

Nota informativa previa a la contratación del seguro de salud

DKV Mundisalud

Edición actualizada enero 2017



DKV

Salud y seguros médicos

Mucho que cuidar

Una compañía
del Grupo Asegurador ERGO

Índice

4	1. Datos de la entidad aseguradora	21	5.11. DKV Club Salud y Bienestar (servicios adicionales incluidos independientemente de la modalidad)
4	2. Nombre del producto		
4	3. Tipo de producto	22	6. Delimitaciones de la cobertura
6	4. Cuestionario o declaración de salud	22	6.1. Exclusiones de la cobertura
7	5. Descripción de las garantías y opciones ofrecidas	26	6.2. Exclusiones de la cobertura asistencia en viaje
7	5.1. Plan vive la salud	26	6.3. Exclusiones de la cobertura de dependencia grado 3 por accidente
7	5.2. Asistencia primaria	27	7. Periodo de carencia y exclusión
8	5.3. Urgencias	27	8. Forma de cobro de la prestación/ Las prestaciones según la modalidad de asistencia contratada
8	5.4. Especialidades médicas y quirúrgicas		
10	5.5. Medios de diagnóstico	28	9. Condiciones, plazos y vencimientos de las primas
11	5.6. Métodos terapéuticos	29	10. Instancias de reclamación
13	5.7. Asistencia hospitalaria	30	11. Legislación aplicable
15	5.8. Coberturas complementarias	30	12. Régimen fiscal
18	5.9. Asistencia en viaje		
18	5.10. Coberturas exclusivas (sólo incluidas en el seguro modalidad individual)		



DKV Mundisalud

Edición actualizada enero 2017

Edición actualizada enero 2017

El presente documento tiene carácter informativo, esto es, no supone un compromiso contractual para las partes. La información indicada está sujeta a las condiciones de la póliza. Su objetivo es informar de las coberturas del seguro en las fechas previas a su contratación, con el fin de contribuir a una mejor comprensión por parte del potencial cliente de las características principales del mismo, así como para agilizar su comparabilidad con otras modalidades de seguro similares existentes en el mercado.

1. Datos de la entidad aseguradora

DKV Seguros y Reaseguros S.A.E. (en adelante DKV Seguros), miembro del grupo Ergo en España, está inscrita en el Registro Especial de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con el número C-161, tiene su domicilio social en: Torre DKV, Avda. María Zambrano, 31 - 50018 Zaragoza (España), correspondiendo el control de su actividad aseguradora al Reino de España, y en concreto al Ministerio de Economía a través de su Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

2. Nombre del producto

Seguro DKV Mundisalud

3. Tipo de producto

DKV Mundisalud es un **seguro mixto de reembolso de gastos**, que garantiza la asistencia médico-quirúrgica y hospitalaria en toda clase de enfermedades o lesiones, y por embarazo, parto y puerperio, siempre que la referida asistencia esté comprendida en las especialidades y modalidades que figuran en la descripción de las coberturas de la póliza, previo pago de la prima que corresponda, a cargo del tomador. **El asegurado puede optar entre:**

- Acceder directamente a la prestación del servicio en España a través del cuadro médico establecido por la entidad o “Red DKV de Servicios Sanitarios” (**modalidad de medios propios**).
- Acudir a otros facultativos o centros de su elección no incluidos en la “Red DKV de Servicios Sanitarios” o cuadro de asistencia médica de la Entidad en España, y en el extranjero (**modalidad asistencial medios ajenos**) y solicitar el reembolso de gastos de las facturas abonadas, en el porcentaje y con los límites se establecen en la

tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares.

En ningún caso el Asegurador reembolsará al asegurado el coste de facturas emitidas por los facultativos y centros incluidos en la “Red DKV de Servicios Sanitarios”.

Determinadas coberturas y/o servicios varían en función del tipo de suscripción realizada por el tomador del seguro. Hay dos modalidades de seguro DKV Mundisalud a efectos de la contratación, en función del número de personas aseguradas, el vínculo que les une y si la adhesión al seguro es obligada o voluntaria.

- **Seguro modalidad Colectiva**, incluye la Asistencia médica primaria, las Urgencias, la Asistencia médica especializada y medios de diagnóstico y tratamiento ambulatorios, la Asistencia hospitalaria y las Coberturas complementarias, dependiendo de la modalidad de seguro contratada, además del Plan Vive la Salud, la Asistencia en viaje y los servicios del DKV Club Salud y Bienestar.
- **Seguro modalidad Individual**, incluye además de las prestaciones/servicios referidos en la modalidad colectiva, unas **coberturas exclusivas** propias de esta modalidad de contratación (Anexo II condiciones generales).

Para acceder a las coberturas de la póliza, **DKV Seguros facilita al tomador del seguro, las condiciones generales y particulares, la tarjeta DKV Medicard como elemento identificativo de cada asegurado, e información de la “Red DKV de Servicios Sanitarios” (medios propios)** de su zona de residencia, con el detalle de los servicios concertados.

El seguro se basa en la **libre elección de los médicos y centros hospitalarios** tanto en los medios propios, como ajenos.

En la modalidad de medios propios, 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** previa los ingresos hospitalarios, cirugías, prótesis e implantes quirúrgicos, sesiones de psicoterapia, programas de prevención, traslados en ambulancia, actos terapéuticos y las pruebas diagnósticas complejas que se detallan en la “Red DKV de Servicios Sanitarios”.

Para emitir las autorizaciones, tramitar los reembolsos de gastos, 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.

DKV Mundisalud ofrece posibilidades diferentes de reembolso según las necesidades de cada persona: **Élite, Classic/Classic Hospitalización, Plus y Complet.**

Las diferencias entre las cuatro modalidades radican en los límites del reembolso pagado por la compañía.

Concepto	Modalidades			
	Élite	Classic	Plus	Complete
Reembolso España - Extranjero	90% - 90%	80%- 90%	80%- 90%	80%- 90%
Límite global anual	310.000 euros	237.000 euros	100.000 euros	62.000 euros
Asistencias extrahospitalaria anual	60.000 euros	40.000 euros	15.000 euros	12.000 euros
Consulta primarea	Sin límite	Sin límite	60 euros	40 euros
Consulta especialista y urgencias	Sin límite	Sin límite	120 euros	80 euros
Total asistencia hospitalaria anual	250.000 euros	197.000 euros	85.000 euros	50.000 euros
Hospitalización	180.000 euros	160.000 euros	según tipo hospitalización	según tipo hospitalización
Honorarios médicos	50.000 euros	25.000 euros	según tipo ingreso o cirugía	según tipo ingreso o cirugía
Prótesis	15.000 euros	12.000 euros	12.000 euros	12.000 euros
Hospitalización / día en planta	1.200 euros	900 euros	400 euros	300 euros
Hospitalización / día en cirugía corta estancia	1.600 euros	1.200 euros	600 euros	400 euros
Hospitalización / día en UCI	1.600 euros	1.200 euros	600 euros	400 euros



Los límites máximos de reembolso por honorarios médicos en **DKV Mundisalud Plus y Complet** dependen del tipo de ingreso y de la complejidad de la cirugía practicada o su grupo quirúrgico (según clasificación de la O.M.C):

Honorarios médicos	Plus	Complet
Honorarios por ingreso médico	Sin límite	Sin límite
Honorarios del Grupo Quirúrgico 0	Sin límite	Sin límite
Honorarios del Grupo Quirúrgico I	Sin límite	Sin límite
Honorarios del Grupo Quirúrgico II	Sin límite	Sin límite
Honorarios del Grupo Quirúrgico III: Límite máximo	1.500 euros/servicio	1.000 euros/servicio
Honorarios del Grupo Quirúrgico IV: Límite máximo	1.500 euros/servicio	1.000 euros/servicio
Honorarios del Grupo Quirúrgico V: Límite máximo	3.000 euros/servicio	2.000 euros/servicio
Honorarios del Grupo Quirúrgico VI: Límite máximo	3.000 euros/servicio	2.000 euros/servicio
Honorarios del Grupo Quirúrgico VII: Límite máximo	4.500 euros/servicio	3.000 euros/servicio
Honorarios del Grupo Quirúrgico VIII: Límite máximo	4.500 euros/servicio	3.000 euros/servicio
Honorarios del parto	3.000 euros/servicio	2.000 euros/servicio
Honorarios por cesárea	3.600 euros/servicio	2.500 euros/servicio
Honorarios por trasplantes	4.500 euros/servicio	3.000 euros/servicio

Además los asegurados de **DKV Mundisalud Classic y Élite** (mod. individual y colectiva) tienen una franquicia máxima anual de 25.000 euros/asegurado, en reembolso de gastos por medios ajenos, a partir de la cual, el porcentaje de reembolso será del 100%, excepto en aquellas coberturas sometidas a límites y exclusiones en las Condiciones Generales y/o Particulares de la póliza.

Los avances diagnósticos y terapéuticos, en el periodo de cobertura de este seguro, sólo **podrán pasar a formar parte de las coberturas de esta póliza, cuando:**

- **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.

- **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.

4. Cuestionario o declaración de salud

El cuestionario o declaración de salud es un formulario de preguntas que el tomador del seguro y/o asegurado debe responder antes de la firma del contrato, 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.

El tomador del seguro, o en su caso, el asegurado **tiene el deber, antes de la contratación del seguro, de declarar al asegurador con veracidad, diligencia y sin ocultar nada**, de acuerdo con el cuestionario a que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

Asimismo, durante el curso del contrato deberá comunicar a DKV Seguros, tan pronto como le sea posible los cambios de domicilio, 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 celebrado o lo habría hecho en condiciones más gravosas.

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.

En todo caso, DKV Seguros podrá rescindir el contrato en el plazo de un mes a contar desde el momento en que conociera de forma fehaciente la reserva o inexactitud del tomador o asegurado en la declaración del riesgo o agravamiento del riesgo que no se hubiera comunicado.

5. Descripción de las garantías y opciones ofrecidas

Las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios a los que da derecho esta póliza, una vez haya transcurrido el periodo de carencia que pudiera corresponder de conformidad con lo establecido en el contrato, **son las siguientes:**

5.1. Plan vive la salud

Dirigido a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades a través de programas específicos, accesibles por Internet con apoyo de las líneas médicas telefónicas.

- **Vida saludable.** Objetivo: adquirir y mantener hábitos de vida saludables.
- **Prevención cardiovascular.** Objetivo: mejorar el autocontrol de los factores de riesgo cardiovascular más frecuentes y sus complicaciones.
- **Embarazo y parto saludable.** Orientación y apoyo a los progenitores durante la gestación, lactancia y primeros años de vida.
- **Obesidad del adulto** (mayores de 18 años). Dirigido a personas con sobrepeso u obesidad para la disminución de peso a través de la dieta y ejercicio físico.
- **Obesidad infantil** (menores de 18 años). Dirigido a los padres de niños con sobrepeso u obesidad, facilita asesoramiento de dietistas y reeducación de hábitos alimenticios.
- **Escuela de padres.** Orientación y apoyo a los padres de niños hasta los 14 años sobre distintos aspectos que afectan a su crecimiento y desarrollo psicomotor o afectivo.
- **Prevención del cáncer de mama** (mujeres de 35 años o más).
- **Prevención del cáncer de próstata** (hombres con 45 años o más).
- **Prevención del cáncer de cuello de útero:** (Mujeres de entre 18 y 65 años). Dirigido a personas activas sexualmente, incluye citologías vaginales periódicas para detectar y tratar precozmente esta enfermedad.
- **Prevención del cáncer de colon:** Dirigido a la población general y especialmente a los mayores de 50 años, con antecedentes familiares de cáncer de colon, ofrece a

través de herramientas on line evaluar los factores de riesgo y ayudar a evitarlos.

- **Prevención del ictus:** Pone a disposición de los asegurados de DKV herramientas on line para evaluar los factores de riesgo cardiovascular.
- **Prevención del estrés laboral:** Dirigido a todos aquellos que desempeñen una actividad laboral conscientes, o con varios factores de riesgo, de afectación de algún área de realización de la persona (familiar, social, laboral).

Puede tener más información acerca de los mismos llamando a cualquiera de estos números de teléfono: 902 499 499 | 913 438 596 | 934 797 539.

5.2. Asistencia primaria

- **Asistencia médica en el domicilio**, en función de la zona geográfica de residencia. Incluye: medicina general, pediatría y enfermería
- **Medicina general.** En consultorio y a domicilio cuando el asegurado no pueda desplazarse por su estado de salud.
- **Radiología simple convencional** (sin contraste).
- **Enfermería ATS.** En consultorio y a domicilio.
- **Chequeo cardiológico básico anual** (consulta, revisión, analítica básica de sangre y orina, radiografía de tórax y electrocardiograma).
- **Ambulancias.** Para internamiento en centros hospitalarios en casos de urgencia, incluyéndose además los traslados con incubadora y el traslado del hospital al domicilio cuando haya imposibilidad física para desplazarse con los medios ordinarios de transporte (servicios públicos, taxi o vehículo particular). Es necesaria la prescripción escrita de un médico.
- **Pediatría y puericultura.** Hasta los catorce años inclusive, en consulta y en domicilio cuando el asegurado no pueda desplazarse por su estado de salud. Quedan incluidos los análisis clínicos básicos de sangre y orina, y la radiología simple convencional (sin contraste).
- **Análisis clínicos básicos** (excluidas las pruebas hormonales, inmunológicas, genéticas y biológico moleculares).



5.3. Urgencias

- **Urgencias extra-hospitalarias:** atención médica ambulatoria en centro sanitario con servicio de urgencias las 24 horas.
- **Urgencias hospitalarias:** atención médica ambulante de carácter urgente, prestada en un centro hospitalario.

5.4. Especialidades médicas y quirúrgicas

- **Alergia e inmunología:** las vacunas serán a cargo del asegurado.
- **Anestesiología y reanimación:** incluida la anestesia epidural.
- **Angiología y cirugía vascular.**
- **Aparato digestivo.**
- **Cardiología y aparato circulatorio:** incluye la rehabilitación cardíaca tras infarto agudo de miocardio.
- **Cirugía cardiovascular.**
- **Cirugía general y digestiva.** Incluida la cirugía de la obesidad mórbida (si $IMC > 40$).
- **Cirugía oral y maxilofacial.**
- **Cirugía pediátrica.**
- **Cirugía plástica y reparadora.** Está excluida la cirugía con fines estéticos, excepto en dos indicaciones:
 - **Reconstrucción oncoplástica de la mama tras cirugía radical,** que incluirá, en su caso, la remodelación de la mama contralateral sana, las prótesis mamarias, los expansores de piel y mallas de recubrimiento mamario (límite máximo, un año después de la cirugía oncológica)
 - **Mamoplastia de reducción en mujeres mayores de 18 años con gigantomastia** (más de 1500 gramos o ml. de volumen en cada mama): una distancia del pezón a la horquilla esternal de más de 32 cm, extirpación mínima 1000 gr por mama, y un índice de masa corporal igual o menor a 30.
- **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:** 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.
- **Tratamientos de reproducción asistida:** Son cobertura exclusiva de la modalidad individual de DKV Mundisalud Classic y Élite (ver apartado 5.10 Coberturas exclusivas). El resto de modalidades tienen excluida la reproducción asistida, pero pueden acceder a los tratamientos a través del “DKV Club Salud y Bienestar” mediante la adquisición de bonos con importantes descuentos (ver apartado 5.11 “Nota informativa previa”).
- **Hematología y hemoterapia.**
- **Matrona.**
- **Medicina interna.**
- **Medicina nuclear.**
- **Nefrología.**
- **Neonatología.**
- **Neumología-Aparato respiratorio.**
- **Neurocirugía.**
- **Neurología.**
- **Obstetricia:** comprende la vigilancia del embarazo y la asistencia al parto. **Se incluyen el “triple screening” o el EBA-Screening , y la amniocentesis o la biopsia de corion para el diagnóstico de anomalías fetales.**

Se incluye el “triple screening” o EBA-Screening (test combinado primar trimestre), la amniocentesis o la biopsia de corion con la obtención del cariotipo cromosómico para el diagnóstico de las anomalías fetales, hasta un máximo por asegurado y año natural establecido en la tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares por la suma de cualquiera de los conceptos anteriores, cuando el asegurado utilice la modalidad asistencial de medios ajenos a la “Red DKV de Servicios Sanitarios”.

Asimismo queda incluido, el test genético no invasivo prenatal en sangre materna para descartar trisomía 21 (Down) 18 (Edwards) y 13 (Patau) en embarazos de alto riesgo, por gestación múltiple, 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) con un límite máximo por asegurado y año natural establecido en la tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares.

- **Odontología:** se incluyen las consultas, las extracciones, las curas estomatológicas, las limpiezas de boca y la radiología dental asociada. **Además, hasta los 14 años, quedan cubiertos los selladores de fisuras y las obturaciones (empastes). El resto de tratamientos dentales están excluidos y se prestarán, con la participación del asegurado en su coste, mediante el pago de una franquicia a través del Servicio Bucodental** (ver apartado 5.11 “Nota informativa previa” y punto 2 “DKV Club Salud y Bienestar” condiciones generales).
- **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 3.3.1 y 3.3.2 “DKV Club Salud y Bienestar” condiciones generales).
- **Oncología.**
- **Otorrinolaringología:** incluye la adenoamigdaloplastia y la turbinoplastia por radiofrecuencia, y el uso del láser **excepto en la cirugía del roncadador o apnea obstructiva del sueño.**
- **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 tras lesión aguda del aparato locomotor, y realizado en un centro inscrito y autorizado por la respectiva administración autonómica para ejercer esta actividad sanitaria.
- **Reumatología.**
- **Traumatología:** incluye cirugía artroscópica, nucleotomía percutánea y quimionucleosis.
- **Urología:** incluye el uso del láser quirurgo de holmio en la patología endourológica litiasica, 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.
- **Radiodiagnóstico:** incluye radiología general, 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.
- **Fibrobronoscopias:** diagnósticas y/o terapéuticas.
- **Diagnóstico Cardiológico:** electrocardiograma, pruebas de esfuerzo, ecocardiograma, holter, doppler y hemodinámica. Incluye además tomografía coronaria multicorte (TC 64) y la espectrografía cardiaca (SPECT cardiaco) tras infarto agudo de miocardio y en postoperados de patologías cardiacas.
- **Neurofisiología:** electroencefalograma, electromiograma, etc.
- **Unidad del Sueño:** polisomnografía en procesos patológicos, previa petición de un médico especialista.
- **Radiología intervencionista o invasora vascular y visceral.**
- **Análisis clínicos, anatomía patológica y citopatología.**

5.5. Medios de diagnóstico

Deben ser prescritos por un médico e indicar el motivo de la exploración. Quedan incluidos los medios de contraste.

- **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.
 - **Incluye la angiografía por tomografía computarizada (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.
 - **La artrografía por resonancia magnética (ArthroRM)** en patología osteocondral y tendinosa de difícil diagnóstico, la colangiografía por resonancia magnética (CRM) y la colangio-pancreatografía por resonancia magnética (CPRM) para la exclusión de la coledocolitiasis en colecistectomizados, y de la patología oncológica en vías biliares y pancreáticas.
 - **Urografía por tomografía computarizada multicorte:** En el estudio de anomalías congénitas, tras cirugía radical del tracto urinario, y cuando esté contraindicada la urografía intravenosa (UIV) o la ureterorenoscopia.
 - **La tomografía por emisión de positrones (PET)** sólo o combinada con la tomografía computerizada (PET-TC), 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 refractaria al tratamiento médico, según protocolos de práctica clínica comúnmente aceptados.
 - **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).
 - **La ecobroncoscopia (EBUS) o ecografía endobronquial** en el diagnóstico de patología oncológica adyacente al árbol bronquial (en pulmón y mediastino) no accesible por otros medios, y en caso necesario su biopsia.

- **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.

5.6. Métodos terapéuticos

- **Aerosolterapia, oxigenoterapia y ventiloterapia,** en patología pulmonar régimen de hospitalización y en el domicilio (la medicación será a cargo del asegurado).
- **Analgesias y tratamientos del dolor:** realizados por unidades especializadas en estas técnicas (la medicación será a cargo del asegurado) 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 externa:** 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 localizada, pulmón, columna vertebral, cabeza y cuello.
- **Radioterapia dinámica hipofraccionada:**
 - **Arcoterapia volumétrica modulada (VMAT):** tiene en cuenta los movimientos respiratorios para así poder proteger los órganos sanos vecinos.
 - **Radioterapia estereotáxica fraccionada intracraneal (RTEF):** para tumores de rinofaringe, cercanos a estructuras delicadas, como pares craneales, arterias y venas y nervio óptico.
 - **Radioterapia estereotáxica fraccionada extracraneal o corporal (Terapia SBRT) /o Arcoterapia volumétrica modulada guiada por imagen (VMAT- IGRT):** RT-6D
 - En nódulo pulmonar solitario inoperable, en estadio localizado (cáncer de pulmón no microcítico).
 - En el tratamiento de los carcinomas hepáticos y pancreáticos primarios inoperables. En metástasis hepáticas, de pulmón, vertebrales, y suprarrenales con contraindicación quirúrgica.
- **Braquiterapia:** para el tratamiento del cáncer de próstata y ginecológico, genital y de mama.
- **Diálisis y hemodiálisis:** para el tratamiento de las insuficiencias renales agudas (excluidas las afecciones crónicas).
- **Podología:** tratamientos de quiropodia.
- **Trasplantes:** de córnea, corazón, hígado, médula ósea y riñón. Incluye los gastos derivados de la implantación del órgano y las pruebas de histocompatibilidad. Se excluyen la extracción, transporte y conservación del órgano a trasplantar. El trasplante de córnea se cubre íntegramente.
- **Injertos:** 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.**

- **Fisioterapia:** prescrita por un médico rehabilitador, traumatólogo, reumatólogo o neurólogo, y realizada por fisioterapeutas en un centro idóneo o específico de rehabilitación que cumpla los requisitos indicados en el apartado 4.3, epígrafe de Rehabilitación.
- **Laserterapia y magnetoterapia,** como técnicas de rehabilitación.
- **Litotricia renal y vesicular.**

Litotricia o terapia ondas de choque músculo esqueléticas (3 sesiones máximo por proceso) en centros de referencia nacional de la Red DKV de servicios sanitarios (medios propios), en las pseudoartrosis, osteonecrosis y tendinitis crónicas de inserción (de más de 3 meses evolución) del hombro, codo, cadera, rótula, talón y planta del pie, cuando no haya sido efectivo el tratamiento médico y/o rehabilitador.

- **Alta Tecnología terapéutica:**
 - Sistema de navegación o mapeo Carto (3D) de ablación cardiaca por radiofrecuencia: para el tratamiento de la fibrilación auricular paroxística recidivante (> 3 episodios/ año), la FA persistente refractaria al tratamiento (> 1 año), la asociada a anomalías congénitas, y cuando han fallado al menos dos tratamientos de ablación anteriores guiados con los sistemas radiológicos convencionales.
 - Terapia de entrecruzamiento o Cross-linking corneal: en el queratocono incipiente, excepto cuando sea consecuencia de una cirugía refractiva láser corneal (excluida de la cobertura del seguro).
 - Cirugía asistida por neuronavegadores intracraneal y tumoral espinal : sistema de imágenes (3D) guía en tiempo real al cirujano en la cirugía neurológica de alto riesgo.
 - Cirugía robótica Da Vinci en prostatectomía radical órgano-confinada: Para el cáncer de próstata localizado, sin límite en medios propios previa autorización de la compañía, y con un límite de reembolso máximo para todo el proceso (honorarios médico-quirúrgicos, equipo robótico y hospitalización) en medios ajenos establecido en tabla de coberturas y límites anexa.
 - Sistema de monitorización neurofisiológica intraoperatoria (MNIO): en la cirugía intracraneal y de fusión o artrodesis de tres niveles o más de la columna vertebral.

- Biopsia prostática guiada con resonancia magnética multiparamétrica: Nueva técnica de radiología intervencionista de alta resolución diagnóstica para la detección precoz de pequeñas lesiones neoplásicas en la próstata en casos de alta sospecha clínica de cáncer de próstata oculto, con PSA elevado persistente y biopsias de próstata ecoguiadas previas negativas.
- Logopedia y foniatría: terapia vocal para la recuperación de las alteraciones de la voz causadas por afecciones de origen orgánico (patología infecciosa, traumática y tumoral) en las cuerdas vocales..
- Reeducción logopédica : terapia del habla y del lenguaje en las discapacidades del habla (de articulación, fluidez, disfagia oral) y del aprendizaje del lenguaje en el niño (receptivas y expresivas), y en su recuperación en el adulto tras un accidente cerebro vascular agudo (ictus), hasta un número máximo de sesiones anual (suma de las realizadas en medios propios y medios ajenos), y de reembolso por sesión, establecido en la tabla de coberturas y límites anexa.
- 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 (hospital de día) como de internamiento hospitalario.

En lo que se refiere a medicamentos, DKV Seguros sólo cubrirá los gastos de los fármacos específicamente citostáticos (agentes alquilantes, los antimetabolitos, los alcaloides de plantas y otros productos naturales, los antibióticos citotóxicos, los compuestos de platino y las metilhidrazidas) que se expenden en el mercado nacional, así como 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 controlara los síntomas de la enfermedad.

5.7. Asistencia hospitalaria

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

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.
- Método OSNA: técnica de diagnóstico intraoperatoria del ganglio centinela en el cáncer de la mama.
- 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 invasora vascular y visceral.
- Las técnicas de planificación familiar: ligadura de trompas, vasectomía y la oclusión tubárica histeroscópica
- 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.
- Alta tecnología terapéutica: biopsia prostática dirigida por resonancia magnética multiparamétrica, el sistema Carto (3D) de ablación cardiaca por radiofrecuencia, la terapia de entrecruzamiento corneal, la cirugía asistida por neuronavegadores intracraneal y tumoral espinal, y la monitorización neurofisiológica intraoperatoria en la cirugía intracraneal y de fusión o artrodesis de la columna de tres niveles o más.
- 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.V.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” de las condiciones generales.

Asimismo, según el tratamiento o la asistencia hospitalaria prestada se diferencia:

- **Hospitalización médica** (en personas mayores de 14 años). Incluye el diagnóstico y/o tratamiento de las patologías médicas susceptibles de ingreso (sin cirugía).
- **Hospitalización quirúrgica.** Incluye el estudio preoperatorio anestésico, el postoperatorio inmediato (hasta dos meses después de la cirugía), la cirugía mayor ambulatoria, y en su caso, las prótesis.
- **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.
- **Hospitalización pediátrica** (para personas menores de 14 años). Incluye la asistencia del médico pediatra tanto en la hospitalización convencional como en incubadora.
- **Hospitalización psiquiátrica.** Incluye la asistencia del médico psiquiatra. Sólo se cubrirá en caso de brotes agudos. La estancia queda limitada a un periodo máximo de que se estipula en la tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares, para cuya aplicación sumarán de forma conjunta los días de ingreso producidos tanto en la “Red DKV de Servicios Sanitarios” como en la modalidad asistencial de medios ajenos a la misma.
- **Hospitalización en Unidad de Vigilancia Intensiva.** Incluye la asistencia del médico intensivista.
- **Hospitalización por diálisis y riñón artificial.** Incluye la asistencia médica del nefrólogo o el internista. Exclusivamente en el tratamiento de las insuficiencias renales agudas.

5.8. Coberturas complementarias

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

- 1. Programa de Salud Infantil.
 - **La gimnasia y preparación psicoprofiláctica al parto,** y tres sesiones de rehabilitación preventiva del suelo pélvico postparto en centros de referencia concertados de la “Red DKV de Servicios Sanitarios”
 - **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, varicela en menores de dos años, y la de rescate del virus del papiloma humano (VPH) 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.

- **Programa de detección precoz del cáncer ginecológico en la mujer.** Incluye revisión ginecológica anual, colposcopia, citología, ecografía ginecológica y mamografía, según protocolos comúnmente aceptados. Además 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.
- **Programa de prevención del riesgo coronario.** Incluye un chequeo cardiológico básico anual y otro chequeo cardiológico completo, en centros de referencia concertados, cada 3 años con ecocardiograma y prueba de esfuerzo.
- **Programa de prevención del cáncer de piel. Incluye** microscopia por epiluminiscencia digitalizada
 - En población de riesgo: con múltiples nevus atípicos (>100) o con síndrome del nevus displásico familiar, antecedentes personales o familiares (primer y segundo grado) de melanoma diagnosticado, o portadores de mutaciones genéticas asociadas.
 - Chequeo dermatológico cada tres años: incluye la microscopia digitalizada para el control y seguimiento de las lesiones congénitas, pigmentadas o de riesgo cutáneas.
- Programa de prevención del cáncer de próstata para hombres mayores de 45 años.
- Programa de Salud Bucodental. Fluorización, selladores de fisuras y obturaciones (empastes) hasta los 14 años.

Psicología clínica. Incluye las sesiones de psicoterapia de carácter individual en régimen ambulatorio, previa prescripción de un médico psiquiatra o pediatra, y con la necesaria autorización.

Los asegurados pueden acceder a esta prestación en las patologías susceptibles de intervención psicológica, que se detallan en las condiciones generales, sin copago en la modalidad asistencial de medios propios, y en los medios ajenos a la entidad, con el porcentaje de reembolso genérico de la póliza con un límite máximo 20 sesiones por asegurado y año natural, excepto en el caso de la terapia derivada de trastornos de conducta alimentarios (anorexia/bulimia) que tendrá un límite máximo anual de 40 sesiones.

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 la implantación del DIU (reembolso del dispositivo según modalidad, hasta 120 €) vasectomía, ligadura de trompas y oclusión tubárica histeroscópica.

Prótesis quirúrgicas: Eliminación del límite de prótesis en medios propios, previa autorización de la compañía, excepto para las prótesis cardiovasculares. Estas computarán conjuntamente con el gasto de prótesis en medios ajenos, hasta el límite máximo anual establecido en la tabla de coberturas y límites de reembolso anexa a las condiciones particulares.

Quedan incluidas en la cobertura de la póliza la prescripción y colocación de las prótesis articulares (hombro, cadera, rodilla, tobillo y pie), vasculares y cardíacas (válvulas cardíacas, by-pass vasculares, stent, oclusores septales marcapasos temporales y definitivos, desfibrilador automático), la prótesis helicoidal intratubárica, 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 refractaria al tratamiento médico, y la caja o espaciador interespinoso en la estenosis del canal espinal lumbar que causa dolor irradiado

y claudicación neurógena 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 anti adhesiva 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 pie).
- Plastias biológicas: biomatriz o malla reabsorbible en sustitución de la duramadre en la cirugía intracraneal o espina tumoral, y del pericardio en la cirugía cardiaca.
- Anclajes articulares: 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 y mínimamente invasiva.

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

Indemnización por día de hospitalización: a partir del tercer día de ingreso, hasta un máximo de 30 días por año , cuando la hospitalización éste cubierta y no haya supuesto ningún cargo para DKV.

Asistencia de sanitaria por infección VIH /SIDA: con un periodo de exclusión de un año, cubrirá los gastos derivados del tratamiento del asegurado hasta un límite máximo total de 6.000 € para toda la vida de la póliza y/o del asegurado.



5.9. Asistencia en viaje

El seguro DKV Mundisalud, en cualquiera de sus modalidades, incluye un seguro de “Asistencia en Viaje” **complementario a la póliza para los desplazamientos** temporales al extranjero que no excedan los 180 días consecutivos por viaje o desplazamiento, siempre que el asegurado tenga su domicilio y resida habitualmente en España.

La duración del seguro de Asistencia en viaje será la misma que la cobertura principal del seguro de asistencia sanitaria, dependiendo el ámbito territorial de su cobertura de lo indicado en la garantía contratada (Ver Anexo I de las condiciones generales). Únicamente se accede a estas coberturas llamando al número de teléfono +34 91 379 04 34.

En el seguro Asistencia en viaje, se incluye:

- Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos, de hospitalización y de ambulancia, que sobrevengan a consecuencia de una enfermedad o accidente ocurrido durante su viaje en el extranjero, **con un límite de 20.000 euros**.
- Gastos odontológicos de urgencia (**hasta 150 euros**).
- Gastos de prolongación de estancia en un hotel del asegurado tras hospitalización y con prescripción médica (**hasta 30 euros/día con un límite máximo de 300 euros**).
- Traslado y repatriación sanitaria de heridos y enfermos en caso de enfermedad o accidente.
- Repatriación del asegurado fallecido y de los asegurados acompañantes.
- Acompañante en caso de fallecimiento (si los familiares fueran hijos del asegurado menores de 15 años).
- Repatriación o traslado de otros familiares asegurados (en caso de traslado o repatriación por enfermedad o accidente).
- Billete de ida y vuelta para un familiar y gastos de hotel en caso de hospitalización en el extranjero superior a 5 días (**hasta 30 euros/día con un límite máximo de 300 euros**).
- Regreso anticipado del asegurado a su domicilio, a causa de un incendio o siniestro grave, o bien por el fallecimiento de un familiar de primer grado.
- Consulta médica telefónica e información del viaje.

- Ayuda a la localización y envío de equipajes.
- Envío de documentos y medicamentos.
- Gastos de defensa legal por accidente de tráfico durante viaje al extranjero (hasta **1.500 euros** por siniestro).
- Anticipo de fianza penal por accidente de tráfico durante viaje al extranjero (hasta **6.000 euros** por siniestro).
- Transmisión de mensajes urgentes (que se deriven de eventos cubiertos por la póliza).
- Para la prestación, por el asegurador, de los servicios inherentes a las anteriores garantías, es indispensable que el asegurado solicite su intervención desde el momento del suceso.

5.10. Coberturas exclusivas (sólo incluidas en el seguro modalidad individual)

A efectos de la contratación, se considera que el seguro es de modalidad individual cuando incluye un mínimo de una persona asegurada y un máximo de nueve, unidas por un vínculo diferente al interés asegurador, habitualmente son familiares de primer grado (el titular, su cónyuge o pareja de hecho y sus hijos no emancipados menores de 30 años convivientes en la misma residencia familiar).

Únicamente la contratación del seguro “DKV Mundisalud” de asistencia médica completa en su modalidad individual (ver Anexo II de las Condiciones Generales) da derecho al asegurado a acceder a las siguientes garantías adicionales:

1. Reembolso de los gastos por consultas y/o sesiones de homeopatía y acupuntura.

Incluidas siempre que sean prestadas por un médico, con un límite de 50 euros / consulta o sesión, y en caso de acupuntura un límite anual de 30 sesiones.

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.

DKV Seguros garantiza que en caso de acreditarse por el asegurado y/o persona en su nombre (tutor legal) mediante la presentación de la resolución administrativa correspondiente el reconocimiento por el órgano competente del “Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia” (SAAD) de un estado o situación de Dependencia grado 3 (nivel 1 o 2) tras accidente cubierto por el seguro y a partir de la fecha de entrada en vigor de esta cobertura: 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 10.000 euros por asegurado, siempre que correspondan a gastos incluidos en esta cobertura y con las limitaciones y exclusiones estipuladas en el condicionado general de la póliza (ver apartado 6 “Nota informativa” y apartado 5.a, 5.c, 5.d, 5.e “Coberturas excluidas”) y Anexo II (apartado 2.2.2 y 2.2.3) de las condiciones generales.

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:

- **Servicios de ayuda domiciliaria:**
 - Atención personal: aseo personal, movilización en el domicilio, cambios de postura e higiene personal de personas encamadas, acompañamiento dentro del domicilio.
 - Cuidado del hogar: limpieza del domicilio, compras domésticas, servicio de cocina.
- **Servicio de atención residencial.** Residencias, Centros de día de atención especializada y Centros de noche.
- **Servicio de teleasistencia fija y móvil.** El beneficiario deberá mantener las funciones cognitivas suficientes para el uso de esta tecnología.
- **Servicio de adaptación del hogar.** La cobertura de dependencia se extingue de forma automática y definitiva al percibir el asegurado el capital máximo garantizado de **10.000 euros** por este concepto durante la vigencia del seguro, a través de la modalidad de reembolso de gastos.

3. Reembolso de los gastos de medicamentos

La contratación del seguro “**DKV Mundisalud**” de **asistencia médica completa en su modalidad individual** es el único que permite acceder al asegurado a la cobertura adicional siguiente:

3.1. Objeto y descripción de la cobertura

Comprende el **reembolso del 50% 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 € por asegurado**, 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.

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:

- **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.

- **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 completos del asegurado que recibe la asistencia.

En 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.

3.3 Delimitaciones y exclusiones del riesgo

- 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.
- 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, recomfortantes, dermoestéticos, cosméticos, aguas minerales, productos para la higiene, cuidado corporal y los aditivos del baño.
- No quedan tampoco cubiertos los medicamentos en receta médica 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.
- 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".

4. Tratamientos de Reproducción asistida

La contratación del seguro "DKV Mundisalud" de asistencia médica completa Classic y Élite en su modalidad individual permite acceder al asegurado durante la vida de la póliza, con un periodo de carencia de 48 meses, y previa autorización de la compañía, a un máximo de dos intentos de inseminación artificial en mujeres menores de 40 años, y a un intento de fecundación in-vitro (FIV) en mujeres menores de 42 años, en la "Red DKV de servicios sanitarios" concertada por la entidad (medios propios) en todo el territorio nacional.

Requisitos: para el tratamiento de la esterilidad de la pareja (incluyendo parejas del mismo género) durante el periodo de máxima fertilidad de la misma, siempre que ambos miembros sean asegurados de la póliza y no tengan un hijo en común.

Asimismo, las técnicas de fertilización se cubren con arreglo a la Ley de Reproducción Humana Asistida, que excluye la subrogación gestacional, y la normativa de desarrollo posterior, así como 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.

Quedan excluidos de esta cobertura: cualquier técnica reproductiva o de fertilización no detallada; la esterilidad secundaria a una cirugía anticonceptiva anterior; los gastos de criopreservación de los propios gametos y de los embriones, así como su transferencia; el diagnóstico genético preimplantacional, la prevención y tratamiento de enfermedades hereditarias; técnicas complementarias especiales de obtención de espermatozoides, de cultivo embrionario, y de implantación uterina; los incubadores con sistemas de monitorización en tiempo real; los gastos de la medicación ambulatoria que sea necesario suministrar al asegurado durante el tratamiento de reproducción asistida; y el internamiento hospitalario u hospitalización (más de 24 horas) para realizar tratamientos de fecundación con técnicas de reproducción asistida

Además queda excluida la reducción embrionaria instrumental selectiva en cualquier supuesto.

5.11. DKV Club Salud y Bienestar (servicios adicionales incluidos independientemente de la modalidad)

DKV Mundisalud, tanto en su modalidad individual como colectiva, permite al asegurado el acceso a unos servicios adicionales complementarios del “DKV Club Salud y Bienestar”, distintos de la cobertura del seguro, descritos a continuación.

Los detalles para el acceso a estos servicios se incluyen en la página [web dkvclubdesalud.com](http://web.dkvclubdesalud.com) o pueden consultarse a través de los teléfonos de contacto indicados en el cuadro médico de DKV Seguros

- **Servicios de e-salud. Incluye**
 - **Orientación médica telefónica:** Asistencia 24 horas, Médico DKV 24 horas, Línea médica pediátrica 24 horas, Línea médica de obesidad infantil, Línea médica del embarazo, Línea médica de la mujer, Línea médica nutricional, Línea médica tropical, Línea médica deportiva y Línea de atención psicoemocional
 - **Asesoramiento por enfermedad grave:** Segunda opinión médica y Segunda opinión bioética.
- **Servicio bucodental.** Acceso a los tratamientos dentales no cubiertos en su póliza en condiciones económicas ventajosas cuando se acuda a las clínicas dentales incluidas en la “Red DKV de Servicios Sanitarios”.
- **DKV Club Salud y Bienestar Premium:** El asegurado podrá acceder, directamente mediante el pago de franquicias o con bonos de descuento, y siempre asumiendo el coste, a la “Red de Servicios DKV Club Salud y Bienestar”, que le permitirá disfrutar de distintos servicios adicionales relacionados con la promoción de la salud, la prevención, la estética, el cuidado personal, la reeducación y el bienestar físico y emocional, así como de servicios sanitarios de diversa índole, con unas tarifas especiales inferiores a los precios de mercado.

En cada renovación de contrato de seguro, DKV puede modificar la red de proveedores del DKV Club Salud y Bienestar, así como los servicios, los descuentos o tarifas de acceso a los mismos

3.1 Servicios de promoción de la salud

- Wellness: Balneoterapia y spas urbanos
- Gimnasios y fitness

- Asesoramiento dietético

3.2 Servicios de preventivos

- Estudios genéticos predictivos
- Deshabituación tabáquica
- Criopreservación del cordón umbilical
- Criopreservación de células madre del tejido adiposo
- Estudio biomecánico de la marcha

3.3 Servicios médicos cosméticos o estéticos

- Cirugía refractiva láser visual (miopía, astigmatismo e hipermetropía)
- Cirugía de la presbicia
- Medicina y cirugía estética

3.4 Servicios sanitarios complementarios

- Reproducción asistida
- Terapias alternativas (homeopatía, acupuntura y quiromasaje)
- Psicología (sesión psioterapia)

3.5 Servicios de cuidado personal

- Salud auditiva
- Salud capilar
- Óptica
- Ortopedia
- Parafarmacia on line

3.6 Servicios de reeducación o rehabilitación

- Terapia reeducativa del habla y el lenguaje
- Terapia de la apnea del sueño: férula intraoral, CPAP, BiPAP
- Programa de entrenamiento o reeducación suelo pélvico



4. Centro de Atención Telefónica. Información general y autorizaciones.

5. Red de clínicas en EE.UU. Éste servicio pone a disposición de los asegurados una amplia red de centros hospitalarios seleccionados en Estados Unidos, para ingreso médico-quirúrgico programado previa autorización del Asegurador. El asegurado no deberá desembolsar el coste total de las facturas presupuestadas para su posterior reembolso por DKV Seguros: sólo tendrá que abonar el importe que no quede cubierto por la póliza contratada (en los importes que lo permitan) y el resto del importe cubierto, será abonado directamente por la Entidad. Además, previa solicitud, se gestionan todos los trámites del viaje y el traslado hasta el hospital.

6. Delimitaciones de la cobertura

Las limitaciones y exclusiones de la cobertura, que con carácter general se establecen en el contrato de seguro DKV Mundisalud con independencia de su modalidad son:

6.1. Exclusiones de la cobertura

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

El tomador del seguro, en su nombre y en el de los beneficiarios, está obligado a manifestar, en el momento de suscribir la solicitud de seguro, cualquier tipo de lesión, patología congénita, enfermedades, pruebas diagnósticas, tratamientos e inclusive la sintomatología que pudiera considerarse como el inicio de alguna patología. En caso de ocultación, la afección quedará excluida de las coberturas del contrato de seguro. Si constaran declaradas enfermedades preexistentes y/o congénitas, DKV Seguros se reserva el derecho de aceptar o rechazar la solicitud de aseguramiento. En caso de aceptarlas DKV Seguros podrá bien incluir la correspondiente cláusula de exclusión de dichas coberturas, o en su caso aplicar una sobreprima por la cobertura de las mismas.

Para las enfermedades no conocidas ni sospechadas por el asegurado o tomador por no haber dado síntomas anteriores a la formalización del contrato, se establece la indisputabilidad de su cobertura transcurrido un año desde dicha formalización o inclusión del asegurado, salvo dolo del tomador.

- 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.

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).

- 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 o en aguas bravas, puenting, barranquismo, incluidos los entrenamientos y cualquier otra práctica manifiestamente peligrosa.
- 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, agresión, riña, intento de suicidio o autolesiones así como por enfermedades o accidentes sufridos por dolo, negligencia o imprudencia del asegurado.
- 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). 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, presbicia y la ortoqueratología. Además de las consecuencias y complicaciones derivadas de todas las exclusiones recogidas en éste apartado.
- Las terapias alternativas y complementarias, acupuntura, naturopatía, homeopatía, el quiromasaje, el drenaje linfático, la mesoterapia, la gimnasia, la osteopatía, la hidroterapia, la oxigenoterapia trifásica, la presoterapia, la ozonoterapia y las modalidades de fototerapia y sus indicaciones no detalladas en el apartado 4.5 de las condiciones generales, y otras prestaciones similares, así como las especialidades médicas no reconocidas oficialmente.

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

- 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.

Queda también excluida la hospitalización psiquiátrica, salvo en caso de brotes agudos, y la hospitalización por razones de tipo social o familiar así como 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 apartado 3.4 "Normativa específica para la modalidad asistencial de medios ajenos" condiciones generales).

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.

- 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.
- El tratamiento de la roncopatía o apnea obstructiva del sueño (salvo diez sesiones con CPAP o BiPAP), y los tratamientos y/o modalidades de radioterapia y sus indicaciones médicas, que no se detallan expresamente en el apartado 4.5 "Métodos terapéuticos" de las condiciones generales. Además queda excluida la protonterapia, la neutronterapia, la radiocirugía con Cyberknife, la radioterapia o radiocirugía estereotáctica extracraneal y/o adaptada a la respiración (4D), y los radiofármacos con isótopos radiactivos no autorizados por la EMA (agencia europea del medicamento) y/o no recomendados por la guía clínica NICE.
- La medicina preventiva y los chequeos o reconocimientos médicos preventivos de carácter general, las vacunas y el suministro de extractos en procesos alérgicos,

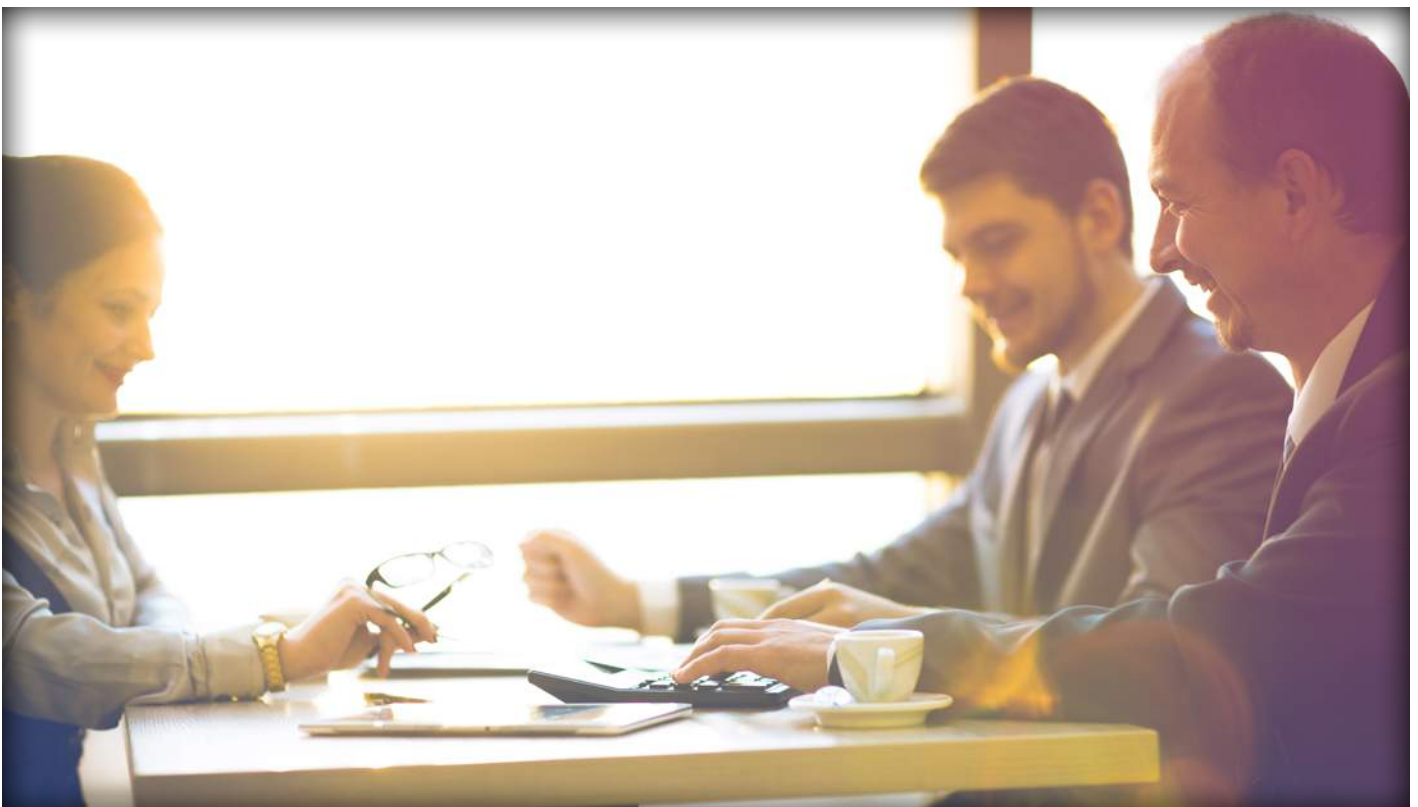
salvo lo detallado en los programas de prevención específicos incluidos en el apartado 4.7 (“Coberturas complementarias”) de las condiciones generales.

- La interrupción voluntaria del embarazo y la reducción embrionaria instrumental selectiva en cualquier supuesto, así como el tratamiento de la esterilidad, 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 y Élite de asistencia médica completa en su modalidad individual, que está sujeto a las delimitaciones y exclusiones del riesgo estipuladas en el apartado 3.6 [a - i] del mismo Anexo.
- 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, los biomateriales y/o materiales biológicos, sintéticos y ortopédicos no detallados expresamente en el apartado 4.7 de las condiciones generales, así como el uso de los descritos en otras indicaciones que no sean las señaladas.

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

Se excluye además la psicoterapia de grupo o pareja, los tests psicológicos y psicométricos, la rehabilitación psicosocial o neuropsiquiátrica, la terapia educativa o cognitivo-conductual en los trastornos de la comunicación oral y escrita, y del desarrollo de diverso origen, salvo lo expresamente incluido en el apartado 4.7 de las condiciones generales (Descripción de la cobertura de psicología clínica).



- 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.
- La medicina regenerativa, 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, así como los que estén en ensayo clínico en todas sus fases o grados.
- La cámara hiperbárica y la diálisis y hemodiálisis para el tratamiento de las afecciones crónicas.
- La asistencia sanitaria por fiebres hemorrágicas virales, y la derivada de la infección por el virus de la inmunodeficiencia adquirida (V.I.H.), el SIDA y las enfermedades relacionadas con éste así como sus complicaciones y secuelas.
- 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".
- 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 las condiciones generales, así como otros servicios no imprescindibles para la necesaria asistencia hospitalaria.
- 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.
- Los productos farmacéuticos, medicamentos y medios auxiliares de cura de cualquier clase, salvo 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" de las condiciones generales aunque se administren durante el internamiento hospitalario.

La quimioterapia oncológica sólo cubrirá los gastos de los medicamentos específicamente citostáticos definidos y detallados en "Citostático" del apartado 2 "Conceptos básicos. Definiciones" de las condiciones generales. 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.

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

Queda excluida la estimulación precoz, la rehabilitación realizada en el domicilio o como 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.

- 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 e hibridación genómica comparada, y las plataformas de microarrays con interpretación automatizada de los resultados, así como cualquier otra técnica genética y/o biología molecular que se solicite con fin pronóstico o diagnóstico si éste se puede obtener por otros medios, o no tiene repercusión terapéutica.

6.2. Exclusiones de la cobertura asistencia en viaje

Queda excluido de la cobertura de Asistencia en viaje:

- Las garantías y prestaciones que no hayan sido solicitadas al asegurador y que no hayan sido efectuadas con su acuerdo o por él, salvo en casos de fuerza mayor o de imposibilidad material demostradas.
- Las enfermedades o lesiones que se produzcan como consecuencia de padecimientos crónicos o previos al inicio del viaje, así como sus complicaciones y recaídas.
- 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.
- El tratamiento de enfermedades o patologías provocadas por ingestión o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.
- 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.

- Los eventos producidos por la práctica de deportes en competición y el rescate de personas en mar, montaña o desierto.
- Cualquier tipo de gasto médico o farmacéutico inferior a 10 euros.
- Los gastos de inhumación y ceremonias funerarias.

6.3. Exclusiones de la cobertura de dependencia grado 3 por accidente

Están excluidas de la cobertura de Dependencia grado 3 por accidente (exclusiva del seguro modalidad individual):

- El reembolso de los gastos por servicios de ayuda familiar y/o atención a la dependencia no detallados en el apartado anterior (Anexo II de las condiciones generales).
- El reembolso de los gastos por servicios de ayuda familiar y/o atención a la dependencia, cuando la situación de dependencia grado 3 es consecuencia de:
 - Un accidente causado por actividades o en circunstancias excluidas de la cobertura general del seguro de salud (apartados 5.c, 5.d, 5.e. "condiciones generales").



- Complicación y/o secuela de lesiones producidas en un accidente ocurrido con anterioridad (preexistente) a la fecha de inclusión de cada asegurado en la póliza.
- 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.
- 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.
- Accidentes derivados de la práctica de deportes de riesgo: 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.
- Accidentes ocurridos viajando, ya sea en calidad de pasajero o tripulante de aeronaves de capacidad inferior a diez plazas de pasajeros.
- El reembolso de los gastos por servicios de ayuda familiar y/o atención a la dependencia por haberse extinguido el derecho a la prestación, al percibir el asegurado el capital máximo garantizado por este concepto durante la vigencia en un seguro/s de asistencia médica completa de modalidad individual contratado/s con anterioridad.

7. Periodo de carencia y exclusión

Todas las prestaciones que, en virtud de este seguro, asume DKV Seguros se pueden 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:

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

- La asistencia de cualquier tipo de **parto (excepto parto prematuro) o cesárea**.
- Los **trasplantes**

Asimismo la asistencia sanitaria por infección de VIH/SIDA tiene un periodo de exclusión de doce meses, en el que no son efectivas las garantías de la póliza, y durante el cual además si se diagnostica o se ponen de manifiesto los primeros síntomas de una enfermedad está excluido.

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.

8. Forma de cobro de la prestación / Las prestaciones según la modalidad de asistencia contratada

En la “Red DKV de Servicios Sanitarios” (Medios Propios) la modalidad de prestación es la recogida en el artículo 105, párrafo 1º de la 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 incluidos en la Red concertada por la Entidad.

El pago de la asistencia sanitaria prestada dentro de esta modalidad, excepto las prótesis cardiovasculares, que tienen un límite máximo anual de cobertura, corre íntegramente a cargo de la aseguradora que abonará su importe directamente a los facultativos y centros médicos u hospitalarios incluidos en la “Red DKV de Servicios Sanitarios”, siempre que la haya autorizado previamente.

Algunas prestaciones tendrán asimismo limitado el número anual de sesiones o estancias: psicoterapia (máximo 20 sesiones, excepto trastornos alimentarios que 40 sesiones), fototerapia UVB 35 sesiones, reeducación logopédica 10 sesiones, terapia de la apnea obstructiva del sueño 10 sesiones, terapia con ondas de choque músculo-esqueléticas y rehabilitación preventiva postparto del suelo pélvico 3 sesiones por proceso, la hospitalización psiquiátrica (máximo 60 días de ingreso/asegurado) y la indemnización diaria por hospitalización (siempre que cumpla los requisitos de cobertura) que a partir del 3.er día, 80 euros/día estancia, hasta un máximo **2.400 euros**.

En la Modalidad Asistencial de Medios Ajenos, fuera de la “**Red DKV de Servicios Sanitarios**”, se establece un plazo máximo de 15 días para solicitar el reembolso de las facturas abonadas y entregar al Asegurador las prescripciones y/o los informes

médicos por las pruebas o tratamientos realizados. Para facilitarle la tramitación, está a su disposición el Formulario de Reembolso, que incluye los mínimos administrativos que deben cumplir las facturas para ser reembolsadas.

El reembolso de gastos se efectuará de la siguiente forma:

- Comunicado un siniestro, con la presentación del Formulario de Reembolso y/o las facturas e informes acreditativos de la prestación recibida, el Asegurador abonará los gastos efectuados en la cuenta corriente designada para ello, según el porcentaje y límites de cobertura señalados en las Condiciones Generales, Particulares y Tabla de Cobertura y Límites Anexa.
- La facturación de gastos producidos en el extranjero, y pagados en divisas por el asegurado, se abonarán en España en euros y al cambio del día de pago. Si éste no consta, se realizará el cambio correspondiente a la fecha de emisión de la factura o en su defecto a la fecha de prestación del servicio. Los gastos de traducción de las facturas, prescripciones e informes únicamente serán a cargo del Asegurador si están en idioma inglés, alemán, francés o portugués.

9. Condiciones, plazos y vencimientos de las primas

Cuestiones generales

El contrato de seguro se concierta de acuerdo con las declaraciones efectuadas por el tomador del seguro y el asegurado en el cuestionario previo, lo que es determinante para que DKV Seguros acepte el riesgo y fije la prima, **y no tendrá 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.

Comunicación anual del vencimiento de las primas

El tomador del seguro recibirá comunicación anual del vencimiento de las primas. Antes de vencer la póliza el asegurado recibirá una comunicación informando de la variación de la prima para la siguiente anualidad y las coberturas incorporadas en esa modalidad, y podrá optar entre prorrogar el contrato o extinguirlo al vencimiento del periodo del seguro en curso. En este último caso, el tomador debe comunicar por escrito a DKV Seguros, con una antelación mínima de un mes, su voluntad de finalizar la relación contractual al término de la misma.

Evolución anual de la prima

La prima se calculará con arreglo a los costes de los servicios sanitarios de las coberturas y prestaciones cubiertas durante el correspondiente periodo de vigencia del seguro, y podrá variar en función de la edad del asegurado, la provincia de residencia, y otras circunstancias personales del asegurado.

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

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.

En cada renovación del contrato de seguro, DKV Seguros podrá modificar la prima anual y el coste por acto médico, de acuerdo a los cálculos técnico-actuariales realizados. La prima de cada asegurado se calcula en función de factores de riesgo objetivos como la edad del asegurado y la zona geográfica de residencia, el incremento del coste asistencial y las innovaciones tecnológicas médicas que se incorporen a las coberturas.

Además de este supuesto, siempre se tendrá en cuenta la edad actuarial del asegurado para aplicar las primas que DKV Seguros tenga en vigor en la fecha de renovación.

Renovaciones

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 tácitamente 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.

Compromiso de no anulación de la póliza por parte de DKV Seguros, con independencia de la edad del asegurado, a los asegurados que hayan permanecido durante tres anualidades

consecutivas en la misma, 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.

La renuncia de DKV Seguros a su derecho de rescisión del contrato se condiciona a la aceptación del tomador de la variación anual de primas futuras, que se calculan y comunican conforme a los criterios técnicos expuestos anteriormente (ver apartado 8.4 de las condiciones generales del seguro).

Tributos repercutibles

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

Las primas están sujetas a la aplicación del recargo del 1,5 por mil, a favor del Consorcio de Compensación de Seguros, por aplicación del art. 23.4 del Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido del Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros, para financiamiento de las funciones liquidadoras de este organismo.

Las primas están exentas del impuesto sobre primas de seguro por aplicación del art. 12, apartado 5 de la Ley 13/1996, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social, por la que se regula el impuesto de primas de seguro, con excepción de aquella parte de la prima, en su caso, destinada a cubrir garantías de Asistencia en viaje.

10. Instancias de reclamación

Para resolver los conflictos que puedan surgir con DKV Seguros, los tomadores del seguro, asegurados o 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 o ante el servicio de Atención al Cliente de la entidad. Las reclamaciones pueden enviarse por correo, telefax o correo electrónico, y el cliente podrá elegir la forma en que desea se cursada la contestación y el domicilio al que se le enviará. El expediente será contestado por escrito dentro del plazo máximo de dos meses. Asimismo, en las oficinas de DKV Seguros se encuentra disponible el Reglamento del servicio de Atención al Cliente de la Compañía.



Puede presentarla por escrito en cualquiera de nuestras oficinas o enviarla al servicio de Atención al Cliente. Para ello, debe dirigirse al domicilio social de DKV Seguros: Torre DKV, Avenida María Zambrano 31, (50018 Zaragoza), teléfonos: llamando a cualquiera de estos números 902 499 499 | 913 438 596 | 934 797 539, fax: 976 28 91 35; o remitirla por e-mail a la dirección de correo electrónico: defensacliente@dkvseguros.es.

- Transcurrido dicho plazo, si el cliente discrepa de la solución propuesta, puede acudir para resolver las controversias que puedan plantearse al procedimiento administrativo y reclamar ante la Dirección General de Seguros, en el Comisionado para la Defensa del Cliente de Servicios Financieros. Paseo de la Castellana 44, (28046 Madrid).

Se iniciará un expediente administrativo una vez quede acreditada la tramitación previa ante DKV Seguros de la reclamación.

- Sin perjuicio de las vías de reclamación precedentes, con carácter general los conflictos se resolverán previa reclamación ante la Jurisdicción que corresponda.

11. Legislación aplicable



- **Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro y su normativa de desarrollo.**
- **Real Decreto 6/2004** por el que se aprueba el texto refundido de la **Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, y el Real Decreto n. 2486/1998**, de 20 de noviembre, del **Reglamento de desarrollo.**
- **Ley 26/2006, de 17 de julio, de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados.**
- **Contrato de seguro DKV Mundisalud:** integrado por la solicitud, la declaración de salud, las condiciones generales, particulares y especiales, así como los suplementos o apéndices que se emitan al mismo.
- **Cláusula de subrogación:** Una vez prestado el servicio, DKV Seguros podrá ejercer los derechos y acciones que, debido al siniestro causado, correspondan al asegurado frente a las personas responsables del mismo, hasta el límite de la indemnización pagada. En ese supuesto el asegurado está obligado a suscribir a favor de DKV Seguros los documentos necesarios para facilitar la subrogación.

12. Régimen fiscal

Las primas del seguro no gozan de beneficios fiscales en el IRPF, excepto en los supuestos siguientes:

- **Pólizas colectivas contratadas** por las empresas a favor de sus trabajadores. (Art. 42.2. F. Ley 35/2006 I.R.P.F.). En este caso, la prima no tendrá para el trabajador la consideración de rendimiento del trabajo en especie, por lo que no se integrará en su base imponible del I.R.P.F. si la cobertura de enfermedad alcanza al propio trabajador, cónyuge o descendientes y las primas no exceden de 500 euros anuales por asegurado, constituyendo retribución en especie el exceso sobre dicha cuantía.
- **Pólizas contratadas por empresarios individuales** (Art. 30.2.5. Ley 35/2006 I.R.P.F.). En este caso, las primas son gasto deducible en la determinación del rendimiento de actividad económica, por lo que no se integra en la base imponible del I.R.P.F. si el empresario individual tributa en el régimen de estimación directa y la cobertura de enfermedad alcanza al propio contribuyente, a su cónyuge e hijos menores de veinticinco años que convivan con él, siendo igualmente el límite máximo de deducción de 500 euros por asegurado.
- Las prestaciones sanitarias de reembolso de gastos médicos o del coste de la atención no están sujetas al I.R.P.F.

902 499 350 | dkvseguros.com

Síguenos en  

Descárgate la app



Servicio de atención telefónica atendido por:

DKV integralia 

Fundación para la integración laboral de personas con **discapacidad**



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



Empresa saludable



Empresa sostenible

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

DKV
Salud y seguros médicos