

**NOTA INFORMATIVA PREVIA
A LA CONTRATACIÓN
DEL SEGURO DE SALUD**

DKV

DKV INTEGRAL

Edición actualizada enero 2024



ÍNDICE

1.	Datos de la entidad aseguradora	3
2.	Nombre del producto	3
3.	Tipo de producto.....	3
4.	Cuestionario o declaración de salud.....	4
5.	Descripción de las garantías y opciones ofrecidas.....	4
5.1.	Asistencia primaria	4
5.2.	Urgencias.....	5
5.3.	Especialidades médicas y quirúrgicas	5
5.4.	Medios de diagnóstico.....	7
5.5.	Métodos terapéuticos.....	9
5.6.	Asistencia hospitalaria	13
5.7.	Coberturas complementarias	14
5.7.1.	Medicina Preventiva: Programas Específicos	14
5.7.2.	Psicología clínica	15
5.7.3.	Planificación familiar.....	15
5.7.4.	Prótesis quirúrgicas.....	15
5.7.5.	Indemnización compensatoria diaria por hospitalización.....	16
5.7.6.	Asistencia sanitaria por infección VIH/SIDA.....	16
5.8.	Asistencia en viajes.....	16
5.9.	Coberturas exclusivas de DKV Integral de modalidad individual	18
5.10.	Cobertura opcional reembolso: Ginecología y Pediatría	19
5.11.	Servicios de Salud digital.....	20
5.12.	Segunda opinión internacional.....	20
5.13.	Servicio bucodental	20
5.14.	DKV Club Salud y Bienestar	20
6.	Exclusiones de la cobertura	21
6.1.	Coberturas excluidas	21
6.2.	Exclusiones de la cobertura asistencia en viaje.....	24
6.3.	Exclusiones de la cobertura de dependencia grado 3 por accidente (exclusiva del seguro modalidad individual)	24
7.	Periodos de carencia y exclusión.....	25
8.	Forma de cobro de la prestación	25
9.	Condiciones, plazos y vencimientos de las primas.....	26
10.	Instancias de reclamación.....	27
11.	Legislación aplicable.....	27
12.	Régimen fiscal.....	27
13.	Para tomar contacto con DKV Seguros	28

DKV INTEGRAL

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

1. Datos de la entidad aseguradora

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

2. Nombre del producto

Seguro DKV Integral

3. Tipo de producto

DKV Integral es un **seguro de Asistencia Sanitaria**, que garantiza la prestación de la asistencia médico-quirúrgica y hospitalaria en España a través del cuadro médico de la modalidad contratada, “Red DKV de Servicios Sanitarios” o “Red DKV de servicios sanitarios Compact” (reducida) o “Advance” (ampliada) para toda clase de enfermedades o lesiones, y por embarazo, parto y puerperio, siempre que la referida asistencia esté comprendida en las especialidades y modalidades que figuran en la descripción de las coberturas de la póliza, previo pago de la prima y el copago que en su caso corresponda, a cargo del tomador. Existen cuatro modalidades de DKV Integral según el copago que asume el asegurado, de mayor a menor: **Completo, Plus, Classic y Élite (sin copago)**.

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

- **Seguro modalidad colectiva.** A efectos de la contratación, se considera que un seguro es de modalidad colectiva cuando incluye un número mínimo de personas unidas por un vínculo de pertenencia (documentalmente acreditable) a una entidad que tiene un propósito diferente a la contratación de un seguro. Estas personas, además, deben cumplir las condiciones legales de asegurabilidad. La cobertura se realiza mediante adhesión obligatoria (colectivo cerrado) o voluntaria (colectivos abiertos o cofinanciados) a unas condiciones de contratación y/o contrato único previamente acordado por DKV y el colectivo contratante.
- **Seguro modalidad Colectiva,** incluye la Asistencia médica primaria, las Urgencias, la Asistencia médica especializada y medios de diagnóstico y tratamiento ambulatorios, la Asistencia hospitalaria, las Coberturas complementarias, la Asistencia en viaje y el servicio dental franquiciado y el DKV Club Salud y Bienestar.
- **Seguro modalidad Individual,** además de las prestaciones/servicios referidos en la modalidad colectiva, **incluye unas coberturas exclusivas** propios de esta modalidad de contratación (Anexo II condiciones generales) y una **garantía opcional de reembolso de gastos en ginecología, obstetricia y pediatría.**

Para acceder a las coberturas de la póliza, DKV Seguros facilita al tomador del seguro, **Las condiciones generales y particulares, su(s) tarjeta(s) DKV MEDICARD® e información del cuadro médico o “Red DKV de Servicios Sanitarios” que le corresponda, según la modalidad de seguro contratada.**

El seguro se basa en la **libre elección de los médicos y centros hospitalarios del cuadro médico de DKV.** Son de libre acceso las consultas o teleconsultas de asistencia primaria y las de especialidades médico quirúrgicas, las consultas de urgencia y las pruebas diagnósticas básicas.

Requieren autorización previa los ingresos hospitalarios, cirugías, prótesis e implantes quirúrgicos, sesiones de psicoterapia, la cirugía podológica, programas o chequeos preventivos, traslados en ambulancia, la teleterapia virtual, los tratamientos médicos y las pruebas diagnósticas complejas que se detallan en la Red DKV de Servicios Sanitarios que le corresponda según la modalidad de seguro contratada.

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.

DKV Seguros no se hace responsable de los honorarios de facultativos ajenos a la Red DKV de Servicios Sanitarios que le corresponda, según la modalidad de seguro contratada, ni de los gastos de internamiento y de servicios que dichos profesionales pudieran ordenar, ni de los gastos de los servicios originados en centros no incluidos en la Red DKV de Servicios Sanitarios correspondiente a la modalidad de seguro contratada, cualquiera que sea el facultativo prescriptor o realizador de los mismos.

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

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

- **Los estudios de validación de su seguridad y coste - efectividad sean ratificados**, mediante un informe positivo, por las Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias dependientes de los Servicios de Salud de las CC.AA. o del Ministerio de Sanidad.
- **Queden incluidos expresamente en el apartado 4** “Descripción de las coberturas” de las condiciones generales. En cada renovación de esta póliza, DKV Seguros detallará las técnicas o tratamientos que pasan a formar parte de las coberturas de la póliza para el siguiente periodo.

4. Cuestionario o declaración de salud

El cuestionario o declaración de salud es un formulario de preguntas que el tomador del seguro y/o asegurado debe responder antes de la firma del contrato, que tiene por objeto determinar su estado de salud y conocer las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y en la contratación del seguro.

El tomador del seguro o, en su caso, el asegurado, **tiene el deber, antes de la contratación del seguro, de declarar al asegurador con veracidad, diligencia y sin ocultar nada**, de acuerdo con el cuestionario a que éste le someta, todas

las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

Asimismo, durante el curso del contrato deberá comunicar a DKV Seguros, tan pronto como le sea posible los cambios de domicilio, de profesión habitual, y el inicio de actividades de ocio o deportivas de riesgo elevado o extremo, que sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por DKV Seguros en el momento de la suscripción del contrato, no lo habría celebrado o lo habría hecho en condiciones distintas.

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

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

5. Descripción de las garantías y opciones ofrecidas

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

5.1. Asistencia primaria

- **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.
- **Medicina general**. En consultorio y a domicilio cuando el asegurado no pueda desplazarse por su estado de salud.
- **Radiología simple convencional** (sin contraste).
- **Enfermería (inyectables y curas)**. Se prestará por graduados de enfermería, previa petición escrita de un médico, en el consultorio y en el domicilio.
- **Chequeo cardiológico básico anual** (consulta, revisión, analítica básica de sangre y orina, radiografía de tórax y electrocardiograma).

- **Ambulancias.** Comprende el transporte terrestre para internamiento en centros hospitalarios de la “Red DKV de Servicios Sanitarios” en casos de urgencia, incluyéndose además el traslado con incubadora y del hospital al domicilio cuando haya imposibilidad física para desplazarse con los medios ordinarios de transporte (servicios públicos, taxi o vehículo particular). Es necesaria la prescripción escrita de un médico.
- **Pediatría y puericultura.** Hasta los catorce años inclusive, en consultorio y en el domicilio, siempre y cuando no pueda desplazarse por su estado de salud. Quedan incluidos los análisis clínicos básicos de sangre y orina, y la radiología simple convencional (sin contraste).
- **Análisis clínicos básicos de sangre y orina** (excluidas las pruebas hormonales, inmunológicas, genéticas y biológico moleculares).
- **Ecografía abdominal,** para visualizar los órganos internos del abdomen, y examinar los vasos sanguíneos como la vena cava inferior y la aorta.

5.2. Urgencias

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

5.3. Especialidades médicas y quirúrgicas

- **Alergia e inmunología:** las vacunas serán a cargo del asegurado.
- **Anestesiología y reanimación:** incluida la anestesia epidural.
- **Angiología y cirugía vascular.**
- **Aparato digestivo.**
- **Cardiología y aparato circulatorio:** incluye la rehabilitación cardíaca tras infarto agudo de miocardio.
- **Cirugía cardiovascular.**
- **Cirugía general y digestiva.** Incluida la cirugía de la obesidad mórbida (si IMC > 40).
- **Cirugía oral y maxilofacial.**

- **Cirugía pediátrica.**
- **Cirugía plástica y reparadora.** Está excluida la cirugía con fines estéticos, excepto en tres indicaciones:
 1. **Reconstrucción oncoplástica tras cirugía radical de la mama,** que incluirá, en su caso, **la cirugía de simetrización de la mama contralateral sana,** las prótesis mamarias, los expansores de piel y mallas de recubrimiento mamario (**límite máximo dos años después de la cirugía oncológica**).
 2. **Reconstrucción postmastectomía terapéutica de la mama contralateral sana,** en mujeres operadas de cáncer de mama, portadoras de las mutaciones en los genes BRCA 1 y 2. **Se excluye esta cirugía en mujeres no afectas de cáncer de mama.**
 3. **Mamoplastia de reducción en mujeres mayores de 18 años con gigantomastia** (más de 1500 gramos o ml. de volumen en cada mama): una distancia del pezón a la horquilla esternal de más de 32 cm, extirpación mínima 1000 gr por mama, y un **índice de masa corporal igual o menor a 30.**
- **Cirugía torácica:** incluida la simpatectomía por hiperhidrosis (tratamiento de la sudoración excesiva).
- **Cirugía vascular periférica:** incluye las técnicas quirúrgicas y la ablación endovascular por láser o por radiofrecuencia de las varices de grado C3 o superior, según clasificación clínica de la CEAP (clasificación internacional de la enfermedad venosa crónica). Se excluye expresamente la cirugía de fin estético, y de las de varices grado C2, C1 y C0 de la CEAP (art. 4.3. y 5.f.).
- **Dermatología médico-quirúrgica.** Incluye la fototerapia ambulatoria con radiación ultravioleta B de banda estrecha (UVB-BE) en las indicaciones señaladas en el apartado 4.5 (“Métodos terapéuticos”) de las condiciones generales.
- **Endocrinología y nutrición.**
- **Geriatría**
- **Ginecología:** quedan cubiertas la revisión ginecológica anual, la planificación familiar, el uso del láser quirúrgico (CO2, Erbio y diodo) y el diagnóstico de la infertilidad y esterilidad, que incluye la evaluación de la reserva ovárica mediante la hormona antimülleriana. Además incluye **la mastectomía terapéutica de la mama contralateral sana en mujeres operadas previamente de cáncer de mama, portadoras de las mutaciones en los genes BRCA 1 y 2.**

- **Tratamientos de reproducción asistida:** no están cubiertos, y serán a cargo del asegurado (ver apartado 5.15 “Nota informativa previa” y punto 3.4.1. “DKV Club Salud y Bienestar” condiciones generales).
- **Hematología y hemoterapia.**
- **Matrona.** Graduado en enfermería especializado en la asistencia al parto
- **Medicina interna.**
- **Medicina Nuclear.**
- **Nefrología.**
- **Neonatología.**
- **Neumología-aparato respiratorio (SHOS).** Incluye la rehabilitación respiratoria **en niños menores de 10 años, con un límite máximo anual de 10 sesiones, y a partir de los 10 años y en los adultos, con un límite de 3 sesiones/año**, en casos de enfermedades pulmonares obstructivas crónicas y en secuelas de la COVID-19. Asimismo queda cubierta la **terapia domiciliaria con CPAP /BiPAP** en el Sdm. de apnea-hipopnea obstructiva del sueño, hasta un límite máximo anual de 20 sesiones cuando el índice de apneas por hora es superior a 30.
- **Neurocirugía.**
- **Neurología.**
- **Obstetricia:** comprende la vigilancia del embarazo y la asistencia al parto.
 1. Pruebas diagnóstico prenatal: el triple screening bioquímico, el test combinado del primer trimestre (EBA screening), la amniocentesis o la biopsia de corion con el cariotipo cromosómico ,para el diagnóstico de anomalías fetales.
 2. Test genético de cribado prenatal en sangre materna. En embarazos de alto riesgo por gestación múltiple, antecedentes de abortos repetidos idiopáticos, y test combinado primer trimestre es positivo (riesgo superior a 1/250).
 3. Test no invasivo de madurez pulmonar fetal del tercer trimestre en sustitución de la amniocentesis, para prevenir el distrés respiratorio del recién nacido cuando hay riesgo de parto prematuro o una cesárea electiva antes de la semana 37.
- **Odontología:** se incluyen las consultas, las extracciones, las curas estomatológicas, las limpiezas de boca y la radiología dental asociada. Además, hasta los 14 años, quedan cubiertos los selladores de fisuras y las obturaciones (empastes). El resto de tratamientos dentales están excluidos y se prestarán, con la participación del asegurado en su coste, mediante el pago de una franquicia a través del Servicio Bucodental.
- **Oftalmología:** incluye la técnica de Cross-linking en el queratocono, los trasplantes de córnea y el uso del láser quirúrgico, excepto para la corrección de los defectos de refracción visual (miopía, hipermetropía y astigmatismo) y de la presbicia que será a cargo del asegurado (ver apartado “DKV Club Salud y Bienestar” condiciones generales).
- **Oncología.** Incluye la técnica molecular intraoperatoria de análisis del ganglio centinela (OSNA) en el cáncer de mama localizado en estadio temprano.
- **Otorrinolaringología:** incluye la adenoamigdaloplastia, la cirugía de los cornetes nasales o turbinoplastia, la ablación de la patología rinosinusal por radiofrecuencia, y el uso del láser en quirófano. Se excluye expresamente el uso de la tecnología de radiofrecuencia en otras indicaciones, así como el láser y la radiofrecuencia en la cirugía de la apnea obstructiva del sueño o uvulopalatofaringoplastia (cirugía del roncadador).
- **Proctología:** incluye el uso de láser quirúrgico para el tratamiento de la patología rectal y hemorroidal, y la **rehabilitación del suelo pélvico en casos de defecación disinérgica o incontinencia anal refractarios al tratamiento** (síndrome anorrectal), previa prescripción médica del digestivo, hasta un límite máximo anual de 10 sesiones por asegurado.
- **Psiquiatría.**
- **Rehabilitación:** Conjunto de terapias físicas prescritas por un médico traumatólogo, neurólogo, reumatólogo o rehabilitador, dirigidas por un médico poseedor del título de la especialidad, y realizadas por un fisioterapeuta en régimen ambulatorio en un centro específico de rehabilitación, destinadas a restituir las funciones recuperables del aparato locomotor lesionadas por una enfermedad o accidente originado durante la vigencia de la póliza.
- **Rehabilitación** neurológica para el daño cerebral adquirido severo: rehabilitación motora específica se incluye sólo en régimen ambulatorio, hasta un límite máximo de 60 sesiones durante la vigencia de la póliza y/o vida del

asegurado, en centros de referencia a nivel nacional, con un servicio de rehabilitación idóneo, para el tratamiento de las indicaciones detalladas a continuación: ictus, anoxia o hipoxia, meningitis, encefalitis, traumatismos craneoencefálicos en accidentes cubiertos por el seguro, cirugía de tumores cerebrales o radiocirugía para su eliminación.

- En ambos casos se considera un centro específico de rehabilitación, aquel que está habilitado para ejercer su actividad sanitaria mediante la correspondiente autorización administrativa y esté inscrito en el registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Comunidad Autónoma respectiva.
- **Reumatología.**
- **Traumatología:** incluye cirugía artroscópica, nucleotomía percutánea y quimionucleosis.
- **Teleterapia ocupacional.** La terapia ocupacional es una profesión sanitaria cuya función principal es dotar a la persona que presenta alteraciones físicas o sensoriales de mayor autonomía y mejorar su calidad de vida, empleando para ello la ocupación como medio de rehabilitación. En la modalidad de teleterapia ocupacional las sesiones son prestadas de forma virtual, no presencial.
- **Urología:** incluye el uso del láser quirúrgico de holmio en la patología endourológica litiasica, estenótica o tumoral y del láser verde (KTP y HPS) de diodo, holmio o tulio para el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata en centros de referencia nacional; la rehabilitación del suelo pélvico por incontinencia urinaria, la vasectomía, así como el estudio y diagnóstico de la infertilidad y esterilidad masculina.

5.4. Medios de diagnóstico

Deben ser prescritos por un médico de la Red DKV de Servicios Sanitarios (cuadro médico) correspondiente a la modalidad de seguro contratada, e indicar el motivo de la exploración. Quedan incluidos los medios de contraste.

- **Análisis clínicos, anatomía patológica y citopatología.**
- **Analíticas en el domicilio:** Incluye la extracción de sangre en el domicilio del asegurado, exclusivamente a través de la red concertada (MM PP), previa prescripción de un médico y con la autorización de la compañía, siempre y cuando se acredite mediante informe médico:

- a. Un estado de dependencia asimilable a un grado 3 (gran dependencia); sin límite de extracciones cuando hay una incapacidad absoluta del asegurado para desplazarse al exterior.
- b. Un estado de dependencia asimilable a un grado 2 (dependencia severa) caracterizado por la dificultad de desplazarse al exterior del domicilio sin apoyo continuo o supervisión de un tercero. En este caso se establece un límite máximo de 2 extracciones por asegurado y año natural.

- **Radiodiagnóstico:** incluye radiología general, tomografía axial computerizada (TAC), resonancia nuclear magnética (RNM) y densitometría ósea.
- **Endoscopias:** digestivas, diagnósticas y/o terapéuticas.
- **Cápsula endoscópica:** se incluye para el diagnóstico de la hemorragia y/o sangrado intestinal de origen desconocido u oculto.
- **Fibrobronoscopias:** diagnósticas y/o terapéuticas.
- **Diagnóstico cardiológico:** electrocardiograma, pruebas de esfuerzo, ecocardiograma, holter, doppler y hemodinámica. Incluye, además, la **tomografía coronaria multicorte (TC 64)** tras infarto agudo de miocardio y en operados de patologías cardíacas; la **espectrografía cardíaca o SPECT de perfusión miocárdica esfuerzo-estático**, para evaluar la perfusión coronaria en la cardiopatía isquémica; y la función ventricular en la insuficiencia cardíaca y las miocardiopatías.

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

- **Neurofisiología:** electroencefalograma, 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.

- **Alta tecnología diagnóstica:** En la Red DKV de Servicios Sanitarios que le corresponda, se facilitará en centros de referencia nacional. Incluye:
 - a. **Incluye la angiotomografía computerizada (AngioTC) multicorte** y angiorresonancia (AngioRM) para el diagnóstico de la patología vascular arterial y venosa cerebral y abdominal, el seguimiento y control de la integridad de las prótesis vasculares, evaluación de las dilataciones arteriales o aneurismas, las malformaciones vasculares y coartaciones independientemente de su localización
 - b. La **artrografía por resonancia magnética (ArthroRM)** en patología osteocondral y tendinosa de difícil diagnóstico, la colangiografía por resonancia magnética (CRM) y la colangio-pancreatografía por resonancia magnética (CPRM) para la exclusión de la coledocolitiasis en colecistectomizados, y de la patología oncológica en vías biliares y pancreáticas.
 - c. **Urografía por tomografía computada multicorte (UroTC):** En el estudio de anomalías congénitas, en cólico nefrítico o renoureteral cuando las pruebas radiológicas no son concluyentes, en la cirugía radical del tracto urinario, y cuando esté contraindicada la urografía intravenosa (UIV) o la ureterorenoscopia.
 - d. **Queda incluida la tomografía por emisión de positrones (PET)**, sola o combinada con la tomografía computerizada (PET-TC) o con la resonancia magnética (PET-RM), **en procesos cancerígenos, siempre y cuando la indicación clínica solicitada esté autorizada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) en la ficha técnica del radiofármaco 18Flúor-Fluorodesoxiglucosa (18F-FDG)** empleado habitualmente para realizarlas. Asimismo, queda cubierta en otras indicaciones no oncológicas, siempre que estén recogidas en la ficha técnica del radiofármaco. **También se incluye el PET con galio en tumores neuroendocrinos gastroenteropancreáticos.**
 - e. **La tomografía de fotón único (Espectrografía - SPECT)**, la gammagrafía y la espectroscopia por RM o RMN de alta resolución o campo (3 teslas): en diagnóstico oncológico y/o epilepsia refractaria que no responda al tratamiento médico, según protocolos de práctica clínica comúnmente aceptados.
 - f. **Pruebas genéticas y de biología molecular:** quedan cubiertas con la prescripción de un médico, siempre que tengan repercusión en el tratamiento de una enfermedad en curso, o sean necesarias para la obtención de un **diagnóstico diferencial que no pueda confirmarse por otros medios, según los criterios establecidos por las agencias de evaluación (AETS).**

A este respecto, las únicas excepciones serían:

1. **El Test genético de la intolerancia al gluten o celiaquía (HLA-DQ2/ DQ8) en niños** sintomáticos con serología alterada hasta los 16 años, y en adultos que la endoscopia o biopsia esté contraindicada o no sea concluyente.
 2. **La Plataforma genómica pronóstico-predictiva del cáncer de mama en estadio temprano**, que estima el riesgo estadístico de recurrencia del tumor y la respuesta a la quimioterapia tras la cirugía. **Se cubre exclusivamente la plataforma genómica concertada por la entidad**, en la Red DKV de Servicios Sanitaria que le corresponda, según modalidad de seguro contratada, **cuando se cumplan los criterios de inclusión siguientes (todos son precisos):** mujer <75 años, operada hace menos de 8 semanas, tumor > 0,5 cm en estadio T1-T2, N0 M0, receptores hormonales positivos, HER2 negativo. En caso de ganglios patológicos (N1mic) se cubre si micrometástasis < 2mm y no más de 3 ganglios afectados.
 3. **El test genético del cáncer hereditario de mama (BRCA1 Y BRCA2) en mujeres diagnosticadas de cáncer de mama u ovario.** Incluido cuando se cumplen dos criterios; a) Acúmulo de casos (2 o más) en familiares de 1º y 2º grado, b) Al menos un caso de cáncer de mama es en < 50 años (de ovario a cualquier edad) o es bilateral.
- g. La **ecobroncoscopia (EBUS) o ecografía endobronquial** en el diagnóstico de patología oncológica adyacente al árbol bronquial (en pulmón y mediastino) no accesible por otros medios, y en caso necesario su biopsia.
 - h. La **ecoendoscopia digestiva (USE) sectorial o radial** en la evaluación de lesiones submucosas, localización de tumores neuroendocrinos, e identificación y estadificación del cáncer digestivo y biliopancreático, así como de su recidiva extraluminal.
 - i. **Tomosíntesis mamaria (mamografía 3D):** en mastopatía fibroquística y diagnóstico precoz oncológico en mamas densas, evitando biopsias innecesarias.
 - j. **Ecografía tridimensional del embarazo (3D-4D).** Con la prescripción del ginecólogo. **Máximo una exploración por asegurada y año**
 - k. **Espectrografía o Spect de perfusión cerebral y de transportadores presinápticos de dopamina (DaTscan)** para el diagnóstico diferencial del Parkinson con otros trastornos del movimiento.

- l. **Enterografía por resonancia magnética (enteroRM)** en patología obstructiva o inflamatoria intestinal (E.Crohn), y **Enterografía por Tomografía computerizada (enteroTC)** en hemorragia oculta del intestino delgado.
- m. **Resonancia magnética multiparamétrica (RMmp)** para el diagnóstico precoz del carcinoma de próstata oculto, cubierta cuando:
1. Riesgo clínico es elevado, y se cumplan al menos dos de estos criterios:
 - a. Elevación persistente en sangre durante más de 3 meses del antígeno prostático específico (PSA entre 4-10 ng/ml) con ecografía transrectal de cribado negativa o no concluyente.
 - b. Un cociente PSA (libre/total) inferior al 20%.
 - c. Un tacto rectal de la superficie prostática sospechoso. Se valora su tamaño, dureza, consistencia y los cambios con respecto al patrón de normalidad.
 2. Estadificación local del carcinoma de próstata.
 3. Vigilancia activa o planificación terapias focales.
 4. Sospecha de recidiva tras tratamiento oncológico.
- n. **Elastografía de transición hepática (fibroscan).** **Máximo una exploración por asegurado y año.** Para el diagnóstico de la fibrosis hepática, en la cirrosis, en las hepatitis vírica (B y C) cronicada y en las enfermedades colestásicas crónicas. **Se excluye en el síndrome metabólico (esteatosis) y en la enfermedad hepática alcohólica.**
- o. **Mamografía digital con contraste de alta resolución:** prueba de imagen funcional que permite mejorar el diagnóstico del carcinoma de mama cuando haya alta sospecha de lesión tumoral (clasificación BI-RADS) o discordancia entre imágenes; en las recaídas tras cirugía (revisiones postquirúrgicas); para evaluar la extensión del tumor, la respuesta al tratamiento de quimioterapia neoadyuvante o la planificación quirúrgica; así como en sustitución de la resonancia mamaria, cuando esta esté contraindicada. **Está excluido su empleo como prueba de cribado preventivo o screening.**

5.5. Métodos terapéuticos

- **Aerosolterapia, Oxigenoterapia y Ventiloterapia,** en patología pulmonar en régimen de hospitalización y en el domicilio (la medicación será a cargo del asegurado).
- **Analgesias y tratamientos del dolor:** realizados por unidades especializadas en estas técnicas (la medicación será a cargo del asegurado), con las limitaciones en cuanto a la cobertura de la medicación en régimen ambulatorio, que se establecen en estas condiciones generales (ver apartado 5.x. “Coberturas excluidas”).
- **Fototerapia ultravioleta B de banda estrecha (UVB-BE):** en centros de referencia de la “Red DKV de Servicios Sanitarios” a nivel nacional, para el tratamiento de la psoriasis extensa (más del 20% de la superficie corporal afectada) y las dermatosis inflamatorias crónicas pruriginosas idiopáticas de gran extensión (tronco y extremidades), cuando no haya sido efectivo el tratamiento farmacológico, **hasta un límite máximo anual de 35 sesiones /asegurado.**
- **Terapia domiciliaria del Síndrome de Apnea-Hipopnea Obstructiva del Sueño (SAHOS) severo:** mediante dispositivos mecánicos generadores de aire a presión (CPAP o BiPAP) en las vías aéreas superiores cuando el índice de apnea-hipopnea por hora (IAH) sea superior a 30, **hasta un límite máximo de treinta sesiones por asegurado y año.**
- **Radioterapia:** para tratamiento oncológico incluye el acelerador lineal de electrones, la cobaltoterapia, la radioneurocirugía estereotáxica intracraneal, la radioterapia de intensidad modulada (IMRT), y los **isótopos radioactivos cuya utilidad diagnóstica o terapéutica esté avalada por la EMA (Agencia Europea del Medicamento).** Asimismo queda cubierta la **radioterapia intraoperatoria (RIO) en el tratamiento del cáncer de mama temprano (estadio I y II), en los sarcomas (pélvicos y abdominales) y en el adenocarcinoma de páncreas y colorrectal, y sus oligo-recurrencias.** También se incluye la radioterapia guiada por imágenes tridimensionales en tiempo real (IGRT) y la tomoterapia helicoidal (THel) **en los tumores pediátricos, de próstata localizados, pulmón, columna vertebral, cabeza y cuello.**
- **Radioterapia externa:** incluye el acelerador lineal de electrones, la cobaltoterapia, la radioneurocirugía estereotáxica intracraneal, la radioterapia de intensidad modulada (IMRT), y los isótopos radioactivos cuya utilidad diagnóstica o terapéutica esté avalada por la EMA (agencia

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

• **Radioterapia dinámica hipofraccionada adaptada a los movimientos respiratorios:**

- **Arcoterapia volumétrica modulada (VMAT):** tiene en cuenta los movimientos respiratorios para así poder proteger los órganos sanos vecinos.
- **Radioterapia estereotáxica fraccionada intracraneal (RTEF):** para tumores de rinofaringe, cercanos a estructuras delicadas, como pares craneales, arterias y venas y nervio óptico.
- **Radioterapia estereotáxica fraccionada extracraneal o corporal (Terapia SBRT) /o Arcoterapia volumétrica modulada guiada por imagen (VMAT- IGRT):** RT-6D
 - En nódulo pulmonar solitario inoperable, en estadio localizado (cáncer de pulmón no microcítico).
 - En el tratamiento de los carcinomas hepáticos y pancreáticos primarios inoperables. En metástasis hepáticas, de pulmón, vertebrales, y suprarrenales con contraindicación quirúrgica.

- **Protonterapia.** Con un periodo de carencia de 8 meses. Se incluye para el tratamiento de determinados tumores pediátricos seleccionados, en menores de 14 años. Queda cubierta en la “Red DKV de Servicios Sanitarios” concertada por la entidad en centros de referencia nacional, previa prescripción de un médico y la preceptiva autorización de DKV, en las indicaciones terapéuticas y con los criterios de inclusión siguientes:

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

1. Tumores cerebrales:
 - a) Indicada: en el tratamiento del meduloblastoma, ependimoma, tumores germinales y pinealomas, astrocitoma difuso, gliomas de bajo grado, oligodendroglioma anaplásico, tumor teratoide/rabdoide atípico, craneofaringiomas y tumores del plexo coroideo.
 - b) No indicada: en glioma difuso de protuberancia (DIPG) y en gliomas de alto grado (glioblastomas y astrocitomas anaplásicos).
2. Tumores oculares: para tratamiento del retinoblastoma, y del glioma del nervio óptico.
3. Sarcomas de partes blandas: parameningeos, orbitarios, de cabeza y cuello, torácicos (si próximos a

corazón o columna), abdominales (si próximos a hígado o riñón), pélvicos, y próximos a órganos de riesgo (médula, corazón).

4. Tumor de Ewing.
5. Neuroblastoma.

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

- Edad: menor de 14 años.
 - El tratamiento debe tener intención curativa.
 - El paciente debe tener un buen estado general (ECOG 0-1).
 - La expectativa de vida alcanza 5 años, sin comorbilidades que la limiten.
 - No debe haber evidencia de metástasis.
 - Tras valoración individual, debe haber una ventaja dosimétrica de la protonterapia con impacto clínico respecto a otras técnicas de radioterapia
 - Se valorarán especialmente:
 1. Los tumores en menores de 3 años.
 2. Los síndromes genéticos con riesgo elevado de toxicidad.
 - En caso de reirradiaciones deben tener intención radical, y tras valoración individual, la comparación dosimétrica debe ser favorable respecto a otras opciones, con beneficio clínico real.
- **Braquiterapia:** para el tratamiento del cáncer de próstata y ginecológico, genital y de mama.
 - **Diálisis y hemodiálisis:** para el tratamiento de las insuficiencias renales agudas (excluidas las afecciones crónicas).
 - **Terapia de Presión Negativa tópica (P.T.N.) o sistema de cierre asistido por vacío (V.A.C.):** Sólo queda cubierta en régimen de hospitalización para heridas de evolución tórpida que no cicatrizan en 6 semanas de evolución, y úlceras crónicas (arteriales, venosa, neuropáticas) que no reducen su tamaño en un 50% en un mes.
 - **Podología:** incluye las sesiones de quiropodía y la cirugía de la uña incarnada, y de los papilomas o verrugas plantares con un plazo de carencia de seis meses.
 - **Trasplantes: de córnea, corazón, hígado, médula ósea y riñón.** Incluye los gastos derivados de la implantación del

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

- **Injertos:** autoinjertos de piel y hueso, y los aloinjertos de hueso, tendones y ligamentos obtenidos de los bancos de huesos y tejidos.
- **Transfusiones de sangre y/o plasma, en régimen de hospitalización.** En régimen de hospitalización.
- **Terapia con plasma rico en plaquetas (PRP) o factores de crecimiento plaquetarios (PRGF)** en la cirugía reemplazo articular (artroplastia) y en el tratamiento quirúrgico de las fracturas que no consolidan (pseudoartrosis)
- **Fisioterapia:** se efectuará por diplomados en Fisioterapia, en un centro idóneo o específico de rehabilitación que cumpla los requisitos establecidos en el apartado 4.3 para los centros de rehabilitación y rehabilitación neurológica con la prescripción escrita de un médico rehabilitador, traumatólogo, reumatólogo o neurólogo para restituir las funciones recuperables del aparato locomotor, y la de un médico neurólogo cuando se solicite en las indicaciones clínicas detalladas en el artículo 4.3 (aptdo. “Rehabilitación neurológica para daño cerebral adquirido severo”).
- **Fisioterapia en el domicilio:** queda cubierta exclusivamente a través de la red concertada (MM PP) con un límite máximo de 20 sesiones por asegurado y año natural, tras una hospitalización (superior a 24 horas), con la prescripción de un médico y previa autorización de la compañía, con un informe médico indique el grado de dependencia:
 - a. Dependencia grado 3 (gran dependencia): con incapacidad absoluta del asegurado para desplazarse al exterior.
 - b. Dependencia grado 2 (dependencia severa): con dificultad para desplazarse al exterior sin apoyo continuo o supervisión de un tercero.
- **Laserterapia,** incluida como técnica de rehabilitación.
- **Litotricia renal y vesicular con ondas de choque extracorpóreas**
- **Litotricia músculo esquelética (máximo cinco sesiones por asegurado y año natural)** en centros de referencia de la “Red DKV de Servicios Sanitarios” a nivel nacional, en las pseudoartrosis, osteonecrosis y tendinitis crónicas de inserción (de más de 3 meses de evolución) del hombro, codo, cadera, rótula, talón y planta del pie, cuando no haya sido efectivo el tratamiento médico y/o rehabilitador.
- **Alta Tecnología terapéutica.** En centros de referencia a nivel nacional.
 - a. **Ablación cardiaca por radiofrecuencia guiada por el sistema de navegación cardiaco o mapeo Carto (3D) o cartografía auricular electroanatómica no fluoroscópica. Periodo de carencia 6 meses. En las indicaciones siguientes:**
 - **Taquiarritmias supraventriculares:**
 - **Aislamiento eléctrico de las venas pulmonares en la fibrilación auricular paroxística recurrente y en la fibrilación auricular persistente (más de 6 meses) sintomática, refractarias en ambos casos al tratamiento antiarrítmico.**
 - **Taquicardias auricular macrorreentrante (TAM)/ aleteo auricular atípico.**
 - **Taquicardia auricular focal y de vías accesorias.**
 - **Taquiarritmias ventriculares:**
 - **Taquicardia ventricular relacionada con cicatriz postinfarto agudo de miocardio (TV-IAM).**
 - **Taquicardia ventricular asociada a cardiopatía no isquémica** (cardiopatías congénitas, miocardiopatía dilatada no isquémica, hipertrófica, y arritmogénica del ventrículo derecho).
 - **Taquicardia ventricular idiopática (TVI) del tracto de salida del ventrículo derecho, del tracto de salida del ventrículo izquierdo, de la raíz aórtica, fascicular y epicárdica.**
 - **Procedimientos fallidos de ablación por radiofrecuencia guiados por el sistema fluoroscópico convencional.**
 - b. **Terapia de entrecruzamiento o Cross-linking corneal:** en el queratocono incipiente, excepto cuando sea consecuencia de una cirugía refractiva láser corneal (excluida de la cobertura del seguro).
 - c. **Cirugía asistida por neuronavegadores (3D) intracraneal y tumoral espinal:** sistema informatizado de fusión de imágenes (3D) que guía en tiempo real la cirugía neurológica compleja o de alto riesgo.

- d. Cirugía robótica laparoscópica da Vinci en prostatectomía radical órgano-confinada.** Queda incluida en centros de referencia de la Red concertada por la entidad, siempre que se cumplan los criterios de inclusión y/o exclusión recomendados por las agencias de evaluación de las tecnologías sanitarias (AETS). Ver detalle en apartado 4.5. d.1 y d.2.de las condiciones generales.
- e. Sistema de monitorización neurofisiológica intraoperatoria (MNIO):** en la cirugía intracraneal, en la del tiroides o las paratiroides, y en la de fusión o artrodesis de dos espacios intervertebrales o más de la columna vertebral.
- f. Biopsia prostática cognitiva dirigida por resonancia magnética funcional multiparamétrica (RMmp):** para la detección precoz del carcinoma de próstata oculto (no detectable por los inmunoanálisis actuales) en **casos de alta sospecha clínica, con PSA elevado persistente (más de tres meses) y biopsias de próstata ecoguiadas anteriores negativas.**
- g. Cirugía digestiva endoscópica avanzada. Periodo de carencia 6 meses.** Se incluyen tres técnicas mínimamente invasivas, según protocolos comúnmente aceptados:
- g.1. Resección endoscópica mucosa (REM) o mucosectomía:** para la obtención de grandes biopsias diagnósticas y el tratamiento local de lesiones superficiales precancerosas (displasia de alto grado, sobre esófago de Barrett) o malignas en estadio temprano del tracto digestivo superior confinadas a la capa mucosa (T1a) y de extensión igual o inferior a 2 cm de diámetro..
- g.2. Disección endoscópica submucosa (DES):** incluida la extirpación quirúrgica completa o en bloque de los **tumores malignos superficiales o ulcerados mayores de 2 cm en toda la vía digestiva.** Esta cirugía está indicada cuando, por las características de la lesión neoplásica, no sea adecuado emplear otras técnicas y la probabilidad de metástasis linfáticas regionales asociadas sea mínima.
- g.3. Ablación por radiofrecuencia del esófago de Barrett:** se incluye la erradicación quirúrgica de la **displasia de alto (DAG) y bajo grado (DBG) extensa de más de 5 cm y resistente al tratamiento farmacológico (un mínimo de 6 meses),** siempre y cuando se confirme previamente en ambos casos el diagnóstico anatómopatológico mediante la toma de biopsias aleatorias.
- h. Biopsia transperineal de próstata guiada por fusión de imágenes de resonancia magnética multiparamétrica (RMNmp) y ecografía transrectal (ETR) en tiempo real:** se incluye para el diagnóstico precoz del cáncer de próstata oculto cuando **persiste más de tres meses la elevación del antígeno prostático específico (PSA entre 4-10 ng/ml), con un cociente PSA (libre/total) inferior al 20% (0,2) y un resultado negativo de una biopsia ecoguiada previa.**
- i. Nefrectomía parcial de carcinoma renal localizado con robot da Vinci:**
- A) Criterios de inclusión:
1. Edad: mayor de 18 y menor de 70 años.
 2. Riesgo anestésico ASA I/II.
 3. Tumor de predominio exofítico (que crece hacia afuera) menor de 4 cm (en su diámetro mayor).
 4. Tumor menor de 4 cm en monorrenos (pacientes con un solo riñón).
- B) Criterios de exclusión:
1. Riesgo anestésico ASA III (trastornos severos de coagulación, trastornos severos ventilatorios, glaucomas severos, infartos previos...) o superior.
 2. Cirugías previas renales.
 3. Incapacidad de soportar neumoperitoneo.
- j. Ablación percutánea con radiofrecuencia y guiada por tomografía axial computerizada (TC) del osteoma osteoide y de otros tumores óseos benignos seleccionados (osteoblastoma, condroblastoma y granuloma eosinofílico). Periodo carencia 6 meses.** Antes de tratarlo es necesario confirmar el diagnóstico histológicamente.
- Logopedia y foniatría:** terapia vocal para la recuperación de las alteraciones de la voz causadas por afecciones de origen orgánico (patología infecciosa, traumática y oncológica) en las cuerdas vocales.
- Reeducación logopédica:** terapia del habla y del lenguaje en las discapacidades del habla (de articulación, fluidez, por deglución atípica o disfagia oral, disfagia oral) y del aprendizaje del lenguaje en el niño (receptivas y
- Criterios de inclusión: indicaciones clínicas,
1. En adenocarcinomas bien diferenciados superficiales (mayor de 5cm diámetro) o ulcerados (menor de 3cm diámetro).
 2. En adenocarcinomas bien diferenciados con invasión submucosa superficial, y sin afectación linfo-vascular.
 3. Adenocarcinomas pobremente diferenciados, o en el cáncer gástrico de células en anillo de sello, menores de 2cm.

expresivas), con un límite anual máximo de 20 sesiones/asegurado, y en la recuperación en el adulto tras un accidente cerebro vascular agudo (ictus), hasta un máximo anual de 20 sesiones por año natural.

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

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

5.6. Asistencia hospitalaria

La asistencia hospitalaria se realizará en clínicas u hospitales, **con la prescripción escrita de un médico de la Red DKV de servicios sanitarios que le corresponda, previa autorización de la compañía.**

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, protonterapia (en menores de 14 años) y quimioterapia.
- La **terapia con plasma rico en plaquetas (PRP)** o factores de crecimiento plaquetario (PRGF) en cirugía de reemplazo articular y en fracturas que no consolidan.
- La **terapia de presión negativa (PNT) o asistida por vacío (VAC)** en las indicaciones y con las limitaciones (detalladas en aptdo. 4.5.Métodos terapéuticos)
- **Método OSNA:** técnica de diagnóstico intraoperatoria del ganglio centinela en el cáncer de la mama temprano

- La **litotricia** renal, vesicular y músculo-esquelética.
- La **diálisis y hemodiálisis.**
- **Cirugía de los Grupos II al VIII del nomenclátor de la entidad**, realizada exclusivamente en un centro hospitalario.
- La **cirugía mayor ambulatoria.**
- La **radiología intervencionista o invasora vascular y visceral.**
- Las **técnicas de planificación familiar:** ligadura de trompas y vasectomía.
- La **radioneurocirugía esterotáxica intracraneal.**
- La **cirugía artroscópica y la cirugía digestiva endoscópica avanzada** (mucosectomía, disección endoscópica submucosa y ablación por radiofrecuencia del Esófago de Barrett).
- La **cirugía de cornetes o turbinoplastia, la adenoamigdaloplastia, la ablación cardíaca**, de las varices de las piernas (grado C3 o superior de la CEAP) y de la patología rinosinusal por técnicas de radiofrecuencia
- El **láser quirúrgico en ginecología, oftalmología, proctología, cirugía vascular periférica y otorrinolaringología.**
- El **láser de Holmio endourológico y el láser verde (KTP y HPS)** de diodo, holmio o tulio en la hiperplasia benigna de próstata.
- La **nucleotomía percutánea y la quimionucleosis.**
- **Alta tecnología terapéutica (ver detalle de tratamientos en aptdo. 4.5.Métodos terapéuticos)**
- **Las prótesis quirúrgicas.**
- **La indemnización diaria por hospitalización.**

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

biológicos y/o biomateriales con objeto terapéutico que se detallan en el apartado 4.7 “Prótesis quirúrgicas” de las condiciones generales. **Quedan expresamente excluidos los medicamentos biológicos o biomateriales medicamentosos no detallados en el citado apartado 4.7 y las terapias del apartado 5.r “Coberturas excluidas” de las condiciones generales.**

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

- **Hospitalización médica** (en personas mayores de 14 años). Incluye el diagnóstico y/o tratamiento de las patologías médicas susceptibles de ingreso (sin cirugía).
- **Hospitalización quirúrgica.** Incluye el estudio preoperatorio anestésico, el postoperatorio inmediato (hasta dos meses después de la cirugía), la cirugía mayor ambulatoria y, en su caso, las prótesis.
- **Hospitalización obstétrica.** Incluye el tratamiento del ginecólogo obstetra y/o la comadrona en ingreso hospitalario durante el proceso de embarazo y/o parto, y el nido y/o la incubadora para el recién nacido durante su internamiento hospitalario, hasta un máximo de 28 días.
- **Hospitalización pediátrica** (para personas menores de 14 años). Incluye la asistencia del médico pediatra tanto en la hospitalización convencional como en incubadora.
- **Hospitalización psiquiátrica.** Incluye la asistencia del médico psiquiatra. Sólo se cubrirá en caso de brotes agudos. La estancia queda limitada a un periodo máximo de 60 días por año natural.
- **Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).** Incluye la asistencia del médico intensivista.
- **Hospitalización por diálisis y riñón artificial.** Incluye la asistencia médica del nefrólogo o el internista para el tratamiento de las insuficiencias renales agudas.

5.7. Coberturas complementarias

5.7.1 Medicina Preventiva. Incluye los siguientes programas específicos:

- **Programa de Salud Infantil.** Incluye
 - Las clases de preparación psicoprofiláctica al parto

- La rehabilitación preventiva del suelo pélvico postparto (cuatro meses tras el parto) y un límite anual de 10 sesiones por asegurado.
- Los exámenes de salud del recién nacido: incluye pruebas de cribado metabólicas (fenilcetonuria e hipotiroidismo primario congénito), las otoemisiones acústicas (OEA) para la detección precoz de la hipoacusia, el test de agudeza visual y la ecografía neonatal.
- El programa de vacunación infantil obligatorio en España, en centros de referencia vacunales concertados, siempre que estén autorizados por las comunidades autónomas. El medicamento será a cargo del asegurado, excepto cuando se facilite gratuitamente por las direcciones provinciales de Salud Pública.

- **Programa diagnóstico precoz de la diabetes**

- A partir de los 45 años, incluye una glucemia basal (GB) en plasma cada 4 años y cada año en personas con alto riesgo de padecer diabetes.
- En caso de detectar prediabetes: control anual de la glucemia basal (GB) y de la hemoglobina glicosilada (HbA1c).

- **Programa diagnóstico precoz del glaucoma**

- A partir de los 40 años, incluye una medición de la presión intraocular (PIO) cada 3 años y anual si existen antecedentes familiares de glaucoma. En caso de detectar presión intraocular elevada es necesario realizar una oftalmoscopia y una campimetría.

- Programa de **detección precoz del cáncer ginecológico en la mujer.** Incluye dos modalidades de cribado del cáncer ginecológico, alternativas e incompatibles entre si que son las siguientes:

a) **Una revisión ginecológica anual:** con consulta, citología, colposcopia, ecografía ginecológica y mamografía, según protocolos comúnmente aceptados. **Además queda cubierto el Test del virus papiloma humano (test VPH) tras conización, citología cérvico-vaginal patológica, y de forma preventiva un test VPH de alto riesgo cada tres años, en mujeres de 25 a 34 años, y cada 5 años en mujeres de 35 a 65 años.**

b) **Programas de cribado plurianuales específicos para la detección precoz del cáncer de mama, y del cuello uterino:**

b.1. Programa de prevención del cáncer de mama: Se recomienda la realización de una mamografía bienal (cada dos años) a mujeres de entre 45 y 69 años. No obstante entre los 35 y 45 años queda cubierto un control anual si existen antecedentes familiares de cáncer de mama y/o riesgo genético (BRCA).

b.2. Programa de prevención del cáncer de cérvix o cuello uterino en mujeres de entre 25 y 65 años: incluye la toma de una muestra en medio líquido para **citología y/o test del VPH de alto riesgo (VPH-AR) dependiendo de la edad**, y según el protocolo establecido en el programa de cribado del cáncer de cérvix del Sistema Nacional de Salud (**orden SCB /480 /2019**).

> **Entre 25 y 34 años una citología cérvico-vaginal de cribado**, que si es negativa, citación cada tres años. **Cuando la citología es positiva se podrá realizar test VPH de alto riesgo.**

> **Entre 35 y 65 años un test VPH de alto riesgo de cribado**, que si es negativo citación cada cinco años, y **si su resultado es positivo se realizará una citología.**

- Programa de **prevención del riesgo coronario**. Incluye un chequeo cardiológico básico anual y otro chequeo cardiológico completo, en centros de referencia concertados, cada 3 años con ecocardiograma y prueba de esfuerzo.
- Programa de **prevención del cáncer de piel**. Incluye microscopia por epiluminescencia digitalizada
 - En población de riesgo: con múltiples nevus atípicos (>100) o con síndrome del nevus displásico familiar, antecedentes personales o familiares (primer y segundo grado) de melanoma diagnosticado, o portadores de mutaciones genéticas asociadas.
 - Chequeo dermatológico cada tres años: para el control y seguimiento de las lesiones congénitas, pigmentadas o de riesgo cutáneas.
- Programa de **prevención del cáncer colorrectal** en población de riesgo con antecedentes. Incluye consulta y test de sangre oculta en heces (TSOH). También la colonoscopia en caso necesaria.
- Programa de **prevención del cáncer de próstata para hombres mayores de 45 años**. Incluye consulta y determinación del antígeno prostático específico (PSA). También la ecografía transrectal y/o la biopsia prostática en caso necesaria.

- Programa de **Salud Bucodental**:

- En edad infantil: Fluorización, selladores de fisuras y obturaciones (empastes) hasta los 14 años.
- En la mujer embarazada- Evaluación del estado gingival, higiene oral y dieta.

5.7.2 Psicología clínica

Incluye sesiones de psicoterapia de carácter individual en régimen ambulatorio, previa prescripción de psiquiatra, oncólogo en pacientes oncológicos o pediatra de la Red DKV de Servicios Sanitarios que le corresponda, según la modalidad de seguro contratada, practicadas por especialistas en psicología concertados y con la necesaria autorización de DKV Seguros.

Los asegurados pueden acceder a esta prestación en las **patologías susceptibles de intervención psicológica detalladas en las condiciones generales (art. 4.7), abonando el copago que se establezca para cada acto o sesión en la “Tabla de grupos de actos médicos y copagos”** de las condiciones particulares y/o especiales de su póliza, hasta un límite máximo de 20 sesiones por asegurado y año natural, excepto en los casos de terapia por trastornos de conducta alimentarios (anorexia/bulimia), acoso escolar, ciberacoso, estrés laboral y/o violencia de género o familiar, que tendrá un límite máximo anual de 40 sesiones.

En el caso de requerir más sesiones, DKV Seguros le ofrece la posibilidad de acceder en el **“DKV Club Salud y Bienestar”** al servicio con un precio franquiciado.

5.7.3 Planificación familiar

Incluye la vasectomía, la ligadura de trompas con un periodo de carencia de 6 meses y la implantación del DIU. **El coste del dispositivo intrauterino será a cargo del asegurado.**

5.7.4 Prótesis quirúrgicas

Quedan incluidas en la cobertura de la póliza la prescripción y colocación de las prótesis articulares (hombro, cadera, rodilla, tobillo y pie), **vasculares (coils de embolización) y cardíacas** (válvulas cardíacas, by-pass vasculares, stent, oclusores septales, marcapasos temporales y definitivos, desfibrilador automático), **osiculares del oído medio** (martillo, yunque y estribo) las prótesis **internas traumatológicas** (barras, placas metálicas de fijación interna y tornillos) y las cajas o espaciadores intersomáticos en la cirugía de fusión o artródesis de la columna vertebral, la **prótesis de disco móvil cervical** en la enfermedad discal sintomática refractaria al tratamiento médico, y la **caja o espaciador interespinoso en**

la **estenosis** del canal espinal lumbar que causa dolor irradiado y claudicación neurógena de más de seis meses de evolución pese al tratamiento conservador. **Asimismo se cubren los implantes de materiales biológicos y/ o biomateriales con objeto terapéutico que se detallan a continuación:**

- Selladores, colas o pegamentos biológicos: en la cirugía oncológica
- Gel Barrera anti adhesiva o antiadherente: en la cirugía columna y en reintervenciones quirúrgicas de las distintas especialidades.
- Drenajes transtimpánicos: en otitis aguda recurrente o serosa cronicada (> 3 meses).
- **Tapones lagrimales** (máximo 2 por ojo) para el lagrimeo constante, el síndrome de Sjögren, y el ojo seco tras cirugía de cataratas.
- Sustitutos de los injertos óseos: cementos óseos y matriz ósea desmineralizada regenerativa en cirugía de columna y articular (cadera, rodilla y pie).
- Plastias biológicas: biomatriz o malla reabsorbible en sustitución de la duramadre en la cirugía intracraneal o espina tumoral, y del pericardio en la cirugía cardíaca.
- Anclajes articulares: Biomateriales de alta resistencia (PPLA y PEEK) para la fijación ligamentaria de las grandes articulaciones (hombro, rodilla, cadera, codo y tobillo) en la cirugía artroscópica y mínimamente invasiva.

Además incluye el material de osteosíntesis, los **stents digestivos, biliares y pancreáticos en la patología obstructiva oncológica** las mallas quirúrgicas en reparación de los defectos de la pared abdominal, las bandas suburetrales y mallas de contención del suelo pélvico en la cirugía de la incontinencia urinaria y del prolapso de los órganos pélvicos, las válvulas para hidrocefalia, las fijaciones externas extraesqueléticas, la lente intraocular monofocal neutra (sin corrección visual añadida) en la catarata, la prótesis testicular por orquidectomía tras proceso oncológico o accidente, los expansores de piel, la prótesis de mama y la malla de recubrimiento mamario únicamente en reconstrucción tras cirugía radical.

Las prótesis e implantes quirúrgico detallados en éste apartado quedan cubiertos sin límite, excepto la prótesis cardíacas y vasculares que tendrán un límite máximo anual de cobertura de 12.000 euros por asegurado.

5.7.5 Indemnización compensatoria diaria por hospitalización

DKV Seguros **indemniza con 80 euros por día**, a partir del tercer día de ingreso hospitalario, y hasta un **máximo de 2.400 euros por asegurado y año**, siempre que se cumplan los siguientes requisitos:

- La hospitalización sea objeto de cobertura por el seguro, y no haya un tercero responsable obligado al pago.
- Ninguno de los gastos de hospitalización haya sido a cargo de DKV

5.7.6 Asistencia de sanitaria por infección VIH /SIDA

Con un periodo de exclusión de doce meses, cubrirá los gastos derivados del tratamiento del asegurado **hasta un límite máximo total de 6.000 euros para toda la vigencia de la póliza y/o vida del asegurado.**

5.8. Asistencia en viajes

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

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

La cobertura de Asistencia en viaje, se incluye:

- DKV Seguros se hará cargo de los gastos médico – quirúrgicos, farmacéuticos, prescritos por un médico, de hospitalización y ambulancia, que sobrevengan a consecuencia de una enfermedad o accidente ocurrido durante su viaje en el extranjero, **hasta un límite máximo de 20.000 euros**. El límite de esta garantía es por siniestro ocurrido y asegurado.
- Traslado y repatriación sanitaria de heridos y enfermos en caso de enfermedad o accidente.
- Gastos odontológicos de urgencia (infección, dolor, trauma) hasta un límite máximo de 300 euros.

- Si el asegurado se encuentra enfermo o accidentado en el extranjero y no es posible su regreso en la fecha prevista, DKV Seguros se hará cargo de los gastos de prolongación de estancia del asegurado en un hotel, después de la hospitalización y bajo prescripción médica, **hasta un importe de 80 euros por día y con un máximo de 800 euros.**
 - Repatriación del asegurado fallecido y de los asegurados acompañantes.
 - Acompañante en caso de fallecimiento (si los familiares fueran hijos del asegurado menores de 15 años).
 - Repatriación o traslado de otros familiares asegurados (en caso de traslado o repatriación por enfermedad o accidente).
 - Billete de ida y vuelta para un familiar y gastos de hotel en caso de hospitalización en el extranjero superior a 5 días (hasta 80 euros diarios y con un máximo de diez días)
 - Regreso anticipado del asegurado a su domicilio, a causa de un incendio o siniestro grave, o bien por el fallecimiento de un familiar de primer grado.
 - Consulta médica telefónica e información del viaje.
 - Ayuda a la localización y envío de equipajes.
 - Envío de documentos y medicamentos.
 - Gastos de defensa legal por accidente de tráfico durante viaje al extranjero (**hasta 1.500 euros por siniestro**).
 - Anticipo de fianza penal por accidente de tráfico durante viaje al extranjero (**hasta 6.000 euros por siniestro**).
 - Transmisión de mensajes urgentes (que se deriven de eventos cubiertos por la póliza)
 - Si como consecuencia de la garantía de desplazamiento de un familiar por hospitalización o fallecimiento del asegurado, se quedasen solos en el domicilio hijos menores de 15 años, o hijos discapacitados, se pusiera a su disposición una persona para su cuidado, coste hasta 60 euros día y limitado a siete días.
 - En caso de **robo, hurto o extravío de tarjetas bancarias o no bancarias**, emitidas por entidades en España, DKV Seguros se compromete a petición del asegurado, a comunicarlo a la entidad emisora para su cancelación.
 - Cuando sea necesario, a causa de gastos extraordinarios por enfermedad o accidente ocurridos en el extranjero, DKV Seguros adelantará al asegurado, hasta el límite de 1.500 euros, contra firma de un escrito de reconocimiento de deuda o cheque bancario por dicho importe, o el contravalor en euros, de la cantidad anticipada, a salvo siempre de la legislación vigente sobre el control de cambios.
 - **Quedan amparados, hasta el límite de 120 euros, los gastos justificados en que incurra el asegurado durante el viaje para obtener la sustitución de tarjetas de crédito, cheques bancarios**, de viaje, de gasolina, de billetes de transporte, del pasaporte o del visado, por pérdida o robo de los mismos ocurridos en el transcurso de un viaje o estancia fuera de su lugar de residencia habitual.
 - Si el medio de transporte público se retrasa debido a fallo técnico, huelgas, inclemencias climatológicas o desastres naturales, intervención de las autoridades o de otras personas por la fuerza, y como consecuencia de este retraso se imposibilitara el enlace con el siguiente medio de transporte público cerrado y previsto en el billete, DKV Seguros abonará hasta el límite de 120 euros, los gastos justificados incurridos en la espera de alojamiento y manutención.
- Telemedicina.** Incluye las siguientes prestaciones en la “Red DKV de Servicios Sanitarios de Telemedicina” **que le corresponde, según la modalidad de seguro contratada,**
1. **Teleconsulta:** consulta no presencial, virtual o telemática, con personal sanitario (profesionales de la Medicina o la Enfermería). En la “Red DKV de Servicios Sanitarios de Telemedicina” concertada por la entidad, el asegurado **podrá acceder a través de la app Quiero cuidarme Más, por distintos canales de comunicación** (voz, texto, videollamada) y previa cita, a **teleconsultas programadas de diferentes especialidades con los profesionales sanitarios habilitados para ello** (consultar cuadro médico).
 2. **Teleterapia: terapia no presencial.** En la “Red DKV de Servicios Sanitarios de Telemedicina” concertada por la entidad, **el asegurado podrá acceder previa solicitud y autorización de DKV Seguros** a profesionales sanitarios especializados en tratamientos de telerrehabilitación por distintos canales de comunicación (voz, texto, videollamada), dependiendo del tipo de tratamiento a aplicar. **Las terapias de rehabilitación virtual cubiertas son:**

- a. **Telefisioterapia:** para el tratamiento de lesiones o enfermedades recuperables del aparato locomotor.
- b. **Telepsicoterapia. Con el mismo límite de sesiones que se establece para la terapia presencial. Las sesiones realizadas de forma presencial, virtual o telemática computan conjuntamente en el límite máximo anual establecido según tipo de trastorno.**
- c. **Telelogopedia:** para el tratamiento de lesiones o enfermedades (de origen infeccioso, oncológico y traumático) recuperables de las cuerdas vocales
- d. **Telerreeducación logopédica.** Según la edad de la persona asegurada:
 - **Edad pediátrica (menor 14 años):** para tratar los trastornos del habla (defectos de articulación, fluidez, deglución atípica o disfagia oral) y de aprendizaje del lenguaje en la infancia (receptivas y expresivas).
 - **Edad adulta: rehabilitación de la alteración o pérdida de habla y/o lenguaje por un accidente cerebro vascular agudo (ACV). En ambas indicaciones, se establece el mismo límite de sesiones que para la terapia presencial. Las sesiones realizadas de forma presencial, virtual o telemáticas computan conjuntamente en el límite máximo anual estipulado según tipo de trastorno.**
- e. **Teleterapia ocupacional.** Tratamiento virtual programado que se presta a través de la “Red DKV de Servicios Sanitarios de Telemedicina”, previa autorización de la compañía. Sesiones virtuales de terapia ocupacional prescritas por un médico rehabilitador o neurólogo para el tratamiento y rehabilitación de la pérdida de funciones cognitivas y motoras en las siguientes patologías neurológicas: enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple e ictus. En las fases de la enfermedad, en las que la persona se pueda beneficiar de esta modalidad de terapia no presencial. Con un límite de 12 sesiones persona/año natural.

Estas teleterapias, y cualquier otra que se vaya añadiendo, se cubren en las mismas indicaciones, límites y exclusiones de cobertura que las terapias presenciales homólogas. Por tanto, consultas/sesiones realizadas de forma presencial, virtual o telemática suman conjuntamente en el límite anual máximo por persona asegurada.

5.9. Coberturas exclusivas del DKV Integral de modalidad individual

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

- a. **Estudio biomecánico de la marcha o pisada.** En centros de referencia especializados. Se cubre un estudio **cada 5 años en los adultos, y cada 2 años en los niños menores de 15 años**, previa prescripción de un traumatólogo de la Red concertada por la entidad. **Con un periodo de carencia de 6 meses.**
- b. **Consejo dietético y nutricional a pacientes oncológicos, prevención y control del sobrepeso en menores de 14 años, y tratamiento de la obesidad en la infancia y la edad adulta, por especialistas en nutrición.**
- c. **Reembolso de los gastos de asistencia médica en el extranjero para enfermedades graves.**

El asegurado podrá acceder, en caso de haber sido diagnosticado previamente en España durante la vigencia del seguro de una enfermedad grave (infarto de miocardio, cáncer, **enfermedad cerebrovascular, trasplante de órganos, parálisis/paraplejía**), al tratamiento médico y/o quirúrgico de la misma en el extranjero a través del reembolso de gastos (**80% del importe de las facturas abonadas**) hasta un límite total de **16.000 euros por asegurado y año**, siempre que las facturas se hayan producido en el extranjero y correspondan a gastos médicos derivados de prestaciones sanitarias incluidas en el seguro (ver apartado 5 “Nota informativa” o apartado 4 “Descripción de las coberturas” de las condiciones generales), y cumplan los periodos de carencia para determinados servicios, limitaciones y exclusiones de cobertura estipuladas en el condicionado general de la póliza (ver apartado 6 “Nota informativa” o apartado 5 “Coberturas excluidas” y 6 “Periodos de carencia” de las condiciones generales).

- d. **Reembolso de los gastos por servicios de asistencia familiar y/o atención a la dependencia en caso de acreditarse una dependencia grado 3 por accidente.**

DKV Seguros garantiza el reembolso del **100% del importe de las facturas abonadas por los servicios de asistencia familiar y/o atención a la dependencia, hasta un límite máximo de 12.000 euros durante la vigencia de la póliza y/o vida del asegurado, con un sublímite de 2.000 euros para el servicio de asesoría o de gestión de las ayudas a la**

dependencia, cuando el asegurado y/o persona en su nombre (tutor legal) acredite una situación de dependencia Grado 3, reconocida por el “Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia” (SAAD), ocasionada por un accidente cubierto por el seguro a partir de la fecha de entrada en vigor de esta cobertura. El reembolso se garantiza siempre que se corresponda con gastos derivados de prestaciones o servicios sociosanitarios incluidos en esta cobertura, con las limitaciones y exclusiones estipuladas en las condiciones generales de la póliza (ver apartado 5.a, 5.c, 5.d, 5.e “Coberturas excluidas”) y Anexo II (apartado 2.2.3).

A los efectos de esta cobertura se define la Dependencia Grado 3 por accidente, como un estado irreversible en el que la persona dependiente ni puede volver a ser autónoma ni puede pasar a un grado de menor dependencia.

Las prestaciones sociosanitarias y servicios de asistencia familiar o atención a la dependencia realizados por cuidadores profesionales, a los que da derecho esta garantía, son:

- Servicios de ayuda domiciliaria:
Para personas con una disminución de su autonomía y movilidad personal, que tengan dificultades para levantarse, asearse, vestirse y preparar la comida diaria precisando un cuidador permanente.
- Servicio de atención residencial.
Residencias, Centros de día de atención especializada y Centros de noche.
- Servicio de teleasistencia fija y móvil.
Se trata de un servicio individual y adaptado, atendido por trabajadores sociales, psicólogos y médicos las 24 horas de día y los 365 días del año, dentro o fuera del hogar, al que se tiene acceso a través de un terminal específico. Son dispositivos, tanto móviles como fijos, que tienen conexión permanente con una central de alarma para casos de emergencia. El beneficiario deberá mantener las funciones cognitivas suficientes para el uso de esta tecnología.
- Servicio de adaptación del hogar.
Este servicio, se refiere al conjunto de artículos destinados a adaptar la vivienda a sus necesidades. Estos productos permiten mejorar el acceso y la movilidad en todos los rincones de su casa.
- Servicio de asesoría y de gestión de ayudas a la dependencia.
También quedan incluidos los servicios de asesoría o gestión de las ayudas a la dependencia, con un sublímite máximo de 2.000 euros durante la vigencia de la póliza y/o vida del asegurado.

El asegurado y/o persona en su nombre (tutor legal) podrá solicitar el reembolso a DKV Seguros del total de los gastos producidos por los servicios de asistencia familiar y/o atención a la dependencia descritos en éste apartado, hasta un límite máximo de 12.000 euros por asegurado, con un sublímite de 2.000 euros para los servicios de asesoría o gestión de las ayudas a la dependencia. Para ello resulta imprescindible presentar la resolución que reconozca al asegurado la situación de Dependencia Grado 3 (nivel 1 o 2) otorgada por el órgano administrativo competente del “Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia” de su comunidad autónoma, en el que se especificarán las causas y las circunstancias de la situación de dependencia.

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

C. Reembolso de los gastos de mantenimiento anual en banco de las células madre hematopoyéticas procedentes del cordón umbilical, los seis primeros años tras el nacimiento,

Siempre que el servicio de extracción y criopreservación del cordón se haya contratado con el proveedor incluido en la “Red de Servicios DKV Club Salud y Bienestar, el parto esté cubierto por el seguro, y el asegurado cuyas células madre se preservan permanezca incluido en la póliza.

DKV Seguros ofrece, como servicio franquiciado a través de DKV Club Salud y Bienestar la extracción del cordón umbilical del recién nacido y su criopreservación. De esta manera, DKV Seguros asume 300 euros del coste de la extracción y el asegurado el pago de 690 euros, si opta por la modalidad FIRST, o 990 euros, si elige la ADVANCE. Además, los seis primeros años, queda cubierto mediante reembolso un máximo de 90 euros/año, como gastos de mantenimiento del cordón umbilical, siempre que el parto haya sido cubierto por el seguro, y el asegurado permanezca en la póliza desde el nacimiento.

Anualmente en cada renovación del contrato de seguro, DKV Seguros podrá modificar el proveedor de DKV Club Salud y Bienestar que facilita el servicio, el coste de extracción que asume, las condiciones de acceso, las tarifas que abona el asegurado y el gasto de mantenimiento máximo que reembolsa.

5.10. Cobertura opcional (sólo incluida en el seguro de modalidad individual)

Únicamente la contratación del seguro “La contratación del seguro “DKV Integral” de asistencia médica completa en su modalidad individual es el único que permite al asegurado acceder a las siguientes garantías adicionales:” de asistencia médica completa en su modalidad individual permite acceder al asegurado a la siguiente cobertura opcional:

- Anexo de reembolso de gastos en ginecología, obstetricia y pediatría

Esta garantía complementaria de reembolso es opcional, y permite al asegurado acceder a la consulta de un ginecólogo, obstetra y/o pediatra en cualquier lugar de España y del mundo, siempre que no estén incluidos en la “Red DKV de Servicios Sanitarios” concertada por DKV Seguros, y reembolsarse un porcentaje de los gastos de asistencia sanitaria producidos, teniendo en cuenta el periodo de carencia y los límites máximos de reembolso, parciales (por acto terapéutico, atención al neonato) y totales (por asegurado y año natural, o parte proporcional) establecidos en la tabla de coberturas y límites anexa a las condiciones particulares.

La definición de esta cobertura opcional, su descripción, forma de acceso, periodo de carencia, delimitaciones y exclusiones del riesgo, se establecen en las condiciones particulares que se emiten aparte con la suscripción de éste módulo opcional por el asegurado.

En todo lo no dispuesto de forma expresa en dicho Anexo, se aplica lo estipulado en los apartados de las condiciones generales que delimitan la cobertura del seguro.

5.11. Servicios de salud digital

1. **Líneas de orientación telefónica:** Asistencia 24 horas, Médico DKV 24 horas, Línea médica pediátrica 24 horas, Línea médica de obesidad infantil, Línea médica del embarazo, Línea médica de la mujer, Línea médica nutricional, Línea médica tropical, Línea médica deportiva y Línea de atención psicoemocional (máximo 6 llamadas asegurado /año)
2. Herramienta de **autocuidado gratuita:** La app “Quiero cuidarme más” es una herramienta de autocuidado disponible de forma gratuita, que permite calcular su Índice de vida saludable (IVS). **Además podrá contar con un coach personal para mejorar sus indicadores de salud, y acceder en caso de embarazo y durante el postparto a una comadrona digital** que le asesorará por chat sobre su salud y la del bebé.

3. **App para asistencia médica 24h con chequeador de síntomas:** Este servicio incorpora un chequeador de síntomas que le permite obtener respuestas rápidas y fiables sobre algún problema de salud. Además, podrá consultar con un médico mediante llamada telefónica, videoconsulta o chat. Todo ello de una forma fácil de usar, segura y con todas las garantías de confidencialidad.
4. **Consulta virtual** También directamente a través del móvil usted podrá hablar con diferentes especialistas disponibles del equipo médico de QC+, con las limitaciones y exclusiones de cobertura que se deriven del módulo o combinación de módulos contratados. Todo ello de una forma fácil de usar, segura y con todas las garantías de confidencialidad
5. **Diario de salud:** agenda personal para registrar sus citas médicas y otras actividades de salud.
6. **Carpeta de salud:** para guardar de forma segura sus informes médicos y recibir automáticamente los resultados de analíticas y otras pruebas.
7. **Receta electrónica:** usamos un sistema de prescripción y dispensación homologado por la Organización Médica Colegial (OMC).
8. **Cita online:** solicite cita sin tener que llamar por teléfono o acudir presencialmente.

5.12. Segunda opinión médica

Asesoramiento por enfermedad grave: Segunda opinión médica y Segunda opinión bioética.

5.13. Servicio bucodental

Acceso en las clínicas dentales concertadas de la “Red DKV de Servicios Sanitarios” a los tratamientos dentales (odontología especial) excluidos en el seguro en condiciones económicas ventajosas.

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

5.14. DKV Club Salud y Bienestar

El asegurado podrá acceder directamente o mediante bonos en la “Red de Servicios DKV Club Salud y Bienestar” a servicios franquiciados de pago, que no son objeto de cobertura por el seguro de salud convencional o que están limitados o excluidos en su póliza.

Los servicios incluidos en el DKV Club Salud y Bienestar están relacionados con la promoción de la salud, la prevención, la cirugía estética, el cuidado personal, el bienestar físico y emocional, la asistencia familiar y los cuidados sociosanitarios-.

En cada renovación de contrato de seguro, DKV puede modificar la red de proveedores del DKV Club Salud y Bienestar, así como los servicios, los descuentos o tarifas de acceso a los mismos, que se podrán consultar en dkvclubdesalud.com

I. Servicios wellness de promoción de la salud

- Balneoterapia y spas urbanos
- Gimnasios y fitness
- Asesoramiento dietético

II. Servicios de preventivos

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

III. Servicios médicos estéticos

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

IV. Servicios sanitarios complementarios

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

V. Servicios de cuidado personal

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

VI. Servicios de reeducación

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

VII. Servicios sociosanitarios y de asistencia familiar

- Servicio de adaptación del hogar en caso de dependencia
- Cuidados post parto en el hogar
- Servicio de apoyo a hospitalizados dependientes o personas solas
- Sistema de pisos asistidos
- Red de residencias de tercera edad (estancias permanentes, temporales o centros de día)

Las autorizaciones se pueden solicitar por teléfono, en el Centro de Atención Telefónica, llamando al número 900 810 072, a través de la web dkv.es o en cualquiera de las oficinas de DKV Seguros

6. Exclusiones de la cobertura

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

6.1. Coberturas excluidas

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

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

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

d) Las enfermedades o lesiones derivadas de la práctica profesional o federada de cualquier deporte; de la participación en apuestas, competiciones, y de la práctica como aficionado o profesional de actividades de alto riesgo, tales como el toreo,

el encierro de reses bravas, el puenting, el barranquismo, la espeleología, el parapente, el uso de quads; de cualquier deporte extremo o peligroso como el buceo, el bobsleigh, el boxeo, las artes marciales, la hípica, la escalada, el hockey, el snowboard, el rugby; de las carreras de vehículos a motor, de actividades aéreas no autorizadas para el transporte público de viajeros; de actividades de navegación en aguas bravas y en cualquier otra circunstancia de riesgo. Asimismo, en general, quedan excluidos los entrenamientos de todos ellos, y, cualquier otro deporte, actividad recreativa o de ocio de carácter notoriamente peligroso no detallada en la relación anterior.

e) La asistencia sanitaria para el tratamiento del alcoholismo crónico, de la adicción a todo tipo de drogas o sustancias, así como sus complicaciones y secuelas; la que se derive de lesiones producidas por estado de embriaguez, de riñas o desafíos, intento de suicidio o autolesiones; y la que sea consecuencia de enfermedades o accidentes sufridos por dolo, negligencia o imprudencia de la persona asegurada. Los ingresos en centros para el tratamiento y/o reeducación de conductas adictivas o adicciones no materiales de cualquier clase. Además, quedan excluidos los tratamientos y la ayuda médica para morir (eutanasia)..

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

g) Las terapias alternativas y complementarias, como acupuntura, naturopatía, homeopatía, fitoterapia, quiromasaje, drenaje linfático, masaje circulatorio, mesoterapia, magnetoterapia estática, gimnasia, osteopatía, hidroterapia, piscinoterapia, partos alternativos (en el domicilio, acuáticos, etc.), oxigenoterapia trifásica, presoterapia, ozonoterapia, ortóptica, modalidades de fototerapia y sus indicaciones no detalladas en el apartado 4.5, y otras prestaciones similares, así como las especialidades médicas o del ámbito sanitario no incluidas en apartado 4 (Descripción de las coberturas) o no reconocidas oficialmente.

Además, queda excluida la cirugía profiláctica o de reducción del riesgo de cualquier tipo de cáncer, y los tratamientos médicoquirúrgicos mediante técnicas de radiofrecuencia, excepto en la cirugía de las varices (grado C3 o superior de la CEAP), de la patología rinosinusal, la adenoamigdaloplastia, la turbinoplastia, y las indicaciones terapéuticas detalladas en el art. 4.5. “Métodos terapéuticos” en el apartado de “Alta tecnología terapéutica” que incluyan específicamente el uso de la ablación por radiofrecuencia (ARF).

h) Las estancias, asistencias y tratamientos en centros no hospitalarios tales como hoteles, balnearios, centros spa, asilos, residencias, centros de reposo, de diagnóstico y similares, aunque sean prescritos por facultativos, así como los ingresos en centros dedicados a actividades relacionadas con el ocio, el descanso, el tratamiento de las adicciones, la neurorrehabilitación y los tratamientos dietéticos La hospitalización psiquiátrica, salvo en caso de brotes agudos, la hospitalización por razones de tipo social o familiar y la que sea sustituible por una asistencia domiciliaria o ambulatoria.

Queda excluida además la asistencia sanitaria en centros privados o concertados, y la prestada en hospitales, centros y otros establecimientos de titularidad pública integrados en el Sistema Nacional de Salud de España y/o dependientes de las comunidades autónomas, salvo en los supuestos identificados (ver aptdo. 3.4 Asistencia en medios ajenos a la Red DKV de Servicios Sanitarios).

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

i) La alta tecnología médica diagnóstica y/o terapéutica, salvo lo detallado en el apartado 4.4 “Medios de diagnóstico” y/o 4.5 “Métodos terapéuticos” de estas condiciones generales. Quedan excluidos de forma expresa los procedimientos cardiacos transcáteter (con abordaje transfemoral, transaxilar y transapical) para implantación de la válvula aórtica (TAVI), mitral (TMVI), pulmonar (TPVI), tricúspide (TTVI), y el cierre de la orejuela auricular izquierda vía trans-septal, epicárdica e híbrida, así como el material quirúrgico y/o protésico asociado a ambas intervenciones. Además, se excluyen los servicios de telemedicina en cualquier modalidad asistencial no indicada expresamente en las condiciones generales.

j) El tratamiento de la roncopatía o apnea obstructiva del sueño (salvo treinta sesiones con CPAP o BiPAP), así como los tratamientos y/o modalidades de radioterapia y sus indicaciones médicas que no se detallan expresamente en el apartado 4.5 “Métodos terapéuticos”, apartado de “Radioterapia”, de estas condiciones generales. Además,

quedan excluidas la protonterapia, excepto en determinados tumores pediátricos (en menores de 14 años) y con los criterios de inclusión recogidos en el art. 4.5. apartado de "Protonterapia"; la neutronterapia; la radiocirugía con Cyberknife, y los radiofármacos con isótopos radiactivos no autorizados por la EMA (Agencia Europea del Medicamento).

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

l) La interrupción voluntaria del embarazo y la reducción embrionaria instrumental selectiva en cualquier supuesto, la cirugía reconstructiva de técnicas anticonceptivas previas, así como el tratamiento de la esterilidad y las técnicas de lavado seminal y las de reproducción asistida de cualquier clase.

m) Todo tipo de prótesis, implantes, dispositivos sanitarios, piezas anatómicas y ortopédicas, salvo las detalladas en el apartado 4 "Descripción de las coberturas" de estas condiciones generales, y las intervenciones quirúrgicas y/o las hospitalizaciones asociadas a su colocación o implantación, así como sus complicaciones y secuelas.

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

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

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

p) En psiquiatría y psicología clínica, las consultas, técnicas diagnósticas y terapias que no sigan criterios de tratamiento neurobiológicos o farmacológicos, el psicoanálisis, la hipnosis o narcolepsia ambulatoria, la sofrología, la estimulación

magnética transcraneal repetitiva, las curas de reposo o sueño, y todas las derivadas de similares prestaciones.

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

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

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

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

s) La cámara hiperbárica, y la diálisis y hemodiálisis para el tratamiento de las afecciones crónicas.

t) La asistencia sanitaria por fiebres hemorrágicas virales, y sus complicaciones y secuelas. Los gastos derivados de la infección por el virus de la inmunodeficiencia adquirida V.I.H/SIDA, y las enfermedades causadas por el virus, cuando excedan la cantidad máxima garantizada en el apartado 4.7 "Coberturas complementarias" de las condiciones generales.

u) La cirugía robótica, la guiada por imágenes o asistida por un ordenador o navegador virtual (excepto el sistema Carto, los neuronavegadores, la biopsia prostática cognitiva, la guiada por fusión de imágenes y la cirugía robotizada detallada en alta tecnología, que se incluyen con las limitaciones y únicamente en las indicaciones señaladas en el apartado 4.5), los procedimientos diagnósticos y las terapias asistidas por robots o mediante sistemas computerizados, así como los gastos sanitarios asociados a todas ellas. Además, se excluyen tratamientos que usan el láser, que únicamente quedan cubiertos en las especialidades e indicaciones que se detallan en el apartado 4. "Descripción de las coberturas".

v) Los gastos por uso de teléfono, televisión, pensión alimenticia de la persona acompañante en clínica, los gastos por viaje y desplazamientos (salvo la ambulancia, que solo

queda cubierta en los términos contemplados en el apartado “Asistencia primaria” y “Urgencias” de estas condiciones generales) así como otros servicios no imprescindibles para la asistencia hospitalaria.

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

x) Los productos farmacéuticos, medicamentos y medios auxiliares de cura de cualquier clase, salvo los que se consuman por el asegurado durante su internamiento (un mínimo de 24 horas) en un centro hospitalario. En cualquier caso, quedan también expresamente excluidos los medicamentos biológicos o biomateriales medicamentosos no detallados en el apartado 4.7 “Prótesis quirúrgicas” y las terapias del apartado 5.r. “Coberturas excluidas” aunque se administren durante el internamiento hospitalario.

La quimioterapia oncológica sólo cubrirá los gastos de los medicamentos específicamente citostáticos definidos y detallados en “Citostático” del apartado 2 “Conceptos básicos. Definiciones”. Se excluye expresamente de este concepto la inmunoterapia antitumoral, los anticuerpos monoclonales, las terapias celulares y/o genéticas, los tratamientos quimioterápicos intraoperatorios como la quimioterapia intraperitoneal e intraabdominal, la terapia endocrina u hormonal, los inhibidores enzimáticos y/o moleculares, los fármacos antiangiogénicos y los sensibilizadores usados en la terapia fotodinámica y radiación

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

Queda excluida la estimulación precoz, la terapia ocupacional, los tratamientos de rehabilitación para el daño cerebral adquirido en régimen de hospitalización, y cualquier modalidad de rehabilitación que se realice en el domicilio o sea motivo de ingreso hospitalario, así como la que se realice en centros no autorizados y/o inscritos en el registro de Centros y Servicios Sanitarios de la comunidad autónoma respectiva. Excepto en las indicaciones y patologías descritas en el apartado e) de Telemedicina en la modalidad de teleterapia.

z) El consejo genético, las pruebas de paternidad o de parentesco, la obtención de mapas genéticos de riesgo con finalidad preventiva o predictiva, la secuenciación masiva de genes o cariotipo molecular, las técnicas de hibridación genómica comparada, y las plataformas de microarrays con interpretación automatizada de los resultados (excepto la

plataforma genómica pronóstico-predictiva del cáncer de mama), así como cualquier otra técnica genética o de biología molecular que se solicite con fin pronóstico o diagnóstico si este se puede obtener por otros medios, o no tiene repercusión terapéutica.

6.2. Exclusiones de la cobertura asistencia en viaje

Queda excluido de la cobertura de Asistencia en viaje:

- Las garantías y prestaciones que no hayan sido solicitadas al asegurador y que no hayan sido efectuadas con su acuerdo o por él, salvo en casos de fuerza mayor o de imposibilidad material demostradas.
- Las enfermedades o lesiones que se produzcan como consecuencia de padecimientos crónicos o previos al inicio del viaje, así como sus complicaciones y recaídas.
- La muerte por suicidio o las enfermedades y lesiones resultantes del intento del mismo o causadas intencionadamente por el asegurado a sí mismo, así como las derivadas de acciones criminales, directas o indirectas, de este.
- El tratamiento de enfermedades o patologías provocadas por ingestión o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.
- Los gastos de prótesis, gafas y lentillas, los partos y embarazos, excepto complicaciones imprevisibles durante sus primeros seis meses, y cualquier tipo de enfermedad mental.
- Los eventos producidos por la práctica de deportes en competición y el rescate de personas en mar, montaña o desierto.
- Cualquier tipo de gasto médico o farmacéutico inferior a 10 euros.
- Los gastos de inhumación y ceremonias funerarias.

6.3. Exclusiones de la cobertura de dependencia grado 3 por accidente (exclusiva del seguro modalidad individual)

Están excluidas de la cobertura de Dependencia grado 3 por accidente

I. El reembolso de los gastos por servicios de ayuda familiar y/o atención a la dependencia no detallados en el apartado 5.10 b de esta guía (Anexo II de las Condiciones generales).

II. El reembolso de los gastos por servicios de ayuda familiar y/o atención a la dependencia, cuando la situación de Dependencia grado 3 es consecuencia de:

A. Un accidente causado por actividades o en circunstancias excluidas de la cobertura general del seguro de salud (apartados 5.c, 5.d, 5.e. “Condiciones generales”).

B. Complicación y/o secuela de lesiones producidas en un accidente ocurrido con anterioridad (preexistente) a la fecha de inclusión de cada asegurado en la póliza.

C. Accidente sufrido en situación de enajenación mental, bajo la influencia de bebidas alcohólicas o drogas de cualquier tipo o sustancias psicotrópicas en general, aunque estas no hayan sido la causa del accidente.

D. Accidentes que tengan su origen en actos de imprudencia temeraria o culpa grave, tentativas de suicidio y los derivados de participación en apuestas, competiciones, desafíos, peleas o agresiones.

E. Accidentes derivados de la práctica de deportes de riesgo: automovilismo y motociclismo en cualquiera de sus modalidades, caza, submarinismo, navegación en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros, hípica, escalada, alpinismo, espeleología, boxeo, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, paracaidismo, aerostación, vuelo libre, vuelo sin motor, y en general cualquier deporte o actividad recreativa de carácter notoriamente peligroso.

F. Accidentes ocurridos viajando, ya sea en calidad de pasajero o tripulante de aeronaves de capacidad inferior a diez plazas de pasajeros.

III. El reembolso de los gastos por servicios de ayuda familiar y/o atención a la dependencia por haberse extinguido el derecho a la prestación, al percibir el asegurado el capital máximo garantizado por este concepto durante la vigencia en un seguro/s de asistencia médica completa de modalidad individual contratado/s con anterioridad.

7. Periodos de carencia y exclusión

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 o accidente.

En el concepto de intervención quirúrgica se incluyen los tratamientos de ablación y cirugía endoscópica avanzada mínimamente invasiva incluidos en art. 4. Descripción de las coberturas. Se entenderá por urgencia en este caso aquella

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

La protonterapia en tumores pediátricos y la asistencia de cualquier tipo de parto (excepto parto prematuro) o cesárea, cuyo periodo de carencia será de ocho meses

2. La asistencia de cualquier tipo de parto (excepto parto prematuro) o cesárea, cuyo periodo de carencia será de ocho meses.

3. Los trasplantes tendrán un periodo de carencia de doce meses.

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

5. El estudio biomecánico de la marcha o pisada. Cobertura exclusiva de la modalidad individual. Con un periodo de carencia de 6 meses.

8. Forma de cobro de la prestación

La modalidad de prestación asistencial cubierta es la recogida en el artículo 105, párrafo 1º de la Ley de Contrato de Seguro, - abono de los gastos sanitarios - sin asumir directamente la prestación de la asistencia sanitaria, que es prestada por profesionales y centros sanitarios incluidos en la “Red DKV de Servicios Sanitarios” (cuadro médico) que corresponda, según la modalidad del seguro contratada .

La prestación de la asistencia sanitaria corre íntegramente a cargo de la aseguradora, que abonará su importe directamente a los facultativos, centros médicos y hospitales incluidos en la “Red DKV de Servicios Sanitarios” concertada por la entidad, siempre que no esté limitada (aptdo. 5.2 hasta apto 5.11, y aptdo 7 de esta nota) o excluida su cobertura (apatdo. 6), y en caso de ser necesaria cuente con la preceptiva autorización. Además el asegurado según la modalidad de DKV Integral contratado abona un copago por cada acto médico realizado.

Según la cantidad de copago establecida por acto médico se diferencian cuatro modalidades en el seguro: DKV Integral Complet, Plus, Classic y Élite (sin copago).

En el DKV Integral Classic la participación del asegurado en el coste de los servicios será de:

Consultas

- Consultas asistencia primaria: medicina general, pediatría y enfermería: 1,95 Eur.
- Consultas del resto de especialidades: 2,95 Eur.
- Consultas de psicología: 9,00 Eur.

Ingresos hospitalarios médicos y quirúrgicos

- Actividad hospitalaria: preoperatorios, reanimación, hospital de día, cirugía, diálisis: 2,95 Eur.

Actos terapéuticos y pruebas diagnósticas

- Análisis clínicos, radiología, endoscopia: 2,50 Eur.
- Anatomía patológica, citología, ecografía, mamografía: 2,95 Eur.
- Limpieza bucal, extracciones dentales: 2,95 Eur.
- Rehabilitación, oxigenoterapia: 2,50 Eur.
- Servicios de diagnóstico/ tratamientos médicos y quirúrgicos: 2,95 Eur.
- Servicio de urgencias, ambulancias, y asistencia primaria en el domicilio: 2,95 Eur.

El límite máximo anual en las modalidades del seguro con copagos se establece en 600 Eur por persona asegurada y año natural (o el proporcional a la fracción de año natural en que el asegurado se ha dado de alta en la póliza).

9. Condiciones, plazos y vencimientos de las primas

Cuestiones generales

El de seguro se concierta de acuerdo con las declaraciones efectuadas por el tomador del seguro y el asegurado en el cuestionario previo, lo que es determinante para que DKV Seguros acepte el riesgo y fije la prima, y **no tendrá efecto mientras no se haya firmado la póliza** y abonado el primer recibo de prima, salvo que se establezca pacto en contrario en las condiciones particulares.

Comunicación anual del vencimiento de las primas

El tomador del seguro recibirá comunicación anual del

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

Evolución anual de la prima

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

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

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

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

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

Renovaciones

El contrato se renueva automáticamente cada año, no hace falta confirmar la continuación.

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

Tributos repercutibles

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

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

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

10. Instancias de reclamación

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

I. En cualquiera de las oficinas de DKV o ante el servicio de Atención al Cliente de la entidad. Las reclamaciones pueden enviarse por correo, telefax o correo electrónico, y el cliente podrá elegir la forma en que desea 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. Asimismo, en las oficinas de DKV Seguros se encuentra disponible el Reglamento del servicio de Atención al Cliente de la Compañía.

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

II. Transcurrido dicho plazo, si el cliente discrepa de la solución propuesta, puede acudir para resolver las controversias que puedan plantearse al procedimiento administrativo y reclamar ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Paseo de la Castellana 44, (28046 Madrid).

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

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

11. Legislación aplicable

- Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro y su normativa de desarrollo.
- Real Decreto 6/2004 por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, y el Real Decreto nº 2486/1998, de 20 de noviembre, del Reglamento de desarrollo.
- Ley 26/2006, de 17 de julio, de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados.
- Contrato de seguro DKV Integral: integrado por documento preliminar de información del seguro (solicitud de seguro), la declaración de salud, las condiciones generales, particulares y especiales, así como los suplementos o apéndices que se emitan al mismo.
- Cláusula de subrogación: Una vez prestado el servicio, DKV Seguros podrá ejercer los derechos y acciones que, debido al siniestro causado, correspondan al asegurado frente a las personas responsables del mismo, hasta el límite de la indemnización pagada.

En ese supuesto el asegurado está obligado a suscribir a favor de DKV Seguros los documentos necesarios para facilitar la subrogación.

12. Régimen fiscal

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

- **Pólizas colectivas contratadas** por las empresas a favor de sus trabajadores. (Art. 42.2. F. Ley 35/2006 I.R.P.F.). En este caso, la prima no tendrá para el trabajador la consideración de rendimiento del trabajo en especie, por lo que no se integrará en su base imponible del I.R.P.F. si la cobertura de enfermedad alcanza al propio trabajador, cónyuge o descendientes y las primas no exceden de 500 euros anuales por asegurado, constituyendo retribución en especie el exceso sobre dicha cuantía.

- **Pólizas contratadas por empresarios individuales** (Art. 30.2.5. Ley 35/2006 I.R.P.F.). En este caso, las primas son gasto deducible en la determinación del rendimiento de actividad económica, por lo que no se integra en la base imponible del I.R.P.F. si el empresario individual tributa en el régimen de estimación directa y la cobertura de enfermedad alcanza al propio contribuyente, a su cónyuge e hijos menores de veinticinco años que convivan con él, siendo igualmente el límite máximo de deducción de 500 euros por asegurado.

Las prestaciones sanitarias de reembolso de gastos médicos o del coste de la atención no están sujetas al I.R.P.F.

13. Para tomar contacto con DKV Seguros

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