espeleología, parapente, actividades aéreas no autorizadas para el transporte público de viajeros, actividades de navegación en aguas bravas y en cualesquiera otras circunstancias de riesgo, puenting, barranquismo, incluidos los entrenamientos y cualquier otra práctica manifiestamente peligrosa.

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

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

g) Las terapias alternativas y complementarias, acupuntura, naturopatía, homeopatía, el quiromasaje, el drenaje linfático, la mesoterapia, la gimnasia, la osteopatía, la hidroterapia, los partos alternativos (en el domicilio, acuáticos, etc.), la oxigenoterapia trifásica, la presoterapia, la ozonoterapia, las modalidades de fototerapia y sus indicaciones no detalladas en el apartado 4.5, y otras prestaciones similares, así como la ortóptica y las especialidades médicas no reconocidas oficialmente.

Además quedan excluidos los tratamientos médico-quirúrgicos con técnicas de radiofrecuencia excepto en la adenoamigdaloplastia, ablación cardiaca, y la cirugía de los cornetes nasales o turbinoplastia.

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

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

Queda excluida además la asistencia sanitaria prestada en hospitales, centros y otros establecimientos de titularidad pública integrados en el Sistema Nacional de Salud de España y/o dependientes de las comunidades autónomas, salvo en los supuestos identificados (ver aptdo. 3.4 Normativa especifica para la modalidad asistencial de medios ajenos).

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

i) La alta tecnología médica diagnóstica y/o terapéutica, la litotricia, salvo la detallada en el apartado 4.4 "Medios de diagnóstico" y/o 4.5 "Métodos terapéuticos" de estas condiciones generales.

j) El tratamiento de la roncopatía o apnea obstructiva del sueño (salvo diez sesiones con CPAP o BiPAP), así como los tratamientos y/o modalidades de radioterapia y sus indicaciones médicas, que no se detallen expresamente en el apartado 4.5 "Métodos terapéuticos" apartado de "Radioterapia" de estas condiciones generales. Además queda excluida la protonterapia, la neutronterapia, la radiocirugía con Cyberknife, y los radiofármacos con isótopos radiactivos no autorizados por la EMA (agencia europea del medicamento) y/o no recomendados por la guía clínica NICE.

k) La medicina preventiva y los chequeos o reconocimientos médicos preventivos de carácter general, el coste de la vacunas y de los extractos en procesos alérgicos, salvo lo detallado en los programas de prevención específicos incluidos en el apartado 4.7 ("Coberturas complementarias") de las condiciones generales.

l) La interrupción voluntaria del embarazo y la reducción embrionaria instrumental selectiva en cualquier supuesto, la cirugía reconstructiva de técnicas anticonceptivas previas, así como el tratamiento de la esterilidad, las técnicas de lavado seminal y las técnicas de reproducción asistida de cualquier clase, excepto lo detallado en el Anexo II apartado 3 de "Coberturas exclusivas" del seguro DKV Mundisalud Classic, Élite y Premium de asistencia médica completa en su modalidad individual, que está sujeto a las delimitaciones y exclusiones del riesgo estipuladas en el apartado 3.1.6 [a - i] del mismo Anexo.

m) Todo tipo de prótesis, implantes, dispositivos sanitarios, piezas anatómicas y ortopédicas, salvo

las detalladas en el apartado 4 "Descripción de las coberturas" de estas condiciones generales.

Se excluyen además el corazón artificial, los implantes de columna, y los biomateriales y/o materiales biológicos, sintéticos y ortopédicos no detallados expresamente en el apartado 4.7, así como el uso de los descritos en otras indicaciones que no sean las señaladas.

n) La odontología especial: endodóncica, periodóncica, ortodóncica, los selladores de fisuras y las obturaciones o empastes en mayores de 14 años, las reconstrucciones, las prótesis dentales, las apicectomías, la implantología y los medios diagnósticos necesarios para realizar estos tratamientos, excepto en DKV Mundisalud Premium, que están incluidos (salvo la estética dental) mediante reembolso con los límites establecidos en la tabla de coberturas y límites anexa a condiciones generales.

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

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

Se excluye además la psicoterapia de grupo o pareja, los test psicológicos y psicométricos, la rehabilitación psicosocial o neuropsicológica, la terapia educativa o cognitivo-conductual en los transtornos de la comunicación oral y escrita, y del desarrollo de diverso origen, salvo lo expresamente incluido en el apartado 4.7 (Descripción de la cobertura de Psicología clínica).

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

r) La medicina regenerativa, la biológica, la inmunoterapia, las terapias biológicas, la terapia génica

o genética y con antivirales de acción directa, así como las aplicaciones de todas ellas.

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

s) La cámara hiperbárica. La diálisis y la hemodiálisis para el tratamiento de las afecciones crónicas, salvo en DKV Mundisalud Premium individual, que quedan cubiertas en la "Red DKV de servicios sanitarios" concertada por DKV Seguros.

t) La asistencia sanitaria por fiebres hemorrágicas virales, así como sus complicaciones y secuelas. Los gastos asistenciales derivados de la infección por VIH/SIDA y de las enfermedades causadas por el virus, cuando excedan la cantidad máxima garantizada en la tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares para esta cobertura.

u) La cirugía robótica, guiada por imágenes o asistida por un ordenador o navegadores virtuales, salvo en las indicaciones señaladas en el apartado 4.5 de las condiciones generales. Quedan asimismo excluidos los tratamientos que usan el láser, excepto en las especialidades e indicaciones que se detallan en el apartado 4."Descripción de las coberturas".

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

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

x) Los productos farmacéuticos, medicamentos y medios auxiliares de cura de cualquier clase, excepto lo detallado en el apartado 2.3 del anexo II de las condiciones generales "Coberturas exclusivas del seguro DKV Mundisalud en su modalidad individual", y los que se administren al asegurado durante su internamiento (un mínimo de 24 horas) en un centro hospitalario. En cualquier caso, quedan también expresamente excluidos, los medicamentos biológicos o biomateriales

medicamentosos no detallados en el apartado 4.7 "Prótesis quirúrgicas" y las terapias del apartado 5. r "Coberturas excluidas", aunque se administren durante el internamiento hospitalario.

La quimioterapia oncológica solo cubrirá los gastos de los medicamentos específicamente citostáticos definidos y detallados en "Citóstatico" del apartado 2 "Conceptos básicos. Definiciones". Se excluye expresamente de este concepto la inmunoterapia antitumoral, los anticuerpos monoclonales, la terapia génica, la terapia endocrina u hormonal, los inhibidores enzimáticos y/o moleculares, los fármacos antiangiogénicos y los sensibilizadores usados en la terapia fotodinámica y radiación.

y) La rehabilitación de mantenimiento en lesiones neurológicas irreversibles de diverso origen y en lesiones crónicas del aparato locomotor.

Queda excluida la estimulación precoz, la terapia ocupacional, los tratamientos de rehabilitación para el daño cerebral adquirido en régimen de internamiento hospitalario o cualquier modalidad de rehabilitación que se realice en el domicilio o sea motivo de ingreso hospitalario, y aquella que se realiza en centros no autorizados y/o inscritos en el registro de Centros y Servicios Sanitarios de la comunidad autónoma respectiva.

z) El consejo genético, las pruebas de paternidad o de parentesco, la obtención de mapas genéticos de riesgo con finalidad preventiva o predictiva, la secuenciación masiva de genes o cariotipo molecular, las técnicas de hibridación genómica comparada, y las plataformas de microarrays con interpretación automatizada de los resultados, así como cualquier otra técnica genética y/o de biología molecular que se solicite con fin pronóstico o diagnostico si éste se puede obtener por otros medios, o no tiene repercusión terapéutica.

6. Periodos de carencia y exclusión

Periodos de carencia y exclusión

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

No obstante, se exceptúan del anterior principio general, y tienen un periodo de carencia que se establece en la tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares, los siguientes servicios:

1. Las intervenciones quirúrgicas y la hospitalización, incluyendo las prótesis quirúrgicas, por cualquier motivo y naturaleza, salvo en los casos de urgencia vital o accidente.

2. La asistencia de cualquier tipo de parto (excepto parto prematuro) o cesárea.

3. Los trasplantes

4. Las técnicas de reproducción asistida (ver anexo II, apartado 3 coberturas **exclusivas de DKV Mundisalud Classic completo, Élite y Premium en sus modalidades individuales.**

5. La asistencia sanitaria por infección del VIH/SIDA tiene un periodo de exclusión que se establece en la tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares (ver definición de "periodo de exclusión" en apartado 2 Conceptos básicos.Definiciones).

Los periodos de carencia y exclusión para acceder a estas prestaciones sanitarias se aplicarán tanto en la modalidad asistencial de medios propios, denominada "Red DKV de Servicios Sanitarios", como en la modalidad asistencial de medios ajenos a la misma.

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

Las prestaciones sanitarias detalladas en el apartado 4 de estas condiciones generales podrán contratarse con siete modalidades diferentes:

7.1 DKV Mundisalud Classic hospitalización

Seguro mixto de reembolso que comprende en su cobertura unicamente los servicios descritos en el apartado 4.6 "Asistencia hospitalaria" de estas condiciones generales.

Incluye, además, la asistencia de urgencias hospitalarias –si fuera necesario, con internamiento-, la asistencia en viaje y el acceso a unos servicios adicionales complementarios.

Permite optar al asegurado, entre acceder a la asistencia hospitalaria en la “Red DKV de Servicios Sanitarios” (modalidad asistencial de medios propios) o acudir a facultativos y centros hospitalarios en España y el extranjero, no incluidos en la red asistencial concertada por DKV Seguros (modalidad asistencial de medios ajenos) y solicitar el reembolso de las facturas (Ver apartado 3.4 "Acceso a las coberturas").

En ambos casos será necesario el cumplimiento de un período de carencia o exclusión previo, para acceder a determinadas prestaciones relacionadas en el apartado "6.PERIODOS DE CARENCIA Y EXCLUSIÓN " (detalle en tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares).

Si el asegurado acude a facultativos y centros hospitalarios no incluidos en la “Red DKV de Servicios Sanitarios” (modalidad asistencial de medios ajenos) tendrá derecho, siempre que se trate de prestaciones cubiertas por este seguro:

- **A un porcentaje de reembolso** sobre el importe total de la factura, según ésta se haya producido en España o el extranjero (ver tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares).

> **Hasta unos límites máximos estipulados en la tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares, que se aplicarán sobre las garantías y coberturas siguientes:**

- **Capital máximo garantizado** en la póliza por asegurado y año natural.

- La asistencia hospitalaria (ver apartado 4.6 de las condiciones generales) tiene un capital máximo garantizado por asegurado y año natural.

- Los gastos que se generan por cada día de internamiento hospitalario, tienen un límite máximo dependiendo del país, el tipo de asistencia y/o su duración (ver apartado 4.6. Asistencia hospitalaria y la tabla de coberturas y límites anexa a condiciones particulares), que se aplicará sobre la estancia (habitación individual convencional con aseo y cama de acompañante), la manutención del enfermo, los gastos generales de enfermería, la unidad de cuidados especiales, los medios complementarios de diagnóstico y terapéuticos, los gastos de quirófano, el material, la sala de partos, los productos anestésicos y los medicamentos.

- Los honorarios médicos por ingreso médico o quirúrgico, incluido cirujano, ayudantes, anestesistas y equipo médico en general, hasta un límite máximo por asegurado y año natural.

- En hospitalización psiquiátrica, la estancia queda limitada según lo establecido en el apartado 4.6.5 de estas condiciones generales.

- Las prótesis quirúrgicas tienen un límite máximo según lo establecido en el apartado 4.7 de estas condiciones generales.

- Indemnización diaria por hospitalización, según lo indicado en el apartado 4.7 de estas condiciones generales.

- Restos de servicios de hospitalización médica y quirúrgica, en las indicaciones y con las limitaciones de cobertura que se establezcan en el apartado 4.3 y 4.6 de estas condiciones generales para la asistencia hospitalaria.

Queda excluida: la asistencia médica extrahospitalaria (asistencia primaria y especializada, la asistencia en el domicilio, las urgencias extrahospitalarias, los medios complementarios de diagnóstico, los métodos terapéuticos no detallados específicamente en el apartado 4.6, los programas de medicina preventiva, la psicología clínica y el transporte sanitario).

7.2 DKV Mundisalud Complet

Seguro mixto de reembolso que integra en su cobertura todas las especialidades y prestaciones sanitarias y servicios que se indican en el apartado 4 "Descripcion de las coberturas" de estas condiciones generales.

Incluye asimismo el acceso a unos servicios adicionales complementarios.

Permite optar al asegurado, entre acceder a la asistencia sanitaria en la “Red DKV de Servicios Sanitarios” (modalidad asistencial de medios propios) o acudir a facultativos, hospitales y centros de diagnóstico o tratamiento ambulatorios, en España y el extranjero, no incluidos en la red asistencial concertada por DKV Seguros (modalidad asistencial de medios propios) y solicitar el reembolso de las facturas (Ver apartado 3.4 "Acceso a las coberturas").

En ambos casos será necesario el cumplimiento de un período de carencia o exclusión previo, para acceder a determinadas prestaciones relacionadas en el apartado 6 "Periodos de carencia y exclusión" (detalle en tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares).

Si el asegurado acude a facultativos, hospitales y centros de diagnóstico o tratamiento ambulatorios, no incluidos en la “Red DKV de Servicios Sanitarios” (modalidad asistencial de medios propios) tendrá derecho, siempre que se trate de prestaciones cubiertas por este seguro:

> **A un porcentaje de reembolso** sobre el importe total de la factura, según ésta se haya producido en España o el extranjero (ver tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares).

> **Hasta unos límites máximos estipulados en dicha tabla anexa a las condiciones particulares, que se aplicarán sobre las garantías y coberturas siguientes:**

- **Capital máximo garantizado** en la póliza por asegurado y año natural.

- **Asistencia extrahospitalaria:**

  - Los honorarios médicos por consultas, medios complementarios de diagnóstico y tratamiento en régimen ambulatorio, incluido el transporte sanitario, hasta un límite máximo por asegurado y año natural.

- Las consultas de asistencia primaria, especializada y de urgencia, con un sublimite parcial por consulta.

- La amniocentesis, triple screening, EBA-Screening o biopsia de corion, según lo establecido en el apartado 4.3. de las condiciones generales.

- Test genético de cribado prenatal, según lo establecido en el apartado 4.3 de las condiciones generales.

- La psicologia clínica y las sesiones de psicoterapia, según lo establecido en el apartado 4.7 de las condiciones generales.

- Resto de actos terapéuticos ambulatorios, en las indicaciones y con las limitaciones de cobertura que se establezcan en el apartado 4 de estas condiciones generales para la asistencia extrahospitalaria.

- **Asistencia hospitalaria:**

  - La asistencia hospitalaria (ver apartado 4.6 de las condiciones generales) tiene un capital máximo garantizado por asegurado y año natural.

  - Los gastos que se generan por cada día de internamiento hospitalario, tienen un límite máximo dependiendo del país, el tipo de asistencia y/o su duración (ver apartado 4.6. Asistencia hospitalaria y la tabla de coberturas y límites anexa a condiciones particulares), que se aplicará sobre la estancia (habitación individual convencional con aseo y cama de acompañante), la manutención del enfermo, los gastos generales de enfermería, la unidad de cuidados especiales, los medios complementarios de diagnóstico y terapéuticos, los gastos de quirófano, el material, la sala de partos, los productos anestésicos y los medicamentos.

  - Los honorarios médicos por ingreso médico o quirúrgico, incluido cirujano, ayudantes, anestesistas y equipo médico en general, hasta un sublímite máximo, por grupo quirúrgico, parto o cesárea, y transplantes.

  - En hospitalización psiquiátrica, la estancia queda limitada según lo establecido en el apartado 4.6.5 de estas condiciones generales.

  - Las prótesis quirúrgicas tienen un límite máximo, según lo establecido en el apartado 4.7 de estas condiciones generales.

- Indemnización diaria por hospitalización, según lo indicado en apartado 4.7 de estas condiciones generales.

- Restos de servicios de hospitalización médica y quirúrgica, en las indicaciones y con las limitaciones de cobertura que se establezcan en el apartado 4.3 y 4.6 de estas condiciones generales para la asistencia hospitalaria.

7.3 DKV Mundisalud Plus

Seguro mixto de reembolso, que integra en su cobertura todas las especialidades, prestaciones sanitarias y servicios que se indican en el apartado 4 "Descripción de las coberturas" de estas condiciones generales.

Incluye asimismo el acceso a unos servicios adicionales complementarios.

Permite optar al asegurado, entre acceder a la asistencia sanitaria en la “Red DKV de Servicios Sanitarios” (modalidad asistencial de medios propios) o acudir a facultativos, hospitales y centros de diagnóstico o tratamiento ambulatorios, en España y el extranjero, no incluidos en la red asistencial concertada por DKV Seguros (modalidad asistencial de medios ajenos) y solicitar el reembolso de las facturas (ver apartado 3.4 "Acceso a las coberturas").

En ambos casos será necesario el cumplimiento de un periodo de carencia o exclusión previo, para acceder a determinadas prestaciones relacionadas en el apartado "6. Periodos de carencia y exclusión" (detalle en tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares).

Si el asegurado acude a facultativos, hospitales y centros de diagnóstico o tratamiento ambulatorios, no incluidos en la “Red DKV de Servicios Sanitarios” (modalidad asistencial de medios ajenos) tendrá derecho, siempre que se trate de prestaciones cubiertas por este seguro:

> **A un porcentaje de reembolso** sobre el importe total de la factura, según ésta se haya producido en España o el extranjero (ver tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares).

> **Hasta unos límites máximos estipulados en dicha tabla anexa a las condiciones particulares, que se aplicarán sobre las garantías y coberturas siguientes:**

- Capital máximo garantizado en la póliza por asegurado y año natural.

- **Asistencia extrahospitalaria:**

  - Los honorarios médicos por consultas, medios complementarios de diagnóstico

y tratamiento en régimen ambulatorio, incluido el transporte sanitario, hasta un límite máximo por asegurado y año natural.

- Las consultas de asistencia primaria, especializada y de urgencia, con un sublimite parcial por consulta.

- La amniocentesis, triple screening, EBA-Screening o biopsia de corion, según lo establecido en el apartado 4.3 de las condiciones generales.

- Test genético de cribado prenatal, según lo establecido en el apartado 4.3 de las condiciones generales.

- La psicología clínica y las sesiones de psicoterapia, según lo establecido en el apartado 4.7 de las condiciones generales.

- La psicología clínica y las sesiones de psicoterapia, según lo establecido en el apartado 4.7 de las condiciones generales.

- Resto de actos terapéuticos ambulatorios, en las indicaciones y con las limitaciones de cobertura que se establezcan en el apartado 4 de estas condiciones generales para la asistencia extrahospitalaria.

- **Asistencia hospitalaria:**

  - La asistencia hospitalaria (ver apartado 4.6 de las condiciones generales) tiene un capital máximo garantizado por asegurado y año natural.

  - Los gastos que se generan por cada día de internamiento hospitalario, tienen un límite máximo dependiendo del país, el tipo de asistencia y/o su duración (ver apartado 4.6. Asistencia hospitalaria y la tabla de coberturas y límites anexa a condiciones particulares), que se aplicará sobre la estancia (habitación individual convencional con aseo y cama de acompañante), la manutención del enfermo, los gastos generales de enfermería, la unidad de cuidados especiales, los medios complementarios de diagnóstico y terapéuticos, los gastos de quirófano, el material, la sala de partos, los productos anestésicos y los medicamentos.

  - Los honorarios médicos por ingreso médico o quirúrgico, incluido cirujano, ayudantes, anestesistas y equipo médico en general, hasta un sublimite máximo por grupo quirúrgico, parto o cesárea, y trasplantes.

- En hospitalización psiquiátrica la estancia queda limitada según lo establecido en el apartado 4.6.5 de estas condiciones generales.

- Las prótesis quirúrgicas tienen un límite máximo según lo establecido en el apartado 4.7 de estas condiciones generales.

- Indemnización diaria por hospitalización según lo indicado en apartado 4.7 de estas condiciones generales.

- Restos de servicios de hospitalización médica y quirúrgica, en las indicaciones y con las limitaciones de cobertura que se establezcan en el apartado 4.3 y 4.6 de estas condiciones generales para la asistencia hospitalaria.

7.4 DKV Mundisalud Classic

Seguro mixto de reembolso que integra en su cobertura todas las especialidades, prestaciones sanitarias y servicios que se indican en el apartado "4. Descripción de las coberturas" de estas condiciones generales.

Incluye asimismo el acceso a unos servicios adicionales complementarios.

Permite optar al asegurado, entre acceder a la asistencia sanitaria en la “Red DKV de Servicios Sanitarios” (modalidad asistencial de medios propios) o acudir a facultativos, hospitales y centros de diagnóstico o tratamiento ambulatorios, en España y el extranjero, no incluidos en la red asistencial concertada por DKV Seguros (modalidad asistencial de medios ajenos) y solicitar el reembolso de las facturas (ver apartado 3.4 "Acceso a las coberturas").

En ambos casos será necesario el cumplimiento de un período de carencia o exclusión previo, para acceder a determinadas prestaciones relacionadas en el apartado 6 "Periodos de carencia y exclusión" (detalle en tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares).

Si el asegurado acude a facultativos, hospitales y centros de diagnóstico o tratamiento ambulatorios, no incluidos en la “Red DKV de Servicios Sanitarios” (modalidad asistencial de medios ajenos) tendrá derecho, siempre que se trate de prestaciones cubiertas por este seguro:

> **A un porcentaje de reembolso** sobre el importe total de la factura, según ésta se haya producido en España o el extranjero (ver tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares).

> **Hasta unos límites máximos estipulados en dicha tabla anexa a las condiciones particulares, que se aplicarán sobre las garantías y coberturas siguientes:**

- **Capital máximo garantizado** en la póliza por asegurado y año natural.

- **Asistencia extrahospitalaria:**

  - Los honorarios médicos por consultas, medios complementarios de diagnóstico y tratamiento en régimen ambulatorio, incluido el transporte sanitario, hasta un límite máximo por asegurado y año natural.

  - La amniocentesis, triple screening, EBA-Screening o biopsia de corion, según lo establecido en el apartado 4.3 de las condiciones generales.

  - Test genético de cribado prenatal según lo establecido en el apartado 4.3 de las condiciones generales.

  - La psicología clínica y las sesiones de psicoterapia, según lo establecido en el apartado 4.7 de las condiciones generales.

  - Resto de actos terapéuticos ambulatorios, en las indicaciones y con las limitaciones de cobertura que se establezcan en el apartado 4 de estas condiciones generales para la asistencia extrahospitalaria.

- **Asistencia hospitalaria:**

  - La asistencia hospitalaria (ver apartado 4.6 de las condiciones generales) tiene un capital máximo garantizado por asegurado y año natural.

  - Los gastos que se generan por cada día de internamiento hospitalario, tienen un límite máximo dependiendo del país, el tipo de asistencia y/o su duración (ver apartado 4.6. Asistencia hospitalaria y la tabla de coberturas y límites anexa a condiciones particulares), que se aplicará sobre la estancia (habitación individual convencional con aseo y cama de acompañante), la manutención del enfermo, los gastos generales de enfermería, la unidad de cuidados especiales, los medios complementarios de diagnóstico y terapéuticos, los gastos de quirófano, el material, la sala de partos, los productos anestésicos y los medicamentos.

  - Los honorarios médicos por ingreso médico o quirúrgico, incluido cirujano, ayudantes, anestesistas y equipo médico en

general, hasta un límite máximo por asegurado y año natural.

- En hospitalización psiquiátrica la estancia queda limitada según lo establecido en el apartado 4.6.5 de estas condiciones generales.

- Las prótesis quirúrgicas tienen un límite máximo según lo establecido en el apartado 4.7 de estas condiciones generales.

- Indemnización diaria por hospitalización según lo indicado en apartado 4.7 de estas condiciones generales.

- Restos de servicios de hospitalización médica y quirúrgica, en las indicaciones y con las limitaciones de cobertura que se establezcan en el apartado 4.3 y 4.6 de estas condiciones generales para la asistencia hospitalaria.

> **Con una franquicia máxima de 25.000 euros** por asegurado y año natural a través del reembolso de gastos (modalidad asistencial de medios ajenos), a partir de dicha cantidad el porcentaje de reembolso a aplicar por DKV Seguros en las facturas será del 100% excepto en aquellas garantías y coberturas que estén sometidas a los límites y exclusiones estipuladas en las condiciones generales y/o en la tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares.

7.5 DKV Mundisalud Élite

Seguro mixto de reembolso que integra en su cobertura todas las especialidades, prestaciones sanitarias y servicios que se indican en el apartado 4 "Descripción de las coberturas" de estas condiciones generales.

Incluye asimismo el acceso a unos servicios adicionales complementarios.

Permite optar al asegurado, entre acceder a la asistencia sanitaria en la “Red DKV de Servicios Sanitarios” (modalidad asistencial de medios propios) o acudir a facultativos, hospitales y centros de diagnóstico o tratamiento ambulatorios, en España y el extranjero, no incluidos en la red asistencial concertada por DKV Seguros (modalidad asistencial de medios ajenos) y solicitar el reembolso de las facturas (ver apartado 3.4 "Acceso a las coberturas").

En ambos casos será necesario el cumplimiento de un período de carencia o exclusión previo, para acceder a determinadas prestaciones relacionadas en el apartado "6. Periodos de carencia y exclusión" (detalle en tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares).

Si el asegurado acude a facultativos, hospitales y centros de diagnóstico o tratamiento ambulatorios, no incluidos en la "Red DKV de Servicios Sanitarios" (modalidad asistencial de medios ajenos) tendrá derecho, siempre que se trate de prestaciones cubiertas por este seguro:

> **A un porcentaje de reembolso** sobre el importe total de la factura, según ésta se haya producido en España o el extranjero (ver tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares).

> **Hasta unos límites máximos estipulados en dicha tabla anexa a las condiciones particulares, que se aplicarán sobre las garantías y coberturas siguientes:**

- **Capital máximo garantizado** en la póliza por asegurado y año natural.

- **Asistencia extrahospitalaria:**

  - Los honorarios médicos por consultas, medios complementarios de diagnóstico y tratamiento en régimen ambulatorio, incluido el transporte sanitario, hasta un límite máximo por asegurado y año natural.

  - La amniocentesis, triple screening, EBA-Screening o biopsia de corion, según lo establecido en el apartado 4.3 de las condiciones generales.

  - Test genético de cribado prenatal según lo establecido en el apartado 4.3 de las condiciones generales.

  - La psicología clínica y las sesiones de psicoterapia, según lo establecido en el apartado 4.7 de las condiciones generales.

  - Resto de actos terapéuticos ambulatorios, en las indicaciones y con las limitaciones de cobertura que se establezcan en el apartado 4 de estas condiciones generales para la asistencia extrahospitalaria.

- **Asistencia hospitalaria:**

  - La asistencia hospitalaria (ver apartado 4.6 de las condiciones generales) tiene un capital máximo garantizado por asegurado y año natural.

  - Los gastos que se generan por cada día de internamiento hospitalario, tienen un límite máximo dependiendo del país, el tipo de asistencia y/o su duración (ver apartado 4.6. Asistencia hospitalaria y la tabla de coberturas y límites anexa a condiciones particulares), que se aplicará sobre la estancia (habitación individual convencional con aseo y cama de acompañante), la manutención del enfermo, los

gastos generales de enfermería, la unidad de cuidados especiales, los medios complementarios de diagnóstico y terapéuticos, los gastos de quirófano, el material, la sala de partos, los productos anestésicos y los medicamentos.

- Los honorarios médicos por ingreso médico o quirúrgico, incluido cirujano, ayudantes, anestesistas y equipo médico en general, hasta un límite máximo por asegurado y año natural.

- En hospitalización psiquiátrica la estancia queda limitada según lo establecido en el apartado 4.6.5 de estas condiciones generales.

- Las prótesis quirúrgicas tienen un límite máximo según lo establecido en el apartado 4.7 de estas condiciones generales.

- Indemnización diaria por hospitalización según lo indicado en apartado 4.7 de estas condiciones generales.

- Restos de servicios de hospitalización médica y quirúrgica, en las indicaciones y con las limitaciones de cobertura que se establezcan en el apartado 4.3 y 4.6 de estas condiciones generales para la asistencia hospitalaria.

> **Con una franquicia máxima de 25.000 euros** por asegurado y año natural a través del reembolso de gastos (modalidad asistencial de medios ajenos), a partir de dicha cantidad el porcentaje de reembolso a aplicar por DKV Seguros en las facturas será del 100% excepto en aquellas garantías y coberturas que estén sometidas a los límites y exclusiones estipuladas en las condiciones generales y/o en la tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares.

7.6 DKV Mundisalud Combinado

Seguro mixto de reembolso que **integra en su cobertura la prestacion del servicio en la "Red DKV de Servicios Sanitarios"** (modalidad asistencial de medios propios) en todas las especialidades detalladas en el apartado "4. Descripción de las coberturas", incluida la psicología clínica **con un límite máximo de veinte sesiones de psicoterapia por asegurado y año natural, salvo en los trastornos de la alimentación (anorexia/bulimia) y la situaciones de acoso escolar, violencia de género y/o familiar, que será de cuarenta, con el reembolso de los gastos de "Asistencia hospitalaria"** producidos en España, en facultativos o centros hospitalarios no incluidos en la "Red DKV de Servicios Sanitarios" (modalidad asistencial de medios ajenos) y que se indican en el apartado 4.6 de estas condiciones generales.

En ambos casos será necesario el cumplimiento de un período de carencia o exclusión previo, para acceder a determinadas prestaciones relacionadas en el apartado "6. Periodos de carencia y exclusión" (detalle en tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares).

Incluye asimismo el acceso a unos servicios adicionales complementarios.

Si el asegurado acude a facultativos y centros hospitalarios no incluidos en la "Red DKV de Servicios Sanitarios" (modalidad asistencial de medios ajenos) tendrá derecho, siempre que se trate de prestaciones incluidas en el apartado 4.6 de "Asistencia hospitalaria":

> **A un porcentaje de reembolso** sobre el importe total de la factura, siempre que ésta se haya producido en España (ver tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares).

> **Hasta unos límites máximos estipulados en la tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares, que se aplicarán sobre las garantías y coberturas siguientes:**

- **Capital máximo garantizado** en la póliza por asegurado y año natural.
- La asistencia hospitalaria (ver apartado 4.6 de las condiciones generales) tiene un capital máximo garantizado por asegurado y año natural.
- Los gastos que se generan por cada día de internamiento hospitalario, tienen un límite máximo dependiendo del país, el tipo de asistencia y/o su duración (ver apartado 4.6. Asistencia hospitalaria y la tabla de coberturas y límites anexa a condiciones particulares), que se aplicará sobre la estancia (habitación individual convencional con aseo y cama de acompañante), la manutención del enfermo, los gastos generales de enfermería, la unidad de cuidados especiales, los medios complementarios de diagnóstico y terapéuticos, los gastos de quirófano, el material, la sala de partos, los productos anestésicos y los medicamentos.
- Los honorarios médicos por ingreso médico o quirúrgico, incluido cirujano, ayudantes, anestesistas y equipo médico en general, hasta un límite máximo por asegurado y año natural.
- En hospitalización psiquiátrica la estancia queda limitada según lo establecido en el apartado 4.6.5 de estas condiciones generales.

- Las prótesis quirúrgicas tienen un límite máximo según lo establecido en el apartado 4.7 de estas condiciones generales.

- Indemnización diaria por hospitalización según lo indicado en apartado 4.7 de estas condiciones generales.

- Restos de servicios de hospitalización médica y quirúrgica, en las indicaciones y con las limitaciones de cobertura que se establezcan en el apartado 4.3 y 4.6 de estas condiciones generales para la asistencia hospitalaria.

Asimismo en la "Modalidad asistencial de medios ajenos" se excluye del reembolso de gastos: la asistencia médica extrahospitalaria (asistencia primaria y especializada, la asistencia en el domicilio, las urgencias extrahospitalarias, los medios complementarios de diagnóstico, los métodos terapéuticos no detallados especificamente en el apartado 4.6, los programas de medicina preventiva, la psicología clínica y el transporte sanitario).

7.7 DKV Mundisalud Premium

Seguro mixto de reembolso que integra en su cobertura todas las especialidades, prestaciones sanitarias y servicios que se indican en el apartado "4. Descripción de las coberturas" de estas condiciones generales.

Incluye asimismo el acceso a unos servicios adicionales complementarios.

Permite optar al asegurado, entre acceder a la asistencia sanitaria en la “Red DKV de Servicios Sanitarios” (modalidad asistencial de medios propios) o acudir a facultativos, hospitales y centros de diagnóstico o tratamiento ambulatorios, en España y el extranjero, no incluidos en la red asistencial concertada por DKV Seguros (modalidad asistencial de medios ajenos) y solicitar el reembolso de las facturas (ver apartado "3.4 Acceso a las coberturas").

En ambos casos será necesario el cumplimiento de un periodo de carencia o exclusión previo, para acceder a determinadas prestaciones relacionadas en el apartado "6. Periodos de carencia y exclusión" (detalle en tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares).

Si el asegurado acude a facultativos, hospitales y centros de diagnóstico o tratamiento ambulatorios, no incluidos en la “Red DKV de Servicios Sanitarios” (modalidad asistencial de medios ajenos) tendrá derecho, siempre que se trate de prestaciones cubiertas por este seguro:

> **A un porcentaje de reembolso** sobre el importe total de la factura, según ésta se haya producido en España o el extranjero (ver tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares).

> **Hasta unos límites máximos estipulados en dicha tabla anexa a las condiciones particulares, que se aplicarán sobre las garantías y coberturas siguientes:**

- **Capital máximo garantizado** en la póliza por asegurado y año natural.

- **Asistencia extrahospitalaria:**

  • Los honorarios médicos por consultas, medios complementarios de diagnóstico y tratamiento en régimen ambulatorio, incluido el transporte sanitario, hasta un límite máximo por asegurado y año natural.

  • La amniocentesis, triple screening, EBA-Screening o biopsia de corion, según lo establecido en el apartado 4.3 de las condiciones generales.

  • Test genético de cribado prenatal, según lo establecido en el apartado 4.3 de las condiciones generales.

  • La psicología clínica y las sesiones de psicoterapia, según lo establecido en el apartado 4.7 de las condiciones generales.

  • Resto de actos terapéuticos ambulatorios, en las indicaciones y con las limitaciones de cobertura que se establezcan en el apartado 4 de estas condiciones generales para la asistencia extrahospitalaria.

- **Asistencia hospitalaria:**

  • La asistencia hospitalaria (ver apartado 4.6 de las condiciones generales) tiene un capital máximo garantizado por asegurado y año natural.

  • Los gastos que se generan por cada día de internamiento hospitalario tienen un límite máximo dependiendo del país, el tipo de asistencia y/o su duración (ver apartado 4.6. Asistencia hospitalaria y la tabla de coberturas y límites anexa a condiciones particulares), que se aplicará sobre la estancia (habitación individual convencional con aseo y cama de acompañante), la manutención del enfermo, los gastos generales de enfermería, la unidad de cuidados especiales, los medios complementarios de diagnóstico y terapéuticos, los

gastos de quirófano, el material, la sala de partos, los productos anestésicos y los medicamentos.

- Los honorarios médicos por ingreso médico o quirúrgico, incluido cirujano, ayudantes, anestesistas y equipo médico en general, hasta un límite máximo por asegurado y año natural.

- En hospitalización psiquiátrica, la estancia queda limitada según lo establecido en el apartado 4.6.5 de estas condiciones generales.

- Las prótesis quirúrgicas tienen un límite máximo según lo establecido en el apartado 4.7 de estas condiciones generales, mediante reembolso de gastos en medios ajenos, y sin límite de importe en la "Red DKV de servicios sanitarios"(medios propios), previa autorización de la entidad.

- Indemnización diaria por hospitalización según lo indicado en apartado 4.7 de estas condiciones generales.

- Resto de servicios de hospitalización médica y quirúrgica, en las indicaciones y con las limitaciones de cobertura que se establezcan en el apartado 4.3 y 4.6 de estas condiciones generales para la asistencia hospitalaria.

Coberturas especiales de DKV Mundisalud Premium: modalidad individual y colectiva.

a) Odontología especial. En "DKV Mundisalud Premium" se cubren todos los tratamientos bucodentales, **salvo los que se produzcan por causas estéticas:** odontología endodóncica, periodóncica, ortodóncica, obturaciones o empastes, prótesis dentales y ortopedia maxilar, apicectomías, implantes y los medios diagnósticos necesarios para realizarlos.

El asegurado puede acudir a odontólogos o centros dentales no incluidos en la "Red DKV de Servicios Bucodentales" **(medios ajenos)** en España y en el extranjero, y tendrá derecho a un **porcentaje de reembolso por la asistencia dental facturada,** siempre que estos aparezcan correctamente desglosados indicando piezas dentales y tratamientos realizados.

Asimismo, puede acudir a la "Red DKV de Servicios Bucodentales" (medios propios), que está implantada en todo el territorio nacional. **Antes de recibir la prestación del servicio dental con el precio especial detallado en la "Red DKV de Servicios Sanitarios", debe identificarse con su tarjeta DKV MEDICARD®**, lo que además le dará derecho al reembolso del importe

total de los gastos derivados de esta asistencia dental.

La suma de los tratamientos dentales facturados en el seguro por ambas modalidades asistenciales (medios propios y ajenos) tendrá un límite máximo por asegurado y año indicado en la tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares.

b) Ecografía 3D/4D en el embarazo: límite máximo una por asegurado y año.

c) Psicoterapia: reembolso unitario de cada sesión en medios ajenos, sin límite máximo de importe (ver detalle de la cobertura apartado 4.7 de psicología clínica).

d) Planificación familiar: incluye la cobertura del dispositivo intrauterino (DIU) mediante reembolso del gasto en medios ajenos, sin límite máximo de importe por unidad (ver detalle cobertura apartado 4.7 de planificación familiar).

e) Prótesis quirúrgicas: sin importe límite máximo de cobertura en medios propios, previa autorización de la entidad (ver el detalle de las prótesis cubiertas en el apartado 4.7 de prótesis). **En los servicios no concertados (medios ajenos) el porcentaje y límite máximo de reembolso por asegurado y año natural se establece en tabla anexa a condiciones particulares.**

f) Lente intraocular tórica y multifocal en la cirugia de reemplazo del cristalino en la catarata: incluido el reembolso unitario de cada lente en medios ajenos, hasta un importe límite máximo establecido en la tabla anexa a condiciones particulares.

- **Coberturas exclusivas DKV Mundisalud Premium de modalidad individual**

a) Terapias alternativas: homeopatía y acupuntura (ver descripción de la cobertura en apartado 2.1 Anexo II de las condiciones generales, y límites de reembolso en tabla anexa a condiciones particulares).

b) Reembolso de los gastos por servicios de asistencia familiar y/o atención a la dependencia, con un sublímite para gastos de gestión o asesoría, en caso de acreditarse una dependencia grado 3 por accidente (ver descripción de la cobertura en apartado 2.2 Anexo II de las condiciones generales, y límites de reembolso en tabla anexa a condiciones particulares).

c) Reembolso de gastos de medicamentos (ver detalle de la cobertura en apartado 2.3 del Anexo II de las condiciones generales, el porcentaje y límite de reembolso en tabla anexa a las condiciones particulares). Esta cobertura es opcional en la modalidad colectiva.

d) Reembolso de los gastos de mantenimiento anual en banco, de las células madre hematopoyéticas procedentes del cordón umbilical los seis primeros años tras el nacimiento, siempre que el servicio de extracción y criopreservación del cordón se haya contratado con el proveedor incluido en la **"Red de servicios DKV Club Salud y Bienestar", el parto esté cubierto por el seguro, y el asegurado cuyas células madre se preservan permanezca incluido en la póliza** (ver detalle de la cobertura en apartado 2.4 del Anexo II de las condiciones generales, y límite de reembolso en tabla anexa a las condiciones particulares).

e) Reproducción asistida en servicios concertados de la "Red DKV de Servicios Sanitarios" (ver detalle de la cobertura en el apartado de reproducción asistida del Anexo II de las condiciones generales, y límite de edad e intentos en la tabla anexa a las condiciones particulares).

f) Diálisisis y hemodiálisis en servicios concertados de la "Red DKV de Servicios Sanitarios": para el tratamiento de la insuficiencia renal crónica.

> **Con una franquicia máxima de 25.000 euros** por asegurado y año natural, a través del reembolso de gastos (modalidad asistencial de medios ajenos). A partir de dicha cantidad, el porcentaje de reembolso a aplicar por DKV Seguros en las facturas será del 100%, excepto en aquellas garantías y coberturas que estén sometidas a los límites y exclusiones estipuladas en las condiciones generales y/o en la tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares.

7.8 Reembolso sustitutivo baremado de la asistencia hospitalaria

En la modalidad asistencial de medios ajenos de DKV Mundisalud Classic, Élite y Premium existe la posibilidad de recibir un reembolso sustitutivo baremado para los supuestos en que **no estén desglosados en la factura por la asistencia hospitalaria prestada o detallados individualizadamente los conceptos reembolsables** (p.ej. sistema de facturación por forfaits, grupos relacionados de diagnóstico –GRD- o similar) **establecidos en este mismo artículo** (consultar epígrafe y detalle de Asistencia hospitalaria, aptdos. 7.4 y 7.5) y, en consecuencia, no puedan calcularse sobre ellos los límites máximos de reembolso estipulados en la tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares. En estos casos **se aplicará entonces la siguiente regla proporcional o baremo, en sustitución del desglose de la facturación hospitalaria** (incluyendo la cobertura de la prótesis en su caso) para llevar a cabo

posteriormente el reembolso de la asistencia, mediante la aplicación de los siguientes porcentajes:

El 50% del importe total de la factura hospitalaria: se imputa a los gastos de internamiento hospitalario u hospitalización (mínimo 24 horas) sobre el que se aplica el porcentaje de reembolso y el límite máximo de reembolso por día de hospitalización, en función de los días de estancia facturados, estipulado en la modalidad del seguro contratada.

El 35% del importe total de la factura hospitalaria: se imputa a los gastos por honorarios médicos o quirúrgicos (cirujano, ayudantes, anestesistas, y equipo médico en general) producidos durante un ingreso o internamiento hospitalario (en sus distintas modalidades, apartado 4.6 de las condiciones generales) sobre el que se aplica el porcentaje de reembolso y el límite máximo de reembolso por honorarios médico-quirúrgicos por asegurado y año, estipulado en la modalidad del seguro contratada.

El 15% del importe total de la factura: se imputa al gasto en prótesis o implantes quirúrgicos (consultar detalle en el apartado 4.7 de las condiciones generales), sobre el que se aplica el porcentaje de reembolso y el límite máximo de reembolso de prótesis e implantes quirúrgicos por asegurado y año, estipulado en la modalidad del seguro contratada.

En el caso de que no se haya facturado ninguna prótesis y/o implante durante un ingreso hospitalario, el 15% remanente se imputará según el siguiente esquema :

El 60% del importe total de la factura hospitalaria: se imputará a los gastos de internamiento hospitalario u hospitalización, sobre el que se calculará el porcentaje y el límite de reembolso por día de hospitalización anteriormente referido.

El 40% del importe total de la factura hospitalaria: se imputará a los gastos por honorarios médicos o quirúrgicos (cirujano, ayudantes, anestesistas, y equipo médico en general), sobre el que se calculará el porcentaje y el límite de reembolso por honorarios anteriormente referido.

8. Bases del contrato

8.1 Formalización del contrato y duración del mismo

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

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

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

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

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

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

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

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

Esta renuncia de DKV Seguros a su derecho de oponerse a la continuidad de la póliza tiene como condición que el tomador acepte que las primas variarán anualmente conforme a los criterios técnicos expuestos en el apartado 8.4 de este contrato y las modificaciones de las condiciones generales que se propongan a todos los asegurados que hayan suscrito la misma modalidad del seguro.

8.2 Otras obligaciones, deberes y facultades del tomador o asegurado

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

a) Antes de la conclusión del contrato, de declarar a DKV Seguros, de acuerdo con el cuestionario que ésta le someta todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si DKV Seguros no le somete cuestionario o cuando, aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él (artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro).

b) Durante el curso del contrato comunicar a DKV Seguros, tan pronto como sea posible los traslados de residencia habitual al extranjero, los cambios de domicilio en España, de profesión habitual, y/o el inicio de actividades de ocio o deportivas de riesgo elevado o extremo, que sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por DKV Seguros en el momento de la suscripción del contrato, no lo habría aceptado o lo habría hecho en condiciones distintas.

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

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

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

En caso de que el tomador o asegurado tengan derecho a un resarcimiento por parte de terceros responsables, este derecho pasa a DKV

Seguros por el importe de la prestación sanitaria.

8.3 Otras obligaciones de DKV Seguros

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

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

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

8.4 Pago del seguro (primas)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En el seguro de modalidad colectiva, en algunos tramos se podrán establecer grupos de edad. Asimismo las primas podrán sufrir modificaciones por variaciones en la estructura del colectivo asegurado, y la revalorización de los capitales máximos asegurados en el caso del reembolso de gastos

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

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

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

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

8.5 Pérdida de derechos

El asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada:

a) Si al cumplimentar el cuestionario de salud, el tomador o el asegurado no responden con veracidad al mismo o a las aclaraciones que les pueden ser solicitadas, ya sea ocultando de manera consciente circunstancias relevantes, ya sea no observando la debida diligencia para proporcionar los datos que se le piden (artículo 10 Ley de Contrato de Seguro).

8.6 Suspensión y rescisión del contrato de seguro

a) DKV Seguros podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro al responder al cuestionario de salud (artículo 10 Ley de Contrato de Seguro).

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

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

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

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

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

8.7 Comunicaciones

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

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

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

Las comunicaciones de DKV Seguros al tomador del seguro o al asegurado se realizarán en el domicilio de éstos que figure en el contrato, salvo que hubiesen comunicado a DKV Seguros el cambio de domicilio.

8.8 Riesgos sanitarios especiales

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

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

8.9 Impuestos y recargos

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

Anexo I: Asistencia en viaje

1. Disposiciones previas

1.1 Personas aseguradas

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

1.2 Ámbito del seguro

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

1.3 Duración del seguro

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

1.4 Validez

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

2. Descripción de las coberturas

2.1 Asistencia

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

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

2.1.2 Gastos odontológicos de urgencia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a) El transporte de los restantes asegurados hasta el lugar de su residencia habitual o hasta el lugar

donde esté hospitalizado el asegurado repatriado o trasladado.

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

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

2.1.9 Regreso anticipado a su domicilio
Si en el transcurso de un viaje, durante el cual el asegurado se encontrara fuera de su domicilio habitual, se produjera en éste un incendio o siniestro grave, o bien falleciera un familiar de primer grado, DKV Seguros pondrá a disposición del asegurado un billete para regresar a su domicilio, en caso de que el billete que tuviera el asegurado para el viaje de regreso no permitiera adelantar el mismo.

Asimismo, después de resuelta la situación que dio lugar al regreso anticipado a su domicilio habitual, si deseara reincorporarse a su lugar del viaje, DKV Seguros pondrá de nuevo a su disposición un billete para su vuelta a lugar de destino de su viaje inicial.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.20 Adelanto de fondos en el extranjero
Cuando sea necesario, a causa de gastos extraordinarios por enfermedad o accidente ocurridos en el extranjero, DKV Seguros adelantará al asegurado, **hasta el límite de 1.500 euros,** contra firma de un escrito de reconocimiento de deuda o cheque bancario por dicho importe, o el contravalor en euros, de la cantidad anticipada, a salvo siempre de la legislación vigente sobre el control de cambios.

El asegurado se compromete a reembolsar a DKV Seguros el importe adelantado en un plazo máximo de 30 días desde el momento de la entrega efectuado por esta.

2.2 Equipajes

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

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

2.3 Demoras

2.3.1 Pérdida de enlaces por retraso del medio de transporte
Si el medio de transporte público se retrasa debido a fallo técnico, huelgas, inclemencias climatológicas o desastres naturales, intervención de las autoridades o de otras personas por la fuerza, y como consecuencia de este retraso se imposibilitara el enlace con el siguiente medio de transporte público cerrado y previsto en el

billete, **DKV Seguros abonará hasta el límite de 120 euros, los gastos justificados incurridos en la espera de alojamiento y manutención.**

3. Delimitaciones del contrato

3.1 Exclusiones

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

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

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

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

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

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

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

3.1.8 Los gastos de inhumación y ceremonias funerarias.

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

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

3.1.11 Los daños causados intencionadamente por el asegurado, o negligencia grave de éste.

4. Disposiciones adicionales

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Disposiciones previas

1.1 Personas aseguradas

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

1.2 Seguro modalidad individual

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

1.3 Duración del seguro

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

1.4 Validez

Para poder beneficiarse de las prestaciones garantizadas, el asegurado debe tener su domicilio de residencia habitual en España, al menos, durante nueve meses al año.

2. Coberturas exclusivas complementarias

La contratación del seguro "DKV Mundisalud" de asistencia médica completa en su modalidad individual es el único que permite al asegurado acceder a las siguientes garantías adicionales:

2.1 Terapias alternativas y complementarias

Las detalladas a continuación únicamente quedan cubiertas a través

del reembolso de gastos, siempre que sean prestadas por un médico, y se reembolsan según lo indicado en la tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares.

- **Homeopatía:** Reembolso hasta un límite máximo de indemnización por consulta o sesión. Sin límite anual en el número de consultas o sesiones.

- **Acupuntura:** Reembolso hasta un límite máximo de indemnización por consulta o sesión, y un número máximo de sesiones por asegurado y año.

2.1.1 Delimitaciones de la cobertura
Las terapias alternativas y complementarias. Homeopatía y acupuntura quedan cubiertas en el seguro "DKV Mundisalud " de asistencia médica completa en su modalidad individual, con las limitaciones establecidas en el apartado 4.8 "Coberturas exclusivas" y en contra de lo estipulado en las condiciones generales (apartado 5.g "Coberturas excluidas").

Continúan estando excluidas el resto de terapias incluidas en el apartado 5.g "Coberturas excluidas": la naturopatía, el quiromasaje, la osteopatía, el drenaje linfático, la mesoterapia, la gimnasia, la hidroterapia, la oxigenoterapia trifásica, la presoterapia, la ozonoterapia y otras prestaciones similares o especialidades no reconocidas oficialmente.

Además quedan excluidos los tratamientos médico-quirúrgicos con técnicas de radiofrecuencia excepto en la cirugía de los cornetes nasales o turbinoplastia y la adenoamigdaloplastia.

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

2.2.1 Objeto de la cobertura
DKV Seguros garantiza el reembolso del 100% del importe de las facturas abonadas por los servicios de asistencia familiar y/o atención a la dependencia, **hasta un límite máximo de 12.000 euros durante la vigencia de la póliza y/o vida del asegurado, con un sublímite de 2.000 euros para el servicio de asesoría o de gestión de las ayudas a la dependencia,** cuando el asegurado y/o persona en su nombre (tutor legal) acredite una situación de **dependencia Grado 3, reconocida por el "Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia" (SAAD), ocasionada por un accidente cubierto por el seguro a partir de la fecha de entrada en vigor de esta cobertura.**

El reembolso se garantiza siempre que se corresponda con gastos derivados de prestaciones o servicios sociosanitarios incluidos en esta cobertura, **con las limitaciones y exclusiones estipuladas en las condiciones generales de la póliza (ver apartado 5.a, 5.c, 5.d, 5.e "Coberturas excluidas") y Anexo II (apartado 2.2.3).**

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

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

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

a) Atención personal:

> Aseo personal

> Movilización en el domicilio

> Cambios de postura e higiene personal de personas encamadas

> Acompañamiento dentro del domicilio

b) Cuidado del hogar:

> Limpieza del domicilio

> Compras domésticas

> Servicio de cocina

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

> Residencias

> **Centros de día** de atención especializada

> **Centro de noche**

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

Se trata de un servicio individual y adaptado, atendido por trabajadores sociales, psicólogos y médicos las 24 horas de día y los 365 días del año, dentro o fuera del hogar, al que se tiene acceso a través de un terminal específico.

La única limitación establecida será la de que el beneficiario deberá mantener las funciones cognitivas suficientes para el uso de la tecnología correspondiente.

2.2.1.4 Servicio de adaptación del hogar. Se refiere al conjunto de artículos destinados a adaptar la vivienda a sus necesidades. Estos productos permiten mejorar el acceso y la movilidad en todos los rincones de su casa.

2.2.1.5 Servicio de asesoría y de gestión de ayudas a la dependencia. También quedan incluidos los servicios de asesoría o gestión de las ayudas a la dependencia, **con un sublímite máximo de 2.000 euros durante la vigencia de la póliza y/o vida del asegurado.**

El asegurado y/o persona en su nombre (tutor legal) podrá solicitar el reembolso a DKV Seguros del total de los gastos producidos por los servicios de asistencia familiar y/o atención a la dependencia descritos en éste apartado, hasta un límite máximo de 12.000 euros por asegurado, con un sublímite de 2.000 euros para los servicios de asesoría o gestión de las ayudas a la dependencia. **Para ello resulta imprescindible presentar la resolución que reconozca al asegurado la situación de Dependencia Grado 3 (nivel 1 o 2) otorgada por el órgano administrativo competente del "Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia" de su comunidad autónoma, en el que se especificarán las causas y las circunstancias de la situación de dependencia.**

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

2.2.2 Acceso a la cobertura

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

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

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

> Que el accidente ocurrido no sea consecuencia de actividades o circunstancias excluidas de la cobertura general del seguro de salud (apartados 5.a, 5.c, 5.d y 5.e "Coberturas excluidas" de las condiciones generales) o excluidas específicamente de la cobertura de dependencia (apartado 2.2.3 de éste Anexo).

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

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

b) Documentación necesaria para el reconocimiento de la prestación:

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

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

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

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

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

5. Resolución emitida y la fecha, con la calificación o reconocimiento

de la situación de Dependencia Grado 3, a partir de la cuál se tendrá derecho al reembolso de la prestación sociosanitaria.

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

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

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

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

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

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

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

2.2.3 Riesgos excluidos de la cobertura

Están excluidas de la cobertura de dependencia:

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

2. El reembolso de los gastos por servicios de ayuda familiar y/o atención a la dependencia detallados en el Anexo II de las condiciones generales, cuando la situación de Dependencia grado 3:

a) Es producida por un accidente causado por actividades o en circunstancias excluidas expresamente de la cobertura general del seguro de salud (apartados 5.c, 5.d, 5 e. de las condiciones generales).

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

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

d) Es consecuencia de accidentes que tengan su origen en actos de imprudencia temeraria o culpa grave, tentativas de suicidio, y los derivados de participación en apuestas, competiciones, desafíos, peleas o agresiones.

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

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

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

2.3 Reembolso de los gastos de medicamentos

2.3.1 Objeto y descripción de la cobertura

Comprende el **reembolso del 50% (excepto en DKV Mundisalud Premium es el 70%) del importe de las facturas de medicamentos alopáticos** (utilizados en medicina convencional) **adquiridos en las farmacias en España y el extranjero**, a través de la modalidad asistencial de medios ajenos. El reembolso tiene **un límite máximo anual de 100 euros por asegurado (excepto en DKV Mundisalud Premium cuyo límite es de 500 euros)** y es necesario que los medicamentos siempre hayan sido prescritos o recetados por un

médico, se incluyan en el registro de medicamentos (Vademécum Internacional en España) **y se administren para tratamiento de las patologías sufridas por el asegurado e incluidas en la cobertura de su póliza.**

Para facilitar la gestión del pago, el importe total mínimo de la factura o conjunto de facturas de medicamentos aportadas en la misma solicitud de reembolso, será por valor de 10 euros.

2.3.2 Acceso a la cobertura
Para obtener el reembolso de los gastos de medicamentos, el tomador del seguro o en su caso, el asegurado deberá presentar a DKV Seguros en un plazo máximo de quince días la documentación siguiente:

1. Originales de las facturas y de los justificantes de pago de los medicamentos,que acrediten haber satisfecho su importe en los establecimientos de farmacia.

La factura incluirá el **nombre y apellidos o denominación social de la persona física o jurídica que las emita,** su domicilio, teléfono, N.I.F., y en su caso, el número de colegiado, **así como el desglose detallado de los medicamentos con su denominación, forma de presentación, formato, importe individualizado, número de envases, fecha de compra y el nombre y apellidos completo del asegurado receptor de los mismos.**

2. Prescripciones médicas originales
La **prescripción o receta del medicamento incluirá el nombre y apellidos del médico prescriptor, especialidad, número de colegiado,** domicilio, teléfono, fecha de expedición y/o dispensación (tratamiento de crónicos) **y el nombre y apellidos completo del asegurado que recibe la asistencia.**

El el caso de que se prescriban los medicamentos, **en recetas médicas oficiales utilizadas en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud y de las Mutualidades de Funcionarios, estos sólo serán reembolsables cuando en el espacio destinado a "Contingencia" figure el código de la tarjeta sanitaria de los usuarios con aportación, comprendidos entre TSI 002 y TSI 006 (ambos inclusive) y DAST** (asistencia sanitaria transfronteriza).

Para la presentación de esta documentación, DKV Seguros le facilitará el formulario de reembolso con los mínimos administrativos que deben cumplir las facturas para ser reembolsadas.

El asegurado y sus familiares deberán facilitar los informes y comprobaciones que DKV Seguros considere necesarias.

El incumplimiento de este deber puede dar lugar a la denegación del derecho al reembolso.

2.3.3 Delimitaciones y exclusiones del riesgo

1. **Quedan excluidos de la cobertura del seguro: los fármacos no incluidos en el registro de medicamentos (Vademecum Internacional en España), las indicaciones no autorizadas por la Agencia española del medicamento y productos sanitarios, los productos de baja utilidad terapéutica (-no financiados- en las recetas del Sistema Nacional de Salud) y los que su eficiencia terapéutica no esté avalada por la guía clínica de referencia internacional (NICE), los medicamentos de venta libre (sin receta) o especialidades publicitarias, los medicamentos homeopáticos, fitoterápicos (derivados de plantas) y los medios auxiliares de cura de cualquier clase.**

2. **Asimismo se excluyen y no se consideran medicamentos, las vacunas de desensibilización o alérgicas y las indicadas para contrarrestar los agentes infecciosos, los productos nutritivos, reconfortantes, dermoestéticos, cosméticos, aguas minerales, productos para la higiene, cuidado corporal y los aditivos del baño.**

3. **No quedan tampoco cubiertos los medicamentos en receta medica oficial del Sistema Nacional de Salud y de las Mutualidades de Funcionarios, cuando figure en el espacio destinado a "Contingencia" el código de tarjeta sanitaria TSI 001 de los usuarios exentos de aportación, o el código NOFIN para medicamentos y productos sanitarios no financiados, o el ATEP exclusivo de las recetas de accidentes de trabajo o enfermedad profesional.**

4. **En lo referido a medicamentos, para lo no regulado en los apartados anteriores se aplica lo estipulado de las condiciones generales que delimitan la cobertura del seguro: apartado 2 "Conceptos básicos. Definiciones", apartado 3 "Modalidad y extensión del seguro", apartado 4 "Descripción de las coberturas", apartado 5 "Coberturas excluidas" y apartado 6 "Periodos de carencia y exclusión".**

2.4 Reembolso de los gastos de mantenimiento anual en banco de las células madre hematopoyéticas procedentes del cordón umbilical, los seis primeros años tras el nacimiento, siempre que el servicio de extracción y criopreservación del cordón se haya contratado con el proveedor incluido en la **"Red de servicios DKV Club Salud y Bienestar", el parto esté**

cubierto por el seguro, y el asegurado cuyas células madre se preservan permanezca incluido en la póliza.

DKV Seguros ofrece, como servicio franquiciado, a través de DKV Club Salud y Bienestar **la extracción del cordón umbilical del recién nacido y su criopreservación.** De esta manera, DKV Seguros asume 300 euros del coste de la extracción y el asegurado **el pago de 690 euros,** si opta por la modalidad FIRST, o 990 euros, si elige la ADVANCE. Además, **los seis primeros años, queda cubierto mediante reembolso un máximo de 90 euros/año, como gastos de mantenimiento del cordón umbilical, siempre que el parto haya sido cubierto por el seguro, y el asegurado permanezca en la póliza desde el nacimiento.**

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

3. Coberturas exclusivas modalidades DKV Mundisalud Classic, Élite y Premium de asistencia médica completa de modalidad individual

La contratación del seguro "DKV Mundisalud" Classic, Élite y Premium de asistencia médica completa en su modalidad individual es el único que permite al asegurado acceder a la siguiente garantía adicional:

3.1 Reproducción asistida

3.1.1 Objeto de la cobertura
La reproducción humana asistida comprende el desarrollo y utilización de técnicas de reproducción alternativas **para el tratamiento de la esterilidad de la pareja, incluyendo paraejas del mismo género, durante el periodo de máxima fertilidad de la misma** (a partir de los 18 años, hasta los 42 años en la mujer y 55 años en el hombre).

3.1.2 Acceso a la cobertura
Requisitos: para tener derecho a la cobertura, y poder acceder a las tratamientos de reproducción asistida incluidos, es necesario que ambos miembros de la **pareja sean asegurados de la póliza, no tengan ningún hijo en común, y hayan cumplido el periodo de carencia** establecido (ver apartado 3.1.5 Periodo de carencia).

3.1.3 Modalidad asistencial
Asistencia sanitaria en medios propios. El asegurado únicamente puede acceder a la prestación de asistencia, a través de los centros médicos y clínicas de reproducción asistida incluidos en la "Red DKV de Servicios Sanitarios" concertada por la entidad (medios propios) en España, previa autorización de la compañía e identificación con su tarjeta MEDICARD®.

Las técnicas de fertilización se cubren con arreglo a la **Ley de Reproducción Humana Asistida**, y con los criterios de utilización que se establezcan en los informes de evaluación de las **Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias del Sistema Nacional de Salud.**

3.1.4 Descripción de la cobertura
Los criterios de cobertura de las técnicas reproductivas, y sus limites relativos al número de tratamientos y edad de la mujer, son los siguientes:

1. **Inseminación artificial (IA): máximo dos intentos, hasta los 40 años, durante la vigencia de la póliza y/o vida del asegurado.**

2. **Fecundación in vitro (FIV): máximo un intento, hasta los 42 años, durante la vigencia de la póliza y/o vida del asegurado.**

3.1.5 Periodo de carencia
Las técnicas de reproducción asistida incluidas en está garantía tienen un periodo de carencia de 48 meses para acceder a las mismas, que se aplicarán, al ser necesaria la inclusión de los dos miembros de la pareja, con relación al alta más reciente, de no haberse contratado en la misma fecha.

3.1.6 Delimitaciones y exclusiones del riesgo
Quedan excluidos de esta cobertura:

a) **Cualquier técnica reproductiva o de fertilización no detallada específicamente en el Anexo II apartado 3 de estas condiciones generales.**

b) **El tratamiento de la esterilidad o infertilidad, mediante técnicas de reproducción asistida, cuando sea consecuencia de una cirugía anticonceptiva anterior (vasectomía, oclusión tubárica histeroscópica o ligadura de trompas).**

c) **Los gastos de donación del esperma y/o de los ovocitos (bancos de semen y ovocitos), y en su caso los embriones.**

d) Los gastos de criopreservación de los propios gametos (espermatozoides u ovocitos) y de los embriones por cualquier causa, así como la transferencia de los mismos descongelados al utero.

e) La subrogación uterina o gestacional con fines reproductivos.

f) El diagnóstico genético preimplantacional, y el empleo de las técnicas reproductivas para la prevención y tratamiento de enfermedades genéticas o hereditarias, o con cualquier otro fin que no sea el tratamiento de la esterilidad de la pareja.

g) Las técnicas complementarias especiales de obtención de espermatozoides (aspiración de tejido testicular); de selección espermática, inmunomagnética (MACS) y morfológica (IMSI); de cultivo embrionario (cultivo largo en incubadoras hasta blastocisto) y de implantación uterina (Hatching asistido o eclosión asistida).

h) Los incubadores con sistemas de monitorización en tiempo real de los cultivos embrionarios (p. ej. Embryoscope o Primo Vison) y los gastos de la medicación ambulatoria que sea necesario suministrar al asegurado durante el tratamiento de reproducción asistida.

i) El internamiento hospitalario u hospitalización (> 24 horas) para realizar tratamientos de fecundación con técnicas de reproducción asistida.

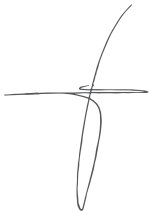
En cualquier otro aspecto de la cobertura no regulado expresamente en el apartado 4.8 Coberturas exclusivas (Reproducción asistida), se aplicarán aquellos apartados de las condiciones generales que delimiten la cobertura, la definan y estén relacionados: apartado 2 "Conceptos básicos. Definiciones", apartado 3 "Modalidad y extensión del seguro", apartado 4 "Descripción de las coberturas", apartado 5 "Coberturas excluidas" y apartado 6 "Periodos de carencia y exclusión".

El tomador, a los efectos descritos en el artículo 3.º de la Ley de Contrato de Seguro, reconoce haber recibido un ejemplar de las presentes condiciones generales y anexos del contrato, que acepta mediante su firma y otorga expresamente su conformidad a las cláusulas limitativas y delimitadoras incluidas en el mismo y, en especial, a las exclusiones de coberturas que se especifican en el apartado 5., que han sido resaltadas de manera especial y separadamente y cuyo contenido conoce y comprende por haberlo leído.

El tomador del seguro

El asegurado

Por DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E.
Dr. Josep Santacreu
Consejero delegado



Edición actualizada Enero 2018
2DNP1.CG/02_V16

976 506 000 | dkvseguros.com

Síguenos en

Descárgate la app

Servicio de atención telefónica atendido por:

Fundación INTEGRALIA DKV

360° Empresa Responsable

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

AENOR conform

Empresa saludable

Empresa sostenible

DKV Salud

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