

DKV TOP HEALTH®

Mi salud cubierta al 100% en todo el mundo

> CONDICIONES GENERALES

DKV



**PÓLIZA DE SEGUROS
DKV TOP HEALTH®**

Avda. César Augusto, 33
50004 Zaragoza
Tel. (+34) 976 28 91 00
Fax (+34) 976 28 91 49

CAPITAL SUSCRITO Y DESEMBOLSADO: 45.059.975 EUROS

DKV Seguros y Reaseguros S.A.E., inscrita en el Registro Especial de la Dirección General de Seguros por O.M. de 12 de julio de 1956. Domicilio Social: Avda. César Augusto, 33 - 50004 Zaragoza (España).

Registro Mercantil de Zaragoza, tomo 1.711, folio 156, hoja n.º Z-15.152. C.I.F. A-50004209.

Mod. RE CON-00002
Edición actualizada Enero 2009

3DNPo.CG/01_V5

DKV Seguros pone este documento a disposición de todas las personas que lo soliciten para su análisis y consulta, incluso sin que medie interés de suscripción, como parte de su objetivo de contribuir a la claridad y transparencia de la información de la compañía y del lenguaje del sector asegurador, en general.

	Páginas
CARTA DEL CONSEJERO DELEGADO	5
RESPONDEMOS A SUS DUDAS	8
SERVICIOS ADICIONALES	18
CONTRATO DEL SEGURO: CONDICIONES GENERALES	22
1. Cláusula preliminar	23
2. Conceptos básicos. Definiciones	25
3. Modalidad, extensión y ámbito territorial del seguro	33
3.1 Objeto del seguro	33
3.2 Modalidad del seguro	33
3.3 Ámbito territorial	34
3.4 Acceso a las coberturas	34
3.5 Cláusula de subrogación	36
4. Descripción de las coberturas	37
4.1 Asistencia primaria	37
4.2 Urgencias	37
4.3 Especialidades médicas y quirúrgicas	38
4.4 Medios de diagnóstico	39
4.5 Métodos terapéuticos	40
4.6 Asistencia hospitalaria	41
4.7 Coberturas complementarias	42
4.8 Coberturas especiales	44
4.9 Asistencia en viaje	46

- 5. Coberturas excluidas 47
- 6. Periodos de carencia 51
- 7. Las prestaciones según la modalidad de asistencia contratada 53
 - 7.1 Franquicia. 53

- 8. Bases del contrato 55
 - 8.1 Formalización del contrato y duración del seguro 55
 - 8.2 Otras obligaciones, deberes y facultades del tomador o asegurado 56
 - 8.3 Otras obligaciones de DKV Seguros 56
 - 8.4 Pago del seguro (primas) 56
 - 8.5 Pérdida de derechos y rescisión del contrato de seguro 58
 - 8.6 Comunicaciones 58
 - 8.7 Riesgos sanitarios especiales 59
 - 8.8 Impuestos y recargos 59

- ANEXO I: ASISTENCIA EN VIAJE 60**

“En DKV Seguros, no nos gusta la letra pequeña”

Estimado cliente:

Hace ya varios años, DKV Seguros puso en marcha el programa “Lenguaje Claro”, una iniciativa pionera cuya intención era provocar un cambio en el lenguaje del sector asegurador.

Desde la convicción de que la falta de transparencia produce desconfianza, la compañía llevó a cabo una revisión de toda la documentación que utilizamos en la relación con nuestros asegurados, con el objetivo de ofrecerles un **lenguaje sencillo, fácilmente comprensible, cercano y directo**, alejado de los tecnicismos y de la llamada “letra pequeña”, algo que cobra especial importancia en los contratos de seguro.

“Lenguaje Claro” es parte del compromiso de DKV Seguros de ofrecer un servicio excelente al cliente, una línea de actuación estratégica para nuestra compañía, y se enmarca en la vertiente de productos y servicios socialmente responsables del programa de responsabilidad empresarial de DKV Seguros. La iniciativa ha contado con el apoyo y colaboración de entidades independientes y ha aunado los intereses de defensa de los consumidores de diversas organizaciones.

**“El lenguaje claro es parte del
compromiso de DKV Seguros de
ofrecer un servicio excelente al cliente”**


Recientemente, **nuestra cooperación con la Unión de Consumidores de España (UCE) se ha plasmado en la firma de un nuevo acuerdo** que amplía el escenario de esta relación de trabajo conjunto y la dota de un alcance sectorial, con el planteamiento de acciones divulgativas y de investigación dirigidas tanto a consumidores y usuarios como a diversos agentes e instituciones aseguradoras.

Además, DKV Seguros ha llevado a cabo una reestructuración de los contratos de sus productos de forma que las coberturas estén expresadas con claridad, tanto en la forma como en el contenido, para que nuestros asegurados conozcan perfectamente las prestaciones que les ofrece su seguro.

En DKV Seguros, decimos que no nos gusta la "letra pequeña" **porque confiamos plenamente en la calidad de nuestros productos**, cuyo diseño y puesta en el mercado se basa en el principio de la innovación y en la capacidad de dar respuesta, de forma flexible y personalizada, a las necesidades de cada uno de nuestros clientes.

Por último le recuerdo que, para cualquier consulta o trámite, DKV Seguros pone a su disposición su Centro de Atención Telefónica (902 499 499) y su página web (www.dkvseguros.com), donde encontrará información y servicios adicionales.

Gracias por su confianza.
Un cordial saludo,



Dr. Josep Santacreu Bonjoch
Consejero Delegado
DKV Seguros

Estas Condiciones Generales le permitirán conocer con detalle el marco del contrato que usted establece con DKV Seguros al suscribir este seguro.

A lo largo del documento, le explicamos la mayoría de las cuestiones que se le pueden plantear al utilizar su seguro. Sin embargo, 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 ES UN CONDICIONADO?

El condicionado, también llamado “Condiciones Generales” y/o “Condiciones Particulares”, es un contrato que recoge 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 Medi-Card® y el cuadro médico o “Red DKV de Servicios Sanitarios”.

Es conveniente que usted verifique que sus datos personales estén correctamente recogidos.

¿QUÉ TIENE QUE HACER CON ESTA DOCUMENTACIÓN?

Firmar las Condiciones Particulares y Generales, guardarlas y remitirnos la copia firmada. 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 comunicar la continuación.

Sin embargo, tanto usted como DKV Seguros pueden cancelarlo siempre que se comunique fehacientemente con dos meses de antelación a la fecha del vencimiento del mismo, de manera que pueda acreditarse documentalmente la realización de dicha comunicación.

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO QUE SE DA A LOS DATOS PERSONALES?

DKV Seguros queda expresamente autorizada para recabar, tratar automatizadamente 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 al asegurador para consultar dichos datos o para actualizarlos, rectificarlos o cancelarlos.

MODALIDAD ASISTENCIAL Y EXTENSIÓN DEL SEGURO

¿CUÁL ES LA PRINCIPAL CARACTERÍSTICA QUE DEFINE AL SEGURO “DKV TOP HEALTH®”?

“DKV Top Health®” 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 o 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” y recibirá el servicio previa identificación con su tarjeta DKV Medi-Card® y, en su caso, con la necesaria autorización.

¿CÓMO DEBE SOLICITAR EL REEMBOLSO DE GASTOS EN DKV SEGUROS?

En un plazo máximo de quince días, deberá presentar 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”.

TARJETA DKV MEDI-CARD®

¿PUEDE UN MÉDICO DE LA “RED DKV DE SERVICIOS SANITARIOS” SOLICITARLE, ADEMÁS DE LA AUTORIZACIÓN DE DETERMINADOS SERVICIOS, LA TARJETA DKV MEDI-CARD®?

Sí. La tarjeta DKV Medi-Card® 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 MEDI-CARD® 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 MEDI-CARD®?

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, en el número 902 499 499; 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.

¿QUÉ PRUEBAS O SERVICIOS NECESITAN AUTORIZACIÓN EN LA “RED DKV DE SERVICIOS SANITARIOS”?

Las pruebas diagnósticas complejas, los traslados en ambulancia, las prótesis, las sesiones de psicoterapia, los chequeos preventivos, los tratamientos médicos y quirúrgicos, así como los ingresos hospitalarios.

Si tiene alguna duda, póngase en contacto con nosotros.

¿CÓMO SE PUEDE SOLICITAR UNA AUTORIZACIÓN SI NO SE PUEDE ACUDIR A UNA OFICINA DE DKV SEGUROS?

Por teléfono, en nuestro Centro de Atención Telefónica (902 499 499), por fax (902 499 000), 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, lo cual es compatible con el pago mensual de la prima.

También puede optarse por un pago trimestral, semestral o anual, con el correspondiente descuento.

PRESTACIONES SANITARIAS

¿SE PUEDE IR AL MÉDICO EL 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”).

¿HAY QUE SOLICITAR AUTORIZACIÓN PARA ACUDIR A LAS CONSULTAS DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS O QUIRÚRGICAS?

No. 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 autorización para acceder a esta especialidad, no médica, en la “Red DKV de Servicios Sanitarios”.

¿CUÁNDO SE PUEDE SOLICITAR UN SERVICIO A DOMICILIO?

Cuando, por el estado del enfermo, el desplazamiento a una consulta o centro hospitalario es médicamente 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.

¿QUÉ ESTÁ CUBIERTO EN LA ESPECIALIDAD DE ODONTOLOGÍA?

Se incluyen todos los servicios odontológicos, salvo los que se produzcan por causas estéticas: odontología endodóncica, periodóncica, ortodóncica, obturaciones o empastes, prótesis dentales, apicectomías, implantes y los medios diagnósticos necesarios para realizar estos tratamientos.

¿CÓMO SE ACCEDE AL SERVICIO BUCODENTAL?

El asegurado podrá acudir a odontólogos o clínicas dentales no incluidas en la “Red DKV de Servicios Bucodentales” (Medios Ajenos) en cualquier parte del mundo y tendrá derecho al reembolso del 80% de los gastos derivados de la asistencia dental prestada. Asimismo, puede acudir a la “Red DKV de Servicios Bucodentales” (Medios Propios), con implantación en todo el territorio nacional y previa identificación con su tarjeta DKV Medi-Card® recibir la prestación del servicio dental prescrito sin desembolso económico alguno por su parte.

¿HAY EN ODONTOLOGÍA ESTABLECIDO ALGÚN LÍMITE DE COBERTURA POR ASEGURADO AÑO?

Sí, hay un límite máximo anual de 9.000 euros por asegurado año, que incluye los tratamientos dentales facturados en la modalidad asistencial de Medios Propios (“Red DKV de Servicios Bucodentales”) más los reembolsos efectuados por la asistencia prestada en los medios ajenos a DKV Seguros.

¿CUÁNTAS LIMPIEZAS DE BOCA CUBRE AL AÑO LA PÓLIZA?

Las necesarias, siempre que sean prescritas por un médico.

¿CUBRE “DKV TOP HEALTH®” LOS MEDICAMENTOS?

Los medicamentos se reembolsan al 100%, siempre que hayan sido recetados bajo prescripción médica, adquiridos en farmacia, estén incluidos en el registro de medicamentos y tengan utilidad terapéutica. Se incluye, en este concepto, la medicación homeopática, las vacunas y los extractos en procesos alérgicos.

¿QUÉ TERAPIAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS SE CUBREN EN “DKV TOP HEALTH®”?

En “DKV Top Health®” quedan cubiertas, siempre que sean prestadas por un médico, la homeopatía, la fitoterapia, la acupuntura y el quiromasaje, que se reembolsan al 100% hasta un importe máximo de 50 euros por consulta y/o sesión.

Además, la fitoterapia, la acupuntura y el quiromasaje tendrán un límite anual por asegurado de 30 consultas y/o sesiones.

¿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 MIOPIA EN "DKV TOP HEALTH®"?

La cirugía refractiva mediante láser excímer queda cubierta para la corrección de la miopía, hipermetropía y astigmatismo, con un periodo de carencia de doce meses.

Para recibir el servicio, el asegurado puede optar entre acudir a la red de clínicas oftalmológicas concertadas, comunicándolo previamente a DKV Seguros, o acudir a un centro oftalmológico no incluido en la Red (Modalidad de Medios Ajenos), en cuyo caso se reembolsarán las facturas al 100% hasta un límite máximo de 1.500 euros por cada ojo intervenido.

¿ESTÁ CUBIERTA LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN "DKV TOP HEALTH®"?

Sí. La Psicología Clínica está cubierta hasta un máximo de 30 consultas y/o sesiones por asegurado y año natural, (suma de las realizadas en Medios Propios y Medios Ajenos) siempre que sea prestada por un especialista titulado.

¿Y LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR?

Sí. Tanto la implantación del DIU (incluido el coste del dispositivo intrauterino) como la ligadura de trompas y la vasectomía están incluidos en su seguro.

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

¿CUBRE "DKV TOP HEALTH®" LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA?

Sí, quedan cubiertas las técnicas de fertilización con arreglo a la ley de reproducción asistida, siempre que haya un problema de esterilidad en la pareja y la mujer se halle en edad fértil, con un periodo de carencia de doce meses.

Además, también incluye la criopreservación del semen durante el plazo que marca la legislación vigente, en aquellos casos que vayan a someterse a tratamientos quirúrgicos y/o de quimioterapia o radioterapia.

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?

Sí. El seguro "DKV Top Health®" reembolsa el importe de las facturas por servicios en el extranjero en el mismo porcentaje y condiciones que en España, siempre que el asegurado resida un mínimo de seis meses (183 días) al año en territorio nacional.

Además hay una cobertura de asistencia en viaje complementaria que garantiza, en caso de urgencia por enfermedad o accidente, la prestación de la asistencia médica en los desplazamientos al extranjero hasta un máximo de 90 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 00 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 antes autorizado en las oficinas de DKV Seguros. Para ello, es necesaria la solicitud escrita de un médico, que indique el motivo de dicho ingreso.

En caso de hospitalización en un centro 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 CÓMO DEBE PROCEDER?

Podrá acudir a cualquier hospital. 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 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.V.I. o con incubadora.

LA RED DE CLÍNICAS EN EE.UU., ¿ES ACCESIBLE A LOS CLIENTES DE "DKV TOP HEALTH®"?

Sí, aunque no es objeto de cobertura de este contrato, los clientes de "DKV Top Health®" pueden acceder a este servicio adicional sin desembolso alguno por su parte, previa autorización de DKV Seguros, y recibir el servicio médico o quirúrgico solicitado. Asimismo se les facilitará la gestión, si lo solicitan, de los trámites del viaje y traslado hasta el hospital, incluido el servicio de traducción si fuera necesario.

SUGERENCIAS Y RECLAMACIONES

¿QUÉ DEBE HACERSE PARA PRESENTAR UNA SUGERENCIA O UNA QUEJA?

Puede presentarla por escrito en cualquiera de nuestras oficinas o enviarla al Servicio de Atención al Cliente del Grupo ERGO. Para ello, debe dirigirse al domicilio social de DKV Seguros: Avenida César Augusto 33, (50004 Zaragoza), teléfono: 902 499 499, fax: 976 28 91 35; o remitirla por e-mail a la dirección de correo electrónico: atencioncliente@dkvseguros.es.

Asimismo puede enviarla al Comisionado para la Defensa del Cliente de Servicios Financieros: Paseo de la Castellana 44, (28046 Madrid).

En este caso, es necesario haber reclamado previamente ante el Servicio de Atención al Cliente del Grupo ERGO.

A continuación se describen los servicios adicionales complementarios a las coberturas de la póliza de “DKV Top Health®”.

Los detalles para el acceso a estos servicios así como su coste se incluyen en los cuadros médicos que DKV Seguros publica anualmente y en la página web www.dkvseguros.es.

CONSERVACION DE CÉLULAS MADRE DEL CORDÓN UMBILICAL

DKV Seguros pone a disposición de los asegurados, en unas condiciones económicas ventajosas la posibilidad de conservar, analizar y custodiar las células madre de cordón umbilical de su hijo/a, extraídas por su ginecólogo/a en el momento del parto y depositadas en un laboratorio concertado, para poder ser usadas por su hijo o familiares en caso de necesidad.

RED DE CLÍNICAS EN EE.UU.

Este servicio pone a disposición de los asegurados de “DKV Top Health®” una amplia red de centros hospitalarios seleccionados en Estados Unidos.

Los asegurados que deseen ser atendidos en estos hospitales, previa 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 de viaje y traslado hasta el hospital.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Mediante este servicio, el asegurado o su médico tendrán acceso, gratuitamente, en caso de enfermedad grave 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.

SERVICIO DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

Este servicio proporciona el acceso en condiciones económicas ventajosas al programa de deshabituación tabáquica “DÉJALO ATRÁS®” que desarrollan las Unidades de Tabaquismo de la “Red DKV de Servicios Sanitarios”.

Este programa consiste en un número de intervenciones directas, personales e individualizadas llevadas a cabo por un equipo de médicos y psicólogos especialmente formados en el tratamiento del tabaquismo. En estas intervenciones se analizan las características del fumador y se propone un plan de ayuda personalizado para dejar de fumar.

Además se pone a disposición del paciente la web informativa www.vivesintabaco.com.

CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA

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.

TELÉFONO DE 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.

LÍNEA MÉDICA 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.

LÍNEA MÉDICA PEDIÁTRICA DKV 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.

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.

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.

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.

LÍNEA MÉDICA TROPICAL

Este servicio facilita al asegurado de DKV Seguros asesoramiento médico telefónico y por medio de internet, por parte de médicos o especialistas en medicina tropical y salud internacional, proporcionando información y resolviendo dudas sobre síntomas, pruebas diagnósticas, problemas de salud, quimioprofilaxis o medicamentos propios de la especialidad.

ASESORAMIENTO MÉDICO POR INTERNET DKV

Este servicio facilita al asegurado de DKV Seguros asesoramiento médico a través de la web (www.dkvseguros.com) y del correo electrónico, proporcionando información médica de Internet y resolviendo dudas sobre pruebas diagnósticas, problemas de salud o medicamentos.

CLUB DE SALUD

Los asegurados de DKV Seguros son socios del Club de Salud y pueden acceder a una amplia oferta de actividades y servicios exclusivos a precios especiales, relacionados con el ocio y la salud, que contribuirán a mejorar su calidad de vida.

El Club de Salud DKV Seguros cuenta con una amplia red de servicios en todo el territorio nacional.
(www.clubdkvseguros.com/awa/clubsalud/)

SEGUNDA OPINIÓN BIOÉTICA

Mediante este servicio el asegurado o su médico tendrán acceso, gratuitamente, en caso de enfermedad grave, 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.

1.

CLÁUSULA PRELIMINAR

Este contrato está sometido a la Ley de Contrato de Seguro 50/1980, de 8 de octubre. El control de la actividad aseguradora de DKV Seguros y Reaseguros S.A.E. (en adelante, DKV Seguros) con domicilio social en Avenida César Augusto 33, 50004 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 las siguientes partes: la Solicitud, la Declaración de Salud, las Condiciones Generales, Particulares y Especiales aparte y los Suplementos o Apéndices que se emitan al mismo. Las transcripciones o referencias a preceptos legales no requerirán aceptación.

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:

A cualquiera de las oficinas de DKV Seguros o ante el Servicio de Atención al Cliente del Grupo ERGO.

Las reclamaciones pueden enviarse por correo o telefax a la dirección: Avenida César Augusto 33, 50004 Zaragoza, teléfono 902 499 499, fax 976 28 91 35, o por correo electrónico: atencioncliente@dkvseguros.es.

El cliente podrá elegir la forma en que desea le sea cursada la contestación y el domicilio al que se le enviará. El expediente será contestado por escrito dentro del plazo máximo de dos meses. En las oficinas de DKV Seguros, se encuentra disponible el Reglamento del Servicio de Atención al Cliente del Grupo ERGO.

Transcurrido dicho plazo, si el cliente discrepa de la solución propuesta, podrá dirigirse al Comisionado para la Defensa del Cliente de Servicios Financieros, con domicilio en el P.º 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 deriva de una causa violenta y súbita, externa y ajena a la intención del asegurado.

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.

ACUPUNTURA

Práctica médica basada en la medicina tradicional china, que implica la estimulación de puntos anatómicos específicos en el cuerpo con propósitos terapéuticos, generalmente mediante la punción de la piel con una aguja.

ASEGURADO

La persona a quien se prestará la asistencia médica.

ASEGURADOR

DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E.

ASISTENCIA MÉDICA EXTRAHOSPITALARIA

Es la asistencia que se presta en consultorios médicos, en el domicilio del paciente y/o en el hospital o clínica sin pernoctación.

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 recién nacido durante sus primeras cuatro semanas de vida (28 días).

ASISTENCIA SANITARIA

Prestación realizada por un profesional de la sanidad legalmente habilitado para ello.

ATS/DUE

Asistente Técnico Sanitario o Diplomado Universitario en Enfermería.

B

BALNEARIO O ESTACIÓN BALNEARIA

Establecimiento con aguas mineromedicinales declaradas de utilidad pública, cuya acción terapéutica depende de su temperatura, presión, composición química, radiactividad, flora bacteriana y gases disueltos.

BIOMATERIAL

Aquellos materiales, naturales (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 máxima de 48 horas.

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

Procedimiento quirúrgico en la mama tras diagnóstico oncológico.

CIRUGÍA ROBÓTICA

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 un sistema informatizado de realidad virtual con imágenes en 3D obtenidas por ordenador.

CITOSTÁTICO

Medicamento citotóxico 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 este 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 MÉDICA 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.

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 periodo de la vida del individuo.

F

FITOTERAPIA

Se refiere exclusivamente a las consultas de diagnóstico realizadas por un médico experto en esta práctica. No se incluye la medicación fitoterápica.

FRANQUICIA

Cantidad establecida en la póliza a partir de la que se inicia la cobertura del asegurador. Dicha cantidad corre a cargo del tomador o asegurado.

H

HOMEOPATÍA

Práctica médica que utiliza mínimas dosis de extractos de plantas y minerales especialmente preparados para estimular las defensas naturales del organismo y los procesos de autocuración, con objeto de tratar la enfermedad.

HONORARIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS

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

Se incluyen los del médico cirujano, los de sus ayudantes, anestelistas, 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.

HOSPITALIZACIÓN DE CARÁCTER SOCIOFAMILIAR

Es la asistencia no derivada de patologías médicas objetivas y, por lo tanto, no susceptibles de ingreso en un centro hospitalario, a juicio del médico de DKV Seguros.

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.

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 antígeno-específicos, las terapias con citoquinas y las vacunas.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Toda operación con fines diagnósticos o terapéuticos, realizada mediante incisión u otra vía de abordaje interno, efectuada por un cirujano o equipo quirúrgico que, normalmente, requiere la utilización de un quirófano en un centro sanitario autorizado.

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 trasplantes de células madre y la ingeniería de tejidos.

MÉDICO

Licenciado o Doctor en Medicina, legalmente capacitado y autorizado para tratar médica o quirúrgicamente la enfermedad o lesión que padezca el asegurado durante la vigencia de la póliza.

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

PERIODO DE CARENANCIA

Es el intervalo de tiempo, contado a partir de la fecha de efecto del seguro, durante el cual no son efectivas algunas de las coberturas incluidas dentro de las garantías de la póliza.

PÓLIZA

Es el contrato de seguro. Documento escrito 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 médica (por ejemplo, embarazo o gestación) o alteración de la salud que existe con anterioridad al momento de la contratación o alta en el seguro y que normalmente es percibida por signos o síntomas, independientemente de que exista un diagnóstico médico.

PRIMA

Es el precio del seguro.

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 psíquico, por indicación o prescripción de un psiquiatra.

Q

QUIROMASAJE O QUIROPRAXIS

Manipulaciones de la columna vertebral, de los tejidos blandos y del sistema músculo-esquelético realizadas con fines terapéuticos por un médico experto o fisioterapeuta, en un centro idóneo para tal fin.

R

“RED DKV DE SERVICIOS SANITARIOS”

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

REHABILITACIÓN

Todos aquellos actos prescritos por un médico traumatólogo, neurólogo, reumatólogo o rehabilitador y realizados por un médico rehabilitador o por un fisioterapeuta en un centro específico de rehabilitación, destinados 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.

REPRODUCCIÓN ASISTIDA

El conjunto de técnicas desarrolladas para resolver los problemas reproductivos de las parejas estériles o infértiles.

S

SINIESTRO

Todo hecho cuyas consecuencias estén cubiertas, total o parcialmente, por alguna de las garantías de la póliza.

Se considera que constituye un solo y único siniestro el conjunto de servicios derivados de una misma causa.

SOBREPRIMA

Cantidad adicional o prima complementaria que se abona por la cobertura de un riesgo excluido en las Condiciones Generales.

SOLICITUD DE SEGURO

El cuestionario, facilitado por el asegurador, 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.

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.

TARJETA SANITARIA

Documento propiedad de DKV Seguros que se entrega a cada asegurado incluido en la póliza y cuyo uso, personal e intransferible, es necesario para acceder a los servicios de la “Red DKV de Servicios Sanitarios”.

TERAPIA GÉNICA O GENÉTICA

Es el proceso que permite el tratamiento de las enfermedades hereditarias, del cáncer, las infecciones y otras enfermedades, mediante la modificación del genoma celular.

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

TERAPIAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS

Conjunto diverso de sistemas terapéuticos y prácticas médicas que no se consideran actualmente parte de la medicina alopática convencional.

TOMADOR DEL SEGURO

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

U

UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES

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

UNIDAD DEL DOLOR

Servicio médico especializado en el tratamiento del dolor crónico.

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 y modalidades que figuran en la descripción de las coberturas de la póliza, previo cobro de la prima correspondiente.

Los avances diagnósticos y terapéuticos que se vayan produciendo en la ciencia médica, en el periodo de cobertura de este seguro, podrán pasar a formar parte de las coberturas de esta póliza siempre que los estudios de validación de su efectividad sean ratificados por las Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias dependientes de los Servicios de Salud de las CC.AA. o del Ministerio de Sanidad y Consumo, mediante un informe positivo.

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 Top Health[®]" 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 Medi-Card[®] 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” o en la “Red DKV de Servicios Bucodentales”.

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.

3.3 ÁMBITO TERRITORIAL

En la Modalidad Asistencial de Medios Propios, la asistencia médico-quirúrgica y hospitalaria se extiende a todo el territorio nacional.

En la Modalidad Asistencial de Medios Ajenos, podrán prestar la asistencia médico-quirúrgica y hospitalaria facultativos o centros de cualquier parte del mundo, siempre que el domicilio de residencia habitual del asegurado se encuentre en España durante, al menos, seis meses (183 días) al año.

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

3.4 ACCESO A LAS COBERTURAS

NORMATIVA ESPECÍFICA 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 Medi-Card® como elemento identificativo para cada beneficiario y un ejemplar de la “Red DKV de Servicios Sanitarios”, que incluye la “Red DKV de Servicios Bucodentales”, 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, sesiones de psicoterapia y/o psicología clínica, 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 Medi-Card®.

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

DKV Seguros emitirá las correspondientes autorizaciones con la prescripción escrita del médico y tras las oportunas comprobaciones administrativas, salvo que entendiéndose 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 por medio fehaciente 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, el asegurador 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.

f) Las autorizaciones se pueden solicitar por teléfono, en el Centro de Atención Telefónica (902 499 499), por fax (902 499 000), 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.

> "DKV Top Health®" reembolsa, salvo pacto en contrario, el 100% del importe total de las facturas producidas en España y en el extranjero, salvo en Odontología, en que reembolsa el 80%, y en Psicoterapia, en que reembolsa el 100%, el 80% o el 70% según el número de consultas realizadas.

Asimismo, en las Condiciones Generales y/o Particulares, se establecen límites y/o franquicias para algunas especialidades y/o servicios concretos (ver apartado 4 "Descripción de las coberturas").

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

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

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

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

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

3.5 CLÁUSULA DE SUBROGACION

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 las personas 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.

Este derecho de subrogación no podrá ejercerse contra el cónyuge del asegurado ni contra otros familiares hasta el tercer grado civil de consanguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo, que convivan con el asegurado.

4.

DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

Las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios a los que da derecho este contrato son las siguientes:

4.1 ASISTENCIA PRIMARIA

Medicina General: asistencia médica en consulta y en domicilio e indicación y prescripción de las pruebas y medios diagnósticos básicos. Incluye los análisis clínicos (excluidas pruebas hormonales e inmunológicas) y la radiología simple convencional.

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

Se aplican los mismos criterios citados en Medicina General.

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 todos los traslados terrestres dentro del término municipal y fuera de éste, desde el lugar en el que se encuentre el asegurado hasta el hospital y viceversa, siempre y cuando concurren especiales circunstancias de imposibilidad física que impidan la utilización de los servicios ordinarios de transporte (servicios públicos, taxi o vehículo particular).

También se incluyen los traslados en incubadora y los traslados en helicóptero de salvamento al hospital.

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: incluye el coste de las vacunas y de los extractos, en procesos alérgicos.

Anestesiología y Reanimación: incluida la anestesia epidural.

Angiología y Cirugía Vascolar.

Aparato Digestivo.

Cardiología y Aparato Circulatorio: incluye la rehabilitación cardiaca tras infarto agudo de miocardio.

Cirugía Cardiovascular.

Cirugía General y Digestiva.

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 con fines estéticos, salvo la reconstrucción de mama tras cirugía radical, que incluirá en su caso la prótesis mamaria.

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

Cirugía Vascolar 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.

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 diagnóstico de la infertilidad y esterilidad y las técnicas de reproducción asistida.

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.

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.

Odontoestomatología: se incluyen todos los servicios odontológicos salvo los que se produzcan por causas estéticas (ver apartado 4.8 “Coberturas especiales”).

Oftalmología: incluye los tratamientos con láser, los trasplantes de córnea y la cirugía de los defectos de refracción visual (miopía, hipermetropía y astigmatismo) (ver apartado 4.8 “Coberturas especiales”).

Oncología.

Otorrinolaringología: incluye la cirugía de los cornetes nasales o turbinoplastia por radiofrecuencia, y el uso del láser en quirófano.

Proctología: incluye el uso del 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 y realizado en centro idóneo para tal fin.

Reumatología.

Traumatología: incluye cirugía artroscópica, nucleotomía percutánea y quimionucleosis.

Urología: incluye la rehabilitación del suelo pélvico por incontinencia urinaria, la hipertermia prostática, 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.

Análisis Clínicos. Anatomía Patológica y Citopatología.

Radiodiagnóstico: incluye las técnicas habituales de diagnóstico por la imagen como radiología general, tomografía axial computerizada (TAC), resonancia nuclear magnética (RNM) y densitometría ósea.

Endoscopias: digestivas, diagnósticas y/o terapéuticas.

Fibrobronoscopias: diagnósticas y/o terapéuticas.

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

Neurofisiología: electroencefalograma, electromiograma, etc.

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

Radiología intervencionista o invasora vascular y visceral.

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

Tomografía por Emisión de Positrones (PET): en diagnóstico oncológico, según protocolos de práctica clínica comúnmente aceptados.

4.5 MÉTODOS TERAPÉUTICOS

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

La medicación quedará incluida en todos los casos.

Analgesias y tratamientos del dolor: quedan cubiertos los tratamientos realizados por unidades especializadas en estas técnicas, incluyendo la medicación.

Radioterapia: incluye acelerador lineal de partículas, cobaltoterapia, isótopos radioactivos y radioneurocirugía esterotáxica.

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 de internado para el tratamiento de las insuficiencias renales.

Podología: tratamientos de quiropodia.

Trasplantes: quedan incluidos los trasplantes de todo tipo de órganos, (ver apartado 4.8 “Coberturas especiales”).

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.

Fisioterapia: será necesaria la prescripción escrita de un médico rehabilitador, traumatólogo, reumatólogo o neurólogo y se efectuará por diplomados en Fisioterapia, en un centro idóneo de rehabilitación.

Laserterapia y magnetoterapia, como técnicas de rehabilitación.

Litotricia renal y vesicular.

Logopedia y foniatría: tratamiento de las alteraciones de la voz causadas por afecciones de origen orgánico.

Quimioterapia oncológica: se facilitarán los tratamientos antitumorales 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 citostáticos que se expenden en el mercado nacional, siempre que estén debidamente autorizados por el Ministerio de Sanidad, incluyendo las instilaciones endovesicales y la Inmunoterapia.

4.6 ASISTENCIA HOSPITALARIA

La asistencia hospitalaria se realizará en clínicas 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 litotricia renal y vesicular.
- › 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 y vasectomía.
- › La radioneurocirugía esterotáxica.
- › La cirugía artroscópica.
- › La cirugía de cornetes o turbinoplastia por radiofrecuencia.
- › El láser quirúrgico en Oftalmología, Proctología, Ciurgia Vascular Periférica y Otorrinolaringología.
- › La nucleotomía percutánea y la quimionucleosis.
- › 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 y medicamentos.

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

1. Hospitalización médica (sin intervención quirúrgica).
Incluye las distintas especialidades médicas para el diagnóstico y/o tratamiento de las patologías médicas susceptibles de ingreso, en personas mayores de 14 años.

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

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

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

5. Hospitalización psiquiátrica. Incluye la asistencia del médico psiquiatra. Sólo se cubrirá en caso de brotes agudos. La estancia queda limitada a un periodo máximo de 90 días 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 días 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 Vigilancia Intensiva. Incluye la asistencia del médico intensivista.

7. Hospitalización por diálisis y riñón artificial. Incluye la asistencia médica del nefrólogo o el internista. Exclusivamente para el tratamiento de las insuficiencias renales agudas, durante los días necesarios.

4.7 COBERTURAS COMPLEMENTARIAS

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

1. Programa de Salud Infantil.

Comprende:

- > La gimnasia y la preparación psicoprofiláctica al parto, con clases prácticas y teóricas de Puericultura.
- > Los exámenes de salud al recién nacido, incluyendo pruebas de metabolopatías, audiometría, test de agudeza visual y ecografía neonatal.
- > La vacunación.
- > Los controles de salud en las edades claves del desarrollo infantil, durante los cuatro primeros años.

2. 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.

3. Programa de prevención del riesgo coronario.

Incluye:

- > Chequeo cardiológico básico anual, consistente en consulta de revisión, analítica básica de sangre y orina, radiografía de tórax y electrocardiograma.
- > Ecocardiograma y prueba de esfuerzo, en caso necesario.

4. 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.

5. 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.

6. 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.

Planificación Familiar. Incluye los siguientes servicios:

- > Implantación del DIU, incluyendo el coste del dispositivo
- > Ligadura de Trompas.
- > Vasectomía.

Prótesis quirúrgicas: los sustitutivos artificiales que suplen un órgano o complementan su función están incluidos en la cobertura de la póliza, sin límite de indemnización por asegurado y año.

Indemnización diaria por hospitalización. DKV Seguros indemniza con 50 euros por día, a partir del tercer día de ingreso hospitalario, y hasta un máximo de 1.500 euros por asegurado y año, siempre que se cumplan dos requisitos:

- > La hospitalización sea objeto de cobertura por el seguro.
- > Ninguno de los gastos derivados de la hospitalización haya sido a cargo de DKV Seguros.

4.8 COBERTURAS ESPECIALES

Balneario o estación balnearia. Previa prescripción escrita de un médico y de forma inmediata, tras estancia mínima de tres días en un centro hospitalario, quedará cubierto, a los efectos de tratamiento médico curativo o de convalecencia, el ingreso en un balneario con un límite máximo de estancia de 20 días al año.

Cirugía refractiva de los defectos de refracción visual. Queda cubierta la corrección quirúrgica mediante láser excímer o similar de la miopía, hipermetropía y astigmatismo. El límite máximo que DKV Seguros pagará por cada ojo intervenido será de 1.500 euros.

Medicamentos. Se incluye el reembolso del 100% del coste de los medicamentos, vendajes, medios curativos y auxiliares que hayan sido recetados por prescripción médica, adquiridos en farmacia y se administren con objeto terapéutico.

Asimismo se incluyen en este concepto las vacunas y los extractos en procesos alérgicos.

Quedan incluidos los fármacos detallados en el registro de medicamentos (Vademécum Internacional) y los medicamentos homeopáticos, excepto las especialidades publicitarias y los productos de baja utilidad terapéutica.

Medios auxiliares de cura. Previa prescripción médica, quedan cubiertos los vendajes, los cristales de gafas, las monturas de gafas hasta un importe de 80 euros (a partir de la edad de 15 años, deberán haber transcurrido más de dos años desde el último pago por este concepto).

El material ortopédico: plantillas para la corrección del pie, ayudas para andar, aparatos auditivos, calcetines de compresión, lentillas de contacto, tablillas de corrección, miembros artificiales, bandejas para estar tumbado o sentado, aparatos ortopédicos de apoyo del tronco, de los brazos y de las piernas. Quedan cubiertos también los zapatos ortopédicos a medida, de los cuales se abonará la parte de los gastos que supere los 60 euros (hasta la edad de 15 años, los 40 euros).

Los medios auxiliares especiales: sillas de ruedas, aparatos de oxígeno, aparatos de inhalación, aparatos para el tratamiento de la apnea del sueño, monitores de vigilancia para bebés, bombas de infusión, ayudas electrónicas para la lectura, bastón, aparato guía y perro guía para invidentes (incluyendo entrenamiento de orientación y movilidad).

Estos medios auxiliares requerirán autorización previa de DKV Seguros para su adquisición. DKV Seguros podrá prestarlos directamente al asegurado para su uso.

Asimismo, estarán cubiertos los gastos de reparación de los medios auxiliares, que serán reembolsables, excepto los de las suelas y tacones de zapatos ortopédicos a medida.

Odontología. En “DKV Top Health®” 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 cualquier parte del mundo y tendrá derecho al reembolso del 80% de los gastos reflejados en factura por la asistencia dental prestada.

Además, podrá acudir a la “Red DKV de Servicios Bucodentales” (Medios Propios), implantada en todo el territorio nacional y previa identificación con su tarjeta DKV Medi-Card® para recibir la prestación del servicio 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 de 9.000 euros.

Psicología Clínica. Se incluyen las consultas realizadas por psicólogos clínicos, hasta un límite máximo de 30 consultas por asegurado y año natural (suma de las realizadas en Medios Propios y Medios Ajenos), previa prescripción de un médico psiquiatra.

Psicoterapia. Las consultas y/o sesiones de la terapia serán dirigidas por un médico psiquiatra auxiliado, en su caso, por un psicólogo clínico y estarán sometidas a los siguientes límites en su reembolso: hasta 30 consultas, se reembolsará el 100% de la factura; a partir de la 31ª, el 80%; y de la consulta 61ª, el 70%.

Técnicas de Reproducción Asistida. Quedan cubiertas las técnicas de reproducción asistida durante el periodo de fertilidad de la mujer, para el tratamiento de los problemas de esterilidad o infertilidad de la pareja.

Se incluyen las técnicas de fertilización con arreglo a la ley de reproducción asistida.

Asimismo serán por cuenta de DKV Seguros, la criopreservación del semen durante el plazo que marca la legislación vigente, en aquellos casos de beneficiarios que vayan a someterse a tratamientos quirúrgicos y/o de quimioterapia o radioterapia.

Terapias Alternativas y Complementarias. En la cobertura del seguro “DKV Top Health®” se cubren exclusivamente las detalladas a continuación, siempre que sean prestadas por un médico, y con un reembolso del 100% hasta un importe máximo de 50 euros por consulta y/o sesión.

Además la fitoterapia, la acupuntura y el quiromasaje tendrán un límite anual por asegurado de 30 consultas y/o sesiones.

› Homeopatía: sin límite anual de consultas y/o sesiones.

- > Acupuntura: hasta un máximo de 30 consultas y/o sesiones por asegurado y año.
- > Fitoterapia: hasta un máximo de 30 consultas por asegurado y año.
- > Quiromasaje: hasta un máximo de 30 consultas y/o sesiones por asegurado y año.

Trasplantes. Se incluyen los trasplantes de todo tipo de órganos. La obtención y trasplante de los órganos se realizará conforme a lo establecido en la legislación sanitaria vigente. DKV Seguros asumirá los gastos de extracción, transporte y conservación del órgano a trasplantar.

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 90 días por viaje o desplazamiento y cuyas coberturas se detallan en el Anexo I de estas Condiciones Generales. Únicamente se accede a estas coberturas llamando al número de teléfono 00 34 91 379 04 34.

5.

COBERTURAS EXCLUIDAS

Quedan excluidos de la cobertura general de este seguro:

a) 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, siempre que sean anteriores a la fecha de inclusión de cada asegurado en la póliza, y fuesen conocidos por el tomador o asegurado y no se hubieran declarado.

Para las enfermedades no conocidas y anteriores a la contratación, se establece un plazo de indisputabilidad a partir de un año desde la formalización del contrato o la inclusión de nuevos asegurados.

b) Todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos cuya seguridad y eficacia clínicas no estén debidamente contrastadas científicamente o 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 metereológicos).

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 o en aguas bravas, 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, agresión, riña, 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).

Quedan asimismo excluidos 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 y la estética dental.

g) Las terapias alternativas y complementarias cuando no sean prestadas por un médico o no estén incluidas expresamente en el apartado 4.8 (“Coberturas especiales”) de estas Condiciones Generales, así como cualquier otro tratamiento de la medicina o especialidad no reconocida oficialmente, como las siguientes: el drenaje linfático, mesoterapia, gimnasia, hidroterapia, osteopatía, oxigenoterapia trifásica, presoterapia, ozonoterapia y otras prestaciones similares.

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

h) Las estancias, asistencias y tratamientos en centros no hospitalarios tales como hoteles, 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.

i) La Cirugía Robótica y la Tomografía por Emisión de Positrones (PET), salvo lo detallado en el apartado 4.4 “Medios de Diagnóstico”.

j) La Medicina Preventiva y los chequeos o reconocimientos médicos preventivos de carácter general, salvo lo detallado en los programas de prevención específicos incluidos en el apartado 4.7 (“Coberturas complementarias”) de las Condiciones Generales.

k) La interrupción voluntaria del embarazo y, la reducción embrionaria instrumental selectiva en cualquier supuesto, la subrogación gestacional o alquiler del útero, los gastos de donación de ovocitos y esperma, de congelación de embriones y la utilización de las técnicas de reproducción asistida en la prevención y tratamiento de enfermedades de origen genético o hereditario, o con cualquier otro fin que no sea el tratamiento de la infertilidad de la pareja.

l) Los medios auxiliares de cura, material ortopédico, material biológico, biomateriales, aparatos médicos y artículos sanitarios de necesidad (por ejemplo, almohadas eléctricas, aparatos de masaje, etc.) que no se incluyan específicamente en el apartado 4.8 (“Coberturas especiales”) de estas Condiciones Generales.

m) 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.

n) 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.

Se excluye además la psicoterapia de grupo o pareja, los tests psicológicos y psicométricos, la rehabilitación psicosocial o neuropsiquiátrica, la terapia educativa y la ocupacional.

o) La Medicina Regenerativa, Biológica, la Inmunoterapia o Terapia Biológica, la Terapia Génica o Genética, así como sus aplicaciones.

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.

p) 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.

q) Los productos farmacéuticos y/o medicamentos de baja utilidad terapéutica o los que no están incluidos en el registro de medicamentos (Vademécum Internacional) salvo la medicación homeopática.

Se excluyen además las especialidades publicitarias, la medicación fitoterápica, los productos nutritivos, reconfortantes, aguas minerales, productos cosméticos, productos para la higiene y cuidado corporal así como los aditivos del baño.

r) 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.

s) Los estudios para la determinación del mapa genético con fines predictivos o preventivos, y de cualquier otra técnica genética o molecular, medio diagnóstico y tratamiento mediante terapia génica con la exclusiva excepción de la obtención del cariotipo.

6.

PERIODOS DE CARENCIA

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

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

1. Las intervenciones quirúrgicas y la hospitalización, incluyendo las prótesis quirúrgicas, por cualquier motivo y naturaleza, que tendrán un periodo de carencia de seis meses, salvo en los casos de urgencia vital o accidente.
2. La asistencia de cualquier tipo de parto (incluido parto prematuro) o cesárea, cuyo periodo de carencia será de ocho meses.
3. La psicoterapia, las prótesis dentales y la ortopedia maxilar, que tendrán un periodo de carencia de ocho meses.

4. Los trasplantes, la corrección quirúrgica de la miopía, hipermetropía y astigmatismo con láser excímer o similar y las técnicas de reproducción asistida, que tendrán un periodo de carencia de doce meses.

Los periodos de carencia para acceder a estas prestaciones sanitarias se aplicarán tanto en la Modalidad Asistencial de Medios Propios "Red DKV de Servicios Sanitarios" como en la Modalidad Asistencial de Medios Ajenos a la misma.

7.

LAS PRESTACIONES SEGÚN LA MODALIDAD DE ASISTENCIA CONTRATADA

Las prestaciones sanitarias detalladas en el apartado 4 de estas Condiciones Generales podrán contratarse mediante un sistema franquiciado, en las cuantías que se establezcan en las Condiciones Particulares de esta póliza.

La franquicia no se aplicará si la prestación del servicio se realiza a través de la red asistencial concertada por DKV Seguros o “Red DKV de Servicios Sanitarios” (Modalidad Asistencial de Medios Propios).

Tampoco estarán sometidas al sistema de franquicias las prestaciones por hospitalización, con los honorarios médicos o quirúrgicos derivados de la misma, que se realicen en medios ajenos a la “Red DKV de Servicios Sanitarios”, que serán cubiertos totalmente por DKV Seguros en las condiciones establecidas en esta póliza.

7.1 FRANQUICIA

En la aplicación del régimen franquiciado se establece que:

a) La franquicia se aplicará individualmente a todos y cada uno de los miembros de la póliza.

b) La cuantía establecida como franquicia será la misma para todos y cada uno de los asegurados de la póliza.

c) Al vencimiento anual de la póliza, el tomador podrá modificar el régimen de franquicia, previa comunicación por escrito a DKV Seguros, con un mes de antelación.

d) La cuantía franquiciada en pólizas con fecha de efecto distinto al 1 de enero se establecerá proporcionalmente al número de meses que restasen por exceso al vencimiento anual de la póliza.

e) La cuantía establecida como franquicia afecta a la cantidad reembolsada.

f) Los gastos se asignarán al año natural en el que haya tenido lugar la prestación del tratamiento o la adquisición de los medicamentos, vendajes o medios auxiliares.

8.

BASES DEL CONTRATO

8.1 FORMALIZACIÓN DEL CONTRATO Y DURACIÓN DEL SEGURO

Este contrato ha sido concertado de acuerdo a las declaraciones efectuadas por el tomador del seguro y el asegurado en el cuestionario previo, que han motivado a DKV Seguros a aceptar el riesgo y le han servido 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 de 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 estará a 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 tácitamente por periodos anuales. Cualquiera de los contratantes puede oponerse a esta prórroga mediante notificación escrita dirigida al otro y efectuada con una antelación mínima de dos meses a la fecha de conclusión del año en curso.

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, 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 en el apartado 8.4 de este contrato.

8.2 OTRAS OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL TOMADOR O ASEGURADO

El tomador o, en su caso, el asegurado, deberá:

- a) Declarar a DKV Seguros con veracidad, diligencia y sin reserva mental todas las circunstancias por él conocidas, que puedan influir en la valoración del riesgo.
- b) Durante el curso del contrato comunicar a DKV Seguros, tan pronto como les sea posible, todas las circunstancias que, según el cuestionario que completó antes de la perfección del contrato, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por el asegurador en el momento de la suscripción del contrato, no la habría celebrado o lo habría hecho en condiciones más gravosas.
- c) Comunicar a DKV Seguros, tan pronto como sea posible, el cambio de profesión habitual o de domicilio del asegurado.
- d) Poner todos los medios a su alcance para alcanzar 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.

e) 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 misma o, en su caso, el documento de cobertura provisional.

DKV Seguros entregará también al tomador la tarjeta identificativa de cada asegurado incluido en la póliza y el 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.

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 perfección 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, el asegurador 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, el asegurador 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 pague 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 librados 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 la prima anual de acuerdo a los cálculos técnico-actuariales realizados, basados en las modificaciones de los costes asistenciales de los servicios y/o en las innovaciones tecnológicas médicas que sea necesario incorporar.

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 sexo de los asegurados. En algunos tramos se podrán establecer grupos de edad.

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

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

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

El tomador del seguro, recibida la comunicación de DKV Seguros relativa a la variación de la prima para la siguiente anualidad, 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 su voluntad de finalizar la relación contractual, al término de la misma.

8.5 PÉRDIDA DE DERECHOS Y RESCISIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

El asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada:

a) Si al completar el Cuestionario de Salud, el tomador o el asegurado no responden con veracidad y sin reserva mental, ya sea observando de manera consciente circunstancias relevantes, ya sea no observando la debida diligencia para proporcionar los datos que se le piden.

b) Si se ha producido un agravamiento del riesgo y el tomador o el asegurado no lo han comunicado previamente a DKV Seguros.

c) Si el siniestro se produce antes de que se haya pagado la prima inicial, salvo que se pacte expresamente lo contrario.

d) Si el siniestro se produce por mala fe del asegurado o del tomador o del beneficiario.

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

8.6 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 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.

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.

8.7 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.

8.8 IMPUESTOS Y RECARGOS

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

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 y en España, a partir del límite provincial de la residencia habitual del asegurado. En algunos casos, únicamente cubrirá las garantías o servicios en los viajes que el asegurado realice fuera de España, en cuyo caso la cláusula lo indicará expresamente.

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 habitual en España, residir habitualmente en él y su tiempo de permanencia fuera de dicha residencia habitual no exceder de los 90 días consecutivos por viaje o desplazamiento.

2. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

2.1 GARANTÍAS MÉDICAS

2.1.1 Costes médicos directos

2.1.1.1 Gastos médicos, farmacéuticos, quirúrgicos, de hospitalización y de ambulancia en el extranjero

El asegurador 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 de 12.000 euros.

2.1.1.2 Gastos odontológicos de urgencia

Si durante el viaje aparecen problemas odontológicos agudos como infecciones, dolores o traumas que requieren un tratamiento de urgencia, el asegurador se hará cargo de los gastos inherentes al citado tratamiento, hasta un máximo de 150 euros, siempre que el asegurado presente la factura correspondiente.

2.1.2 Costes indirectos

2.1.2.1 Prolongación de estancia en un hotel

Cuando sea aplicable la anterior garantía de pago de gastos médicos (2.1.1.1), el asegurador 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 30 euros por día y con un máximo de 300 euros.

2.1.2.2 Repatriación o traslado sanitario

En caso de que el asegurado sufra una enfermedad o accidente durante el viaje, el asegurador 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, el asegurador 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.

2.1.2.3 Repatriación de fallecidos y sus acompañantes

El asegurador 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 permitírsele su billete de regreso contratado, el asegurador 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, el asegurador pondrá a su disposición una persona para que viaje con ellos hasta el lugar de la inhumación o de su domicilio en España.

Si el asegurado fallecido hubiera viajado solo, el asegurador facilitará a un familiar un billete de ida y vuelta para acompañar el cadáver.

2.2 OTRAS GARANTÍAS

2.2.1 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, el asegurador 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.

2.2.2 Viaje de un acompañante

Cuando el asegurado se encuentre hospitalizado más de cinco días, el asegurador 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, el asegurador se hará cargo de los gastos de estancia del familiar en un hotel, con los justificantes oportunos, hasta 30 euros diarios y con un máximo de 300 euros.

2.2.3 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, el asegurador 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, en el caso de que el asegurado, una vez resuelta la situación que le obligó a regresar a su domicilio habitual, deseara reincorporarse a su punto de partida (lugar del viaje en el que se encontraba), el asegurador pondrá a su disposición un billete de las mismas características para tal efecto.

2.2.4 Envío de medicamentos

El asegurador 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.

2.2.5 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.

2.2.6 Ayuda en la búsqueda del equipaje

En caso de pérdida de equipaje, el asegurador 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.

2.2.7 Envío de documentos

Si el asegurado precisa algún documento olvidado, el asegurador hará todas las gestiones oportunas para hacérselo llegar hasta su lugar de destino.

2.2.8 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, el asegurador asumirá con 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 el asegurador, 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, el asegurador 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 el asegurador 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 al asegurador.

2.2.9 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.; el asegurador facilitará dicha información general si ésta se solicita mediante llamada telefónica o correo electrónico.

2.2.10 Transmisión de mensajes

El asegurador 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.

3. DELIMITACIONES DEL CONTRATO

3.1 EXCLUSIONES

3.1.1 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.

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 éste.

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.

4. DISPOSICIONES ADICIONALES

Las Condiciones Generales de la póliza de Asistencia Sanitaria son de aplicación, en tanto no se opongan a lo que las presentes disponen.

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, el asegurado será reembolsado a su regreso a España o, en caso de necesidad, en cuanto se encuentre en un país donde no concurren las anteriores circunstancias, de los gastos en que hubiera incurrido y se hallen garantizados, mediante la presentación de los correspondientes justificantes.

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 del asegurador.

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 al asegurador.

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.

El asegurador 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 el asegurador, de los servicios inherentes a las anteriores garantías, es indispensable que el asegurado solicite su intervención, desde el momento del suceso, al siguiente teléfono (puede hacerlo a cobro revertido): 00 34 91 379 04 34.

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 Anexo del contrato, que acepta mediante su firma y otorga expresamente su conformidad a las cláusulas limitativas y delimitativas incluidas en el mismo y, en especial, a las exclusiones de coberturas que se expresan 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.
El Consejero Delegado



DKV SEGUROS S.A.E.

902 499 499
dkvseguros@dkvseguros.com | www.dkvseguros.com

SEDE ZARAGOZA, 976 28 91 00
OFICINAS BARCELONA, 93 214 00 00
OFICINAS MADRID, 91 379 04 00

Colaboramos con:



Este impreso está realizado sobre papel reciclado. DKV Seguros colabora en la conservación del medio ambiente, uno de los factores determinantes para el mantenimiento de la salud de la población.