

DKV ACCIDENTES

CONDICIONES GENERALES

¡QUEREMOS
PREVENIR!



Póliza de seguros

DKV Accidentes Individual

**Torre DKV, Avda. María Zambrano, 31
50018 Zaragoza**

Capital suscrito y desembolsado: 66.110.000 euros.

DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E., inscrita en el Registro Especial de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones por O.M. de 12 de julio de 1956.
Domicilio social: Torre DKV, Avda. María Zambrano, 31 - 50018 Zaragoza (España).
Registro Mercantil de Zaragoza, tomo 1.711, folio 156, hoja n.º Z-15.152.
C.I.F. A-50004209.

Mod. RE CON-01000
2DNP1.CG/09_V8
Edición actualizada: junio 2024

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

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

ÍNDICE

Contrato de seguro: condiciones generales	5
Cláusula preliminar.....	5
1. Glosario	7
2. ¿Cuál es el objeto del seguro?.....	11
3. Garantías que se pueden contratar	12
4. Invalidez Permanente	14
5. Gran Invalidez	19
6. Invalidez Temporal	20
7. Hospitalización por accidente	22
8. Asistencia médica	23
Capitales adicionales	26
9. En caso de muerte por accidente de circulación.....	26
10. En caso de Invalidez Permanente Total por accidente de circulación.....	27
11. Alcance de las garantías	28
12. Ámbito territorial del seguro	29
13. Personas no asegurables.....	30
14. Accidentes no cubiertos	31
15. Accidentes asegurables mediante sobreprima	33
16. Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas.....	34
Resumen de las normas legales.....	35
Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros	36
Derechos y obligaciones.....	38
17. Declaraciones sobre el riesgo.....	38
18. Al efectuar el seguro y durante su vigencia	39
19. En caso de agravación del riesgo.....	40
20. Resolución del contrato	41
21. Facultades del tomador del seguro	42
22. En caso de disminución del riesgo.....	43
23. Pago de primas	44
24. ¿Qué debe hacer si se produce un siniestro?.....	46
25. ¿Cómo justificar la muerte o invalidez permanente?.....	47
26. ¿Cómo se determinan las indemnizaciones?.....	48
27. Pago de la indemnización	50

28. Revalorización automática de indemnizaciones	52
29. Subrogación.....	53
30. Prescripción y jurisdicción	54
31. Comunicaciones	55
Documento de aceptación expresa de cláusulas limitativas.....	57
Personas no asegurables	57
Riesgos excluidos 57	
Riesgos asegurables mediante sobreprima.....	59
DKV Club Salud y Bienestar	61

CONTRATO DEL SEGURO: CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA PRELIMINAR

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

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

Integran el contrato las siguientes partes: la Solicitud, la Declaración de Salud, las Condiciones Generales, Particulares y Especiales aparte y los Suplementos o Apéndices que se emitan al mismo. Las transcripciones o referencias a preceptos legales no requerirán aceptación.

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

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

Las reclamaciones pueden enviarse por correo a la dirección de Defensa del Cliente de DKV Seguros: Torre DKV, Avenida María Zambrano 31, 50018 Zaragoza; por correo electrónico: defensacliente@dkvseguros.es. O por teléfono llamando al número 900 810 072 de nuestro Servicio de Atención al Cliente.

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

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

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

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

1. GLOSARIO

A

Accidente

Lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, que produzca invalidez temporal inmediata, o invalidez permanente o muerte, en el plazo de un año desde su ocurrencia.

Tendrán además consideración de accidentes:

- La asfixia o lesiones a consecuencia de gases o vapores, inmersión o sumersión o por ingestión de materias líquidas o sólidas no alimenticias.
- Las infecciones a consecuencia de un accidente.
- Los desgarros y distensiones musculares a consecuencia de un esfuerzo súbito.
- Las lesiones producidas en legítima defensa o en salvamento de personas o bienes.
- Las lesiones a consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos motivados por un accidente cubierto por la póliza.

No se considerarán accidentes:

- Las enfermedades de cualquier naturaleza.
- Las intervenciones u operaciones practicadas por el asegurado sobre sí mismo.
- Las lesiones derivadas de radiaciones ionizantes de todo tipo, incluso las resultantes de la modificación del núcleo atómico.
- No será vinculante la definición de accidente contenida en la Ley General de la Seguridad Social.

Accidente de circulación

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

Asegurado

Persona, física o jurídica, titular del bien que se asegura y que, en defecto del tomador, asume las obligaciones derivadas del contrato.

Asegurador

DKV Seguros y Reaseguros S.A.E.

B

Beneficiario

Persona física o jurídica, designada en las condiciones particulares, a quien corresponde el derecho a la indemnización. En las garantías de “Invalidez” y “Hospitalización”, el beneficiario es el propio asegurado.

C

Carencia (plazo de)

Intervalo de tiempo, contado a partir de la fecha de efecto o de alta en el seguro, durante el cual no entran en vigor las garantías de la póliza.

Cláusula limitativa

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

Contratación a distancia

Se considera que existe contratación del seguro a distancia cuando para la negociación y celebración del contrato se utiliza exclusivamente una técnica de comunicación a distancia, sin presencia física y simultánea del proveedor y el consumidor, consistente en la utilización de una página web, venta telefónica u otros medios similares.

D

Derechohabiente

Persona que deriva su derecho de otra.

E

Edad actuarial

Edad del asegurado en el cumpleaños más próximo, pasado o venidero, en el momento en que se considera efecto de la póliza o en el de su renovación anual.

F

Franquicia

Parte del siniestro que es asumida por el asegurado.

I

Infarto de miocardio

Se entiende la obstrucción coronaria aguda producida por trombosis o embolia, que sea la causa única e inmediata de muerte del asegurado sobrevenida, en todo caso, dentro del año siguiente a la ocurrencia del episodio agudo.

P

Póliza

Documento que contiene las condiciones que regulan el contrato de seguro. La póliza está integrada por: las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares (que individualizan el riesgo), las Especiales (cuando así proceda) y los suplementos o apéndices que se añadan para complementarla o modificarla. La solicitud del seguro y la declaración de salud forman también parte de la póliza una vez que ésta ha sido aceptada.

Preexistencia

Situación que, desde el punto de vista médico, ya existía con anterioridad al momento de la contratación o alta en el seguro.

Prima

Precio del seguro. El recibo contendrá además los recargos e impuestos que sean de aplicación por ley.

Progresividad

Sistema que, en los casos en que el baremo de la póliza contempla grados de invalidez superiores al 25%, permite incrementar la indemnización.

Prótesis

Material orgánico o inorgánico implantado de forma temporal o permanente, utilizado para sustituir, regenerar o complementar la ausencia o función de un tejido u órgano, sea de aplicación interna o externa, mediante técnica especial operatoria.

R

Regla proporcional

Consiste en adecuar la indemnización a la prima pagada. Se utiliza cuando la aseguradora ha cobrado una prima menor que la que correspondería según las características del riesgo cubierto. En caso de siniestro, si no hay dolo o culpa grave por parte del asegurado, la indemnización se reduce en la misma proporción que la prima dejada de percibir.

Red DKV de servicios sanitarios

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

Rehabilitación

Todos aquellos actos prescritos por un médico traumatólogo, neurólogo, reumatólogo o rehabilitador y realizados por un médico rehabilitador o por un fisioterapeuta en un centro específico de rehabilitación, destinados a restituir la funcionalidad de aquellas partes del aparato locomotor afectadas por las consecuencias de un accidente cubierto por la póliza.

S

Siniestro

Acaecimiento de los hechos previstos en el contrato y cuyas consecuencias pueden estar cubiertas por las garantías de la póliza. Suceso que puede dar lugar a que el asegurado o el beneficiario perciban una prestación. Se considerará que constituye un solo y único siniestro el conjunto de daños y perjuicios derivados de una misma causa.

Sobreprima

Prima adicional necesaria para la cobertura de determinados riesgos.

Solicitud del seguro

El cuestionario, facilitado por el asegurador, en el que el tomador del seguro describe el riesgo que desea asegurar, con todas las circunstancias

que conoce y que pueden influir en la valoración de dicho riesgo.

Suma asegurada

Es la cantidad de dinero que se fija en cada una de las coberturas de la póliza y que representa el límite máximo de la indemnización en cada siniestro.

T

Tomador del seguro

La persona física o jurídica que suscribe con DKV Seguros este contrato. A él corresponden las obligaciones que se derivan de dicho contrato salvo que éstas, por su naturaleza, deban ser cumplidas por el asegurado.

2. ¿CUAL ES EL OBJETO DEL SEGURO?

Este seguro garantiza, en función de las garantías contratadas, una indemnización en forma de capital, el cobro de una renta diaria, o la prestación de un servicio, por los accidentes que el asegurado pueda sufrir, de acuerdo con lo pactado en las Condiciones Generales, Particulares y Especiales de la póliza, en función de las declaraciones realizadas por el propio asegurado en la solicitud de seguro.

3. GARANTÍAS QUE SE PUEDEN CONTRATAR

MUERTE

¿Qué es?

Por esta garantía, el asegurador pagará al beneficiario la indemnización pactada en las Condiciones Particulares, si el asegurado fallece a causa de accidente, dentro del plazo de un año a contar desde la fecha en que éste ocurra.

En caso de que no se designe a nadie expresamente, se considera “beneficiario” a la persona designada como tal en la póliza o en posterior declaración escrita o en testamento.

El tomador del seguro puede hacer la designación o modificación sin necesidad de consentimiento del asegurador. En caso de que no se designe a nadie expresamente, se considera “beneficiario” al cónyuge del asegurado o, en su defecto, a los hijos del asegurado a partes iguales, y en defecto de éstos, a los herederos legales también a partes iguales.

¿Qué cubre?

Además del capital de “Muerte por accidente”, indicado en las Condiciones Particulares:

1. Previa justificación documental del acaecimiento de la muerte y de la existencia del seguro al corriente de pago, el beneficiario podrá disponer de un anticipo de hasta un 5% del capital asegurado, con un máximo de 6.000 EUR, a cuenta de la indemnización para atender los gastos imprevistos derivados del fallecimiento del asegurado, tales como gastos de sepelio, testamentaría, impuesto de sucesiones, etc.
2. Esta garantía no puede contratarse para personas menores de 14 años. En estos casos, se sustituirá por una cantidad máxima de 3.000 EUR para gastos de sepelio.

Ampliaciones de la garantía

Fallecimiento de ambos cónyuges en accidente de circulación

Si a consecuencia de un mismo accidente de circulación fallecen el asegurado y su cónyuge, independientemente del capital destinado a los beneficiarios, se repartirá a partes iguales entre los hijos del asegurado menores de 18 años un capital igual al garantizado para el caso de muerte por accidente (determinado en Condiciones Particulares), con un límite máximo de indemnización total por siniestro de 300.506,05 EUR.

A los efectos de esta cobertura específica, tendrá la consideración de cónyuge la persona que figure inscrita como consorte del asegurado en el Registro Civil, en el momento de la ocurrencia del accidente.

Muerte por infarto de miocardio (laboral)

1. Transcurrido un periodo de carencia de un mes y siempre que figure expresamente indicado en las Condiciones Particulares del seguro, se indemnizará la muerte del asegurado a causa de infarto de miocardio cuando éste ocurra como consecuencia directa y exclusiva del desarrollo de su actividad laboral.

Para que esta garantía tenga validez es necesario que:

- la muerte sea calificada como “accidente de trabajo” por la autoridad competente, y que
 - el asegurado no haya padecido enfermedades cardiovasculares con anterioridad a la fecha de contratación de la póliza.
2. La cuantía del capital garantizado por este concepto queda limitada al 50% del capital asegurado en “Muerte por accidente”, con un máximo de 60.000 EUR. Esta garantía queda automáticamente extinguida en el contrato al vencimiento de la anualidad en la que el asegurado alcance la edad actuarial (ver glosario) de 65 años.

Su seguro no cubre

1. **El infarto de miocardio sobrevenido fuera de la actividad laboral del asegurado o en el curso de cualquier enfermedad.**
2. **Ninguna de las restantes garantías de este seguro da lugar a indemnización por infarto de miocardio.**
3. **En ningún caso tendrán carácter adicional entre sí los capitales contratados que se indiquen en las Condiciones Particulares de “Muerte por accidente” y “Muerte por infarto de miocardio laboral”.**

4. INVALIDEZ PERMANENTE

¿Qué es?

Por esta garantía, el asegurador abonará al asegurado la indemnización pactada en las Condiciones Particulares si, como consecuencia de un accidente, se le ocasiona una Invalidez Permanente, comprobada y fijada en el plazo de un año a contar desde la fecha de ocurrencia de dicho accidente.

¿Qué cubre su seguro?

El pago de una indemnización que se determinará por baremo en función del grado de invalidez contraído.

¿Cómo se determina el importe de la indemnización?

1. La evaluación del grado de invalidez correspondiente se realizará tomando como base el cuadro de porcentajes que figura a continuación, según el tipo de Invalidez Permanente contratado, reflejado en las Condiciones Particulares (Invalidez Permanente Básica o Invalidez Permanente Progresiva 225 o Invalidez Permanente Progresiva 350). Los distintos tipos de invalidez no son acumulables.

2. La progresividad 225 o 350 será de aplicación cuando figure contratada en las Condiciones Particulares del seguro exclusivamente para las lesiones sufridas por el asegurado que tengan asignadas en cada caso un porcentaje superior al 25% del reflejado en el baremo para el tipo de la Invalidez Permanente Básica.
3. Las indemnizaciones que recoge el siguiente baremo se expresan en porcentajes del capital fijado para la cobertura de “Invalidez Permanente Básica” en las Condiciones Particulares:

Se considera Invalidez Permanente Total:	Invalidez Permanente Básica	Invalidez Permanente Progresiva Tipo 225	Invalidez Permanente Progresiva Tipo 350
La pérdida completa o impotencia funcional absoluta y permanente de ambos brazos o manos, piernas o pies, o de un brazo y un pie, o un brazo y una pierna, o una mano y un pie	100%	225%	350%
Enajenación mental, absoluta e incurable	100%	225%	350%
Ceguera absoluta o parálisis completa	100%	225%	350%
Pérdida total de movimiento de toda la columna vertebral, con o sin manifestaciones neurológicas	100%	225%	350%

Se considera Invalidez Permanente Parcial:	Invalidez Permanente Básica	Invalidez Permanente Progresiva Tipo 225	Invalidez Permanente Progresiva Tipo 350
La pérdida total del brazo derecho o de la mano derecha	60%	105%	150%
Pérdida total de brazo izquierdo o de la mano izquierda	50%	75%	100%
Pérdida total del movimiento del hombro derecho	25%	25%	25%
Pérdida total de movimiento del hombro izquierdo	20%	20%	20%
Pérdida total del movimiento del codo derecho	20%	20%	20%
Pérdida total del movimiento del codo izquierdo	15%	15%	15%
Pérdida total del movimiento de la muñeca derecha	20%	20%	20%
Pérdida total del movimiento de la muñeca izquierda	15%	15%	15%
Pérdida total del pulgar y el índice derechos	30%	35%	40%
Pérdida total del pulgar y el índice izquierdos	30%	35%	40%
Pérdida total de tres dedos, comprendidos el pulgar y el índice de la mano derecha	35%	45%	55%
Pérdida total de tres dedos, comprendidos el pulgar y el índice de la mano izquierda	30%	35%	40%
Pérdida total de tres dedos que no sean el pulgar o el índice derechos	25%	25%	25%
Pérdida total de tres dedos que no sean el pulgar o el índice izquierdos	20%	20%	20%

Pérdida total del pulgar derecho y de otro dedo que no sea el índice de la mano derecha	30%	35%	40%
Pérdida total del pulgar izquierdo y de otro dedo que no sea el índice de la mano izquierda	25%	25%	25%
Pérdida total del índice derecho y de otro dedo que no sea el pulgar de la mano derecha	20%	20%	20%
Pérdida total del índice izquierdo y de otro dedo que no sea el pulgar de la mano izquierda	17%	17%	17%
Pérdida total solamente del pulgar derecho	22%	22%	22%
Pérdida total solamente del pulgar izquierdo	18%	18%	18%
Pérdida total solamente del índice derecho	15%	15%	15%
Pérdida total solamente del índice izquierdo	12%	12%	12%
Pérdida total del dedo mayor, del anular o del meñique derechos	10%	10%	10%
Pérdida total del dedo mayor, del anular o del meñique izquierdos	8%	8%	8%
Pérdida total de dos de estos últimos dedos derechos	15%	15%	15%
Pérdida total de dos de estos últimos dedos izquierdos	12%	12%	12%
Pérdida total de una pierna o amputación por encima de la rodilla	50%	75%	100%
Pérdida total de una pierna por debajo de la rodilla o la amputación de un pie	40%	55%	70%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	40%	55%	70%
Pérdida de movimiento de la articulación subastragalina	10%	10%	10%
Pérdida completa del movimiento de la garganta de un pie	20%	20%	20%
Pérdida total del dedo gordo de un pie	10%	10%	10%
Fractura con consolidada de una pierna o un pie	25%	25%	25%
Fractura no consolidada de una rótula	20%	20%	20%
Pérdida total del movimiento de una cadera o de una rodilla	20%	20%	20%

Acortamiento, por lo menos de cinco centímetros, de un miembro inferior (la pérdida anatómica total de un metatarsiano será equivalente a la pérdida de la tercera falange del dedo a que corresponda)	15%	15%	15%
Pérdida total de uno de los demás dedos de un pie	5%	5%	5%
Pérdida completa de movimientos de la columna cervical, con o sin manifestaciones neurológicas	33%	41%	49%
Pérdida completa de movimientos de la columna dorsal, con o sin manifestaciones neurológicas	33%	41%	49%
Pérdida completa de movimientos de la columna lumbar, con o sin manifestaciones neurológicas	33%	41%	49%
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de visión binocular	30%	35%	40%
Si la visión del otro ojo estaba perdida antes del accidente	50%	75%	100%
Sordera completa de los dos oídos	40%	55%	70%
Sordera completa de un oído	10%	10%	10%
Si la sordera del otro oído ya existía antes del accidente	20%	20%	20%
Pérdida total de una oreja	7,5%	7,5%	7,5%
Pérdida total de las dos orejas	15%	15%	15%
Deformación o desviación del tabique nasal que impida la función respiratoria	5%	5%	5%
Pérdida total de la nariz	15%	15%	15%
Pérdida total del maxilar inferior o ablación completa de la mandíbula	25%	25%	25%
La pérdida de sustancia ósea en la pared craneal que no haya sido sustituida por materiales adecuados será equivalente a un porcentaje de un 1% por cada cm ² , pero con el máximo porcentaje que corresponda	15%	15%	15%

Reglas que regulan la Invalidez Permanente

1. En los casos no previstos, como en los de pérdida parcial de miembros, el grado de invalidez se fijará en proporción a su gravedad por comparación con las situaciones de invalidez indicadas.
2. En el caso de que el asegurado perdiese simultáneamente varios de dichos miembros, el grado de invalidez se fijará sumando las respectivas tasaciones pero, en ningún caso, podrá exceder del 100% para la cobertura de Invalidez Permanente Básica, o del 225 o 350%, para el caso de coberturas de Invalidez Permanente Progresiva del tipo 225 o 350, respectivamente.
3. Si un accidente afecta a un órgano o miembro que ya presentaba un defecto físico o funcional, el grado de invalidez vendrá determinado por la diferencia entre el preexistente y el que resulte del accidente.
4. Si el asegurado fuera zurdo y así lo hubiera declarado en la solicitud del seguro, los porcentajes de invalidez previstos para el miembro superior derecho se aplicarán al miembro superior izquierdo y viceversa.
5. La impotencia funcional absoluta y permanente de un miembro es asimilable a la pérdida del mismo.
6. Si después del pago de la indemnización por Invalidez Permanente, el asegurado muere a consecuencia del accidente que la originó en el plazo de un año, a contar desde la fecha en que ocurrió dicho accidente, el asegurador abonará la diferencia entre la indemnización pagada y la garantizada para caso de muerte, si esta última es superior. En caso contrario, no procederá reembolso alguno por parte del beneficiario.

5. GRAN INVALIDEZ

¿Qué es?

Es la situación del asegurado afectado de invalidez permanente total que, debido a pérdidas anatómicas o funcionales sufridas a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, necesita la asistencia de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida, tales como comer, desplazarse, vestirse y funciones vitales análogas.

¿Qué cubre?

El asegurador garantiza al asegurado que se encuentre en esta situación una indemnización cuya cuantía se determina en las Condiciones Particulares.

6. INVALIDEZ TEMPORAL

¿Qué es?

Situación en la que el asegurado está imposibilitado transitoriamente para el desempeño de sus ocupaciones habituales o domésticas a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza. Dichas ocupaciones deben estar declaradas en la solicitud de seguro y reflejadas en las Condiciones Particulares.

Si se contrata la cobertura de Invalidez Temporal, ésta deberá quedar reflejada en las Condiciones Particulares.

¿Qué cubre?

Una indemnización, previamente contratada, por cada día en que el asegurado se encuentre completamente incapacitado para atender sus ocupaciones habituales o domésticas, hasta el límite de un año natural (ininterrumpido) a contar desde la fecha del accidente.

Reglas que regulan la Invalidez Temporal

1. Se tendrá derecho a esta indemnización desde el día siguiente a aquél en el que finalice el periodo de franquicia. Si no existiera período de franquicia el derecho se devengará desde el día de comienzo de la baja.

2. El día del alta se considera no indemnizable a todos los efectos y por lo tanto no se percibirá indemnización.
3. Si el periodo de incapacidad temporal se prolonga debido al plazo de espera existente en los servicios médicos que atiendan al asegurado para la realización de una prueba diagnóstica especial, DKV Seguros podrá proponer, o el propio Asegurado podrá solicitar autorización, para que dicha prueba sea realizada en un centro designado por DKV Seguros.

A tal efecto tienen la consideración pruebas diagnósticas especiales:

- Ecografía en traumatología muscular o articular.
- Electromiograma.
- Radiología simple.
- Escáner/T.A.C.
- Resonancia Magnética Nuclear.

El coste de dicha prueba será asumido por DKV cuando la prueba prescrita por el médico que atiende al asegurado tenga pendiente en el momento de su autorización un periodo de espera para su realización

superior a 30 días. Cuando el asegurado rehúse la realización de la prueba según lo estipulado en este punto 3, cesará el devengo de la prestación a los treinta días de la propuesta de DKV Seguros. El periodo de baja sólo podrá reanudarse cuando los informes médicos realizados con posterioridad a la realización de la prueba diagnóstica justifiquen la inactividad laboral.

4. Cuando el asegurado no ejerza profesión definida, la invalidez temporal se considerará terminada a todos los efectos cuando pueda efectuar salidas de su domicilio.
5. Cuando el asegurado ejerza cualquier tipo de profesión, la indemnización diaria pactada se reducirá a la mitad desde que su invalidez limite sólo parcialmente la dedicación a sus tareas habituales.
6. La indemnización por “Invalidez Temporal”, que se abona independientemente de la que corresponda por “Muerte” o “Invalidez Permanente”, cesa, en todo caso, en el momento en que se produzca la primera o se fije esta última.
7. Salvo en casos de fuerza mayor, cuando la declaración de siniestro se comunique fuera del plazo legal (art. 16 L.C.S^o), la indemnización que percibirá el beneficiario por el periodo de tiempo transcurrido entre las fechas de ocurrencia del accidente y

de comunicación al asegurador, no excederá de la correspondiente a siete días.

8. DKV Seguros podrá exigir la presentación de una copia de los partes de baja o alta emitidos por el organismo oficial nacional o autonómico competente, si bien éstos no serán vinculantes para la entidad.
9. En todo caso la Invalidez Temporal se considerará terminada cuando el asegurado pase a la situación de jubilación o desempleo o situación asimilada al mismo.

7. HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

¿Qué es?

El internamiento del asegurado en un centro hospitalario, por un tiempo superior a 24 horas, por prescripción médica y con fines diagnósticos o terapéuticos, a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.

¿Qué cubre?

Una indemnización, cuya cuantía se especifica en las Condiciones Particulares de la póliza, por cada día de internamiento, con el límite de un año a contar desde la fecha de ocurrencia del accidente.

Corresponde al asegurado notificar al asegurador, de forma fehaciente, la fecha, hora y circunstancias del accidente, así como los días de hospitalización debidos al mismo, con los correspondientes justificantes.

8. ASISTENCIA MÉDICA

¿Qué es?

Esta garantía se refiere a los gastos de la asistencia prestada al asegurado en un centro sanitario por las lesiones sufridas a causa de un accidente cubierto por la póliza.

¿Qué cubre?

Si se contrata la cobertura de asistencia médica por accidente, ésta deberá quedar reflejada en las condiciones particulares de la póliza.

Siempre que deriven de un accidente cubierto por la póliza, esta garantía cubre:

- Los gastos de asistencia médica, farmacia, internamiento sanatorial y rehabilitación física; hasta el límite máximo de las cantidades aseguradas fijadas en las condiciones particulares.
- El transporte sanitario de urgencia y los traslados autorizados por DKV Seguros; hasta el límite máximo de 1.000 euros por siniestro.
- El conjunto de aparatos ortopédicos y prótesis, incluidas las derivadas de la asistencia bucodental; hasta el límite máximo de 1.000 euros por siniestro.

DKV Seguros se hará cargo de dichos gastos durante un periodo máximo de un año natural ininterrumpido a contar desde la fecha del accidente cubierto por la póliza.

Si el asegurado decide seguir tratamiento mediante medios propios de DKV Seguros, ésta se hará cargo directamente de los gastos que se produzcan. Si lo hace mediante medios ajenos, DKV Seguros abonará al asegurado los gastos que se produzcan, siempre con los límites máximos de las cantidades aseguradas fijadas en las condiciones particulares.

DKV Seguros abonará los gastos que se deriven de la asistencia de urgencia y primeros auxilios, con independencia del médico o centro que los preste, y hará uso del derecho de designación de médicos y clínicas en el momento en que el lesionado pueda ser trasladado del centro en que se realizó el primer tratamiento, de acuerdo con el criterio del facultativo que DKV Seguros designe para ello.

Esta garantía tiene cobertura únicamente dentro del límite del territorio nacional.

Acceso a las coberturas. Tarjeta DKV Medicaid®.

Al contratar esta garantía de asistencias médica por accidente se le entrega la tarjeta DKV Medicaid®, que es el medio por el cual usted se identifica como asegurado de DKV Seguros ante la Red DKV de servicios sanitarios para seguros de renta y accidentes.

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

La tarjeta DKV Medicaid® es de uso personal e intransferible. Si pierde la tarjeta DKV Medicaid®, puede ponerse en contacto con DKV Seguros y le enviaremos una nueva.

Los servicios cubiertos por la póliza pueden ser de libre acceso o precisar autorización previa de DKV Seguros.

Con carácter general, son de libre acceso, mediante la tarjeta DKV Medicaid®, las consultas de urgencia (ver apartado anterior). El resto de asistencia sanitaria garantizada que se preste por facultativos o centros designados o aceptados por DKV pertenecientes a la Red DKV de servicios sanitarios para seguros de renta y accidente requieren de autorización previa. Dicha asistencia deberá tener su origen en un siniestro cubierto por la póliza. En este caso se contemplan, por ejemplo, ingresos hospitalarios, intervenciones quirúrgicas,

prótesis e implantes quirúrgicos, sesiones de rehabilitación, traslados en ambulancia, etc.

DKV Seguros emitirá las correspondientes autorizaciones para acceder a las prestaciones, con la prescripción escrita de un médico de la Red DKV de servicios sanitarios para seguros de renta y accidentes, tras las oportunas comprobaciones administrativas, salvo que entendiéndose que se trata de una prestación no cubierta por la póliza.

Las autorizaciones se pueden solicitar en cualquiera de las oficinas de DKV Seguros.

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

No obstante lo establecido en los párrafos anteriores, en los casos de urgencia será suficiente la orden del médico de la Red DKV de servicios sanitarios para seguros de renta y accidentes, siempre que el asegurado o persona en su nombre notifique el hecho de manera probada a DKV Seguros y obtenga su confirmación y autorización dentro de las 72 horas siguientes al ingreso en la institución hospitalaria o a la prestación del servicio asistencial.

El derecho de libertad de elección de médico y de centro supone la ausencia de responsabilidad directa, solidaria o subsidiaria de DKV Seguros por los actos de aquéllos, sobre los que DKV Seguros no tiene capacidad de control a causa de la protección del secreto profesional, la confidencialidad de los datos sanitarios y la prohibición del intrusismo de terceros en la actividad sanitaria. Al ser la medicina una actividad de medios y no de resultados, DKV Seguros tampoco garantiza el buen fin de los actos médicos a los que la póliza da cobertura.

CAPITALES ADICIONALES

9. EN CASO DE MUERTE POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN

¿Qué cubre?

El capital adicional determinado en las Condiciones Particulares de la póliza, que el asegurador abonará al beneficiario designado si el asegurado muere a consecuencia de un accidente de circulación cubierto por la póliza.

Su seguro no cubre

Los accidentes que le ocurran al asegurado como conductor profesional.

Los capitales adicionales por Muerte e Invalidez Permanente Total por accidente de circulación no son acumulables entre sí.

10. EN CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN

¿Qué cubre?

Exclusivamente para las situaciones descritas como Invalidez Permanente Total al comienzo de la tabla del Artículo 4, queda cubierto el capital adicional determinado en las Condiciones Particulares de la póliza, que el asegurador abonará al asegurado en caso de invalidez permanente total como consecuencia de un accidente de circulación cubierto por la póliza.

Su seguro no cubre

Los accidentes que le ocurran al asegurado como conductor profesional.

11. ALCANCE DE LAS GARANTÍAS

¿Qué es?

Determina la extensión de la cobertura que otorga el seguro, a petición del tomador, y que será indicada expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

Modalidades

- 1. Cobertura 24 horas:** garantiza una indemnización por los accidentes ocurridos al asegurado tanto en el ejercicio de la actividad profesional declarada por él mismo en la solicitud de seguro, como en su vida privada.
- 2. Cobertura profesional:** garantiza una indemnización por los accidentes padecidos por el asegurado exclusivamente durante el ejercicio de la profesión declarada en la solicitud y reflejada en las Condiciones Particulares de la póliza.
- 3. Cobertura extraprofesional:** garantiza una indemnización por los accidentes sufridos por el asegurado exclusivamente en su vida privada.

4. Cobertura de circulación:

- Modalidad 1: garantiza una indemnización por los accidentes de circulación sufridos por el asegurado, salvo aquellos que le ocurran como conductor profesional.
- Modalidad 2: garantiza una indemnización por los accidentes de circulación sufridos por el asegurado, incluidos aquellos que le ocurran como conductor profesional.

12. ÁMBITO TERRITORIAL DEL SEGURO

¿Qué cubre?

Siempre que se hagan constar en las Condiciones Particulares de la póliza:

- Las garantías de “Muerte”, “Invalidez Permanente”, “Gran Invalidez”, “Invalidez Temporal” y “Asistencia Médica” otorgan cobertura a siniestros ocurridos en todo el mundo, siempre que el domicilio habitual del asegurado se encuentre efectivamente en España.
- Las garantías de “Invalidez Temporal” y de “Asistencia Médica” se aplicarán únicamente cuando el asegurado se encuentre en territorio nacional. La garantía de “Hospitalización por accidente” está limitada al territorio de la Unión Europea, Estados Unidos de América y Canadá.

13. PERSONAS NO ASEGURABLES

¿Quiénes son?

Las personas que no pueden suscribir este seguro y que se enuncian a continuación:

1. Los mayores de 65 años y los menores de 14 años.

No obstante, en el primer caso, el asegurador podrá aceptar la prórroga de año en año de los contratos ya existentes hasta que el asegurado cumpla la edad de 70 años, momento en que la póliza queda cancelada.

En el caso de los menores de 14 años, la garantía de “Muerte” queda sustituida por una suma máxima de 3.000 EUR para gastos de sepelio (tal y como se establece en el artículo 3 de este documento).

2. Los consumidores habituales de estupefacientes y drogas.
3. Los afectados de ceguera o miopía superior a 12 dioptrías, sordera completa, enajenación mental, apoplejía, epilepsia, sida, diabetes, alcoholismo, o enfermedades de la médula espinal.

14. ACCIDENTES NO CUBIERTOS

No están incluidos en el seguro los accidentes:

1. Debidos a hechos de carácter extraordinario o catastrófico, que quedarán cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros (ver artículo 16 de este documento).
2. Los derivados de la participación del asegurado en riñas (salvo cuando actúe en legítima defensa), apuestas, desafíos y actos delictivos.
3. Los accidentes cardiovasculares y el Infarto de Miocardio en todas sus formas salvo los garantizados en el apartado “Muerte por infarto de miocardio (laboral)”, descrito en el artículo 3 de estas Condiciones Generales.
4. Los acaecidos en estado de enajenación mental, embriaguez o bajo el efecto de drogas tóxicas o estupefacientes, y la patología psiquiátrica no orgánica (sin lesión encefálica objetivable).

A efectos de esta póliza, se considera que hay embriaguez cuando el grado de alcohol en sangre supere los límites legalmente establecidos para calificar la conducta como delictiva

o cuando el asegurado sea condenado o sancionado por esta causa.

5. Los derivados de la participación del asegurado en expediciones científicas, actividades subacuáticas con utilización de aparatos de respiración autónoma, entrenamientos y competiciones o pruebas de velocidad o resistencia con cualquier tipo de vehículo.
6. Los provocados por autolesiones, suicidio o tentativa del mismo.
7. Los provocados en el ejercicio o práctica de cualquier deporte como profesional (o percibiendo cualquier tipo de remuneración), así como los ocurridos como consecuencia de participación en competiciones o torneos organizados por federaciones o asociaciones deportivas.

Igualmente, los provocados en la práctica de actividades y deportes aéreos y de aventura, alpinismo, barranquismo, escalada, boxeo, artes marciales, bobsleigh, esquí y snowboard fuera de pista, pelota a pala larga, cesta punta, submarinismo, rugby, torero, encierro de reses bravas y otras prácticas manifiestamente peligrosas.

- 8. Los derivados de la conducción de vehículos sin el correspondiente permiso expedido por la autoridad competente.**
- 9. Las hernias de cualquier tipo o naturaleza. Las lesiones que vengan provocadas por movimientos repetitivos o esfuerzos planificados.**
- 10. Los daños ocasionados por reacción o radiación nuclear o solar, contaminación radiactiva o fenómenos nucleares, cualquiera que sea la causa que los produzca.**
- 11. En general, los derivados de patología o accidente cuyo origen sea anterior a la fecha de contratación de la póliza aunque las consecuencias de los mismos persistan, se manifiesten o determinen durante la vigencia de esta.**

15. ACCIDENTES ASEGURABLES MEDIANTE SOBREPIMA

¿Qué son?

Riesgos que no cubre esta póliza salvo que expresamente se incluyan en las Condiciones Particulares y se abone por ellos la sobreprima (ver glosario) que corresponda. Son los siguientes:

1. El uso de ciclomotores, motocicletas, quads o motos de agua, tanto si el asegurado es conductor como ocupante.
2. El uso de embarcaciones a vela o a motor en alta mar (distancia superior a 2 km de la costa).
3. El senderismo, trekking, espeleología, natación submarina y caza mayor.
4. Práctica del esquí, snowboard y de cualquier deporte relacionado con la monta o manejo de caballos.

16. CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España o en el extranjero, cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la

póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.

b) Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados); y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de

Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

2. Riesgos excluidos

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la

zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.

- f) **Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.**
- g) **Los causados por mala fe del asegurado.**
- h) **Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.**
- i) **Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».**

3. Extensión de la cobertura

1. La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.
2. En las pólizas de seguro de vida que de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

COMUNICACIÓN DE DAÑOS AL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros

con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.

2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:
 - Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 o 952 367 042).
 - A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorseguros.es).
3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.
4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

DERECHOS Y OBLIGACIONES

17. DECLARACIONES SOBRE EL RIESGO AL EFECTUAR EL SEGURO Y DURANTE SU VIGENCIA

1. Esta póliza ha sido concertada en función de las declaraciones formuladas por el tomador del seguro en el cuestionario al que le ha sometido el asegurador y que ha motivado, por parte de éste, la aceptación del riesgo, la asunción de las obligaciones que para él se derivan del contrato y la fijación de la prima.

El tomador deberá declarar al asegurador con veracidad, diligencia y sin reserva mental, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo (artículo 10 Ley del Contrato de Seguro).

Si el asegurador no le somete a cuestionario o cuando, aun haciéndolo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él, el tomador quedará exonerado.

2. El tomador del seguro y, en su caso, el asegurado o beneficiario, deberá durante el curso del contrato comunicar al asegurador tan pronto como le sea posible todas

las circunstancias que, según el cuestionario al que le ha sometido el asegurador antes de la perfección del contrato, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por el asegurador en el momento de la suscripción del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

3. Igualmente, el tomador del seguro y, en su caso, el asegurado o beneficiario, deberá comunicar al asegurador, tan pronto como le sea posible, el cambio de profesión o domicilio del asegurado.

Si alguno de estos cambios supone una agravación del riesgo, será de aplicación lo establecido en el artículo 19 de estas Condiciones Generales. Si por el contrario supone una disminución del riesgo, será de aplicación lo dispuesto en el artículo 22.

18. AL EFECTUAR EL SEGURO Y DURANTE SU VIGENCIA

1. El tomador del seguro debe comunicar al asegurador la existencia de otras pólizas que tenga contratadas con distintos aseguradores y cubran los efectos que un mismo riesgo puede producir sobre el mismo interés y la misma persona. El incumplimiento de este deber sólo puede dar lugar a una reclamación por los daños y perjuicios que origine, sin que el asegurador pueda deducir de la suma asegurada cantidad alguna por este concepto.

19. EN CASO DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO

1. En caso de que, durante la vigencia de la póliza, le fuese comunicada al asegurador una agravación del riesgo, éste puede proponer una modificación de las condiciones del contrato en un plazo de dos meses, a contar desde el día en que la agravación le haya sido declarada.

En tal caso, el tomador del seguro dispone de quince días, a contar desde la recepción de esta proposición, para aceptarla o rechazarla.

En caso de rechazo o de silencio por parte del tomador, el asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al tomador del seguro, dándole un nuevo plazo de quince días. Transcurrido este periodo y dentro de los ocho días siguientes, el asegurador comunicará al tomador del seguro la rescisión definitiva.

2. Igualmente, el asegurador podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al asegurado, dentro de un mes a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.

3. Si sobreviene un siniestro sin haberse realizado declaración de la agravación del riesgo y el tomador o el asegurado han actuado de mala fe, el asegurador queda liberado de su prestación.

En otro caso, la prestación del asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. (Ver glosario: “Regla proporcional”).

4. Si durante el tiempo de vigencia del seguro, se produjera una agravación del riesgo que debiera dar lugar a un aumento de prima, y se rescindiera por esta causa el contrato, la aseguradora hará suya la totalidad de la prima cobrada.

Siempre que dicha agravación se produzca por causas ajenas a la voluntad del asegurado, éste tendrá derecho a ser reembolsado de la parte de prima satisfecha correspondiente al periodo que falte de transcurrir de la anualidad en curso.

20. RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

1. El asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro o asegurado, en el plazo de un mes a contar desde la fecha de conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro.

Desde el momento mismo en que el asegurador haga esta declaración, serán de su propiedad las primas correspondientes al periodo en curso, salvo que concurran dolo o culpa grave por su parte.

2. Si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haya hecho la declaración a que se refiere el número anterior, la prestación de éste se reducirá en la misma proporción existente entre la prima convenida en la póliza y la que corresponda de acuerdo con la verdadera entidad del riesgo.
3. Cuando la reserva o inexactitud se hubiere producido mediante dolo o culpa grave del tomador del seguro, el asegurador quedará liberado del pago de la prestación.

4. La presente póliza se entiende contratada por una anualidad, salvo pacto contrario, con posibilidad de prórroga al vencimiento por anualidades renovables, si no existe oposición en forma, comunicada de forma fehaciente, a la prórroga por cualquiera de las partes. DKV Seguros puede oponerse a la prórroga del contrato mediante notificación escrita al tomador del seguro, si no le va a renovar la póliza o si va a hacer cambios en ella, con una antelación mínima de dos meses a la fecha de vencimiento.

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

21. FACULTADES DEL TOMADOR DEL SEGURO

1. Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar a la entidad aseguradora, en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza, para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.
2. Además, cuando el contrato de seguro se celebre utilizando una técnica de contratación a distancia, si el tomador del seguro es una persona física, podrá desistir del contrato sin necesidad de indicar los motivos y sin que se le aplique penalización alguna, dentro del plazo de los 14 días naturales siguientes a la fecha en que la aseguradora le entregue, mediante soporte duradero, la documentación correspondiente a la póliza. **Si, en cumplimiento del contrato de seguro, DKV hubiese dado cobertura a algún siniestro o prestado algún servicio, podrá exigir el reembolso de lo pagado con anterioridad a hacerse efectivo el desistimiento.**

El tomador podrá ejercer el citado derecho de desistimiento mediante una carta firmada al domicilio de la aseguradora: Torre DKV, avenida María Zambrano, 31 -

50018 (Zaragoza); o a través de la dirección de correo electrónico: bajas@dkvseguros.es, identificando claramente en ambos casos, sus datos personales y los del contrato sobre el que desea ejercitar el derecho de desistimiento.

El contrato quedará extinguido y, consecuentemente, sin cobertura del riesgo asegurado, en la misma fecha en que la aseguradora reciba la notificación del desistimiento por parte del tomador, quien tendrá derecho a la devolución de la parte proporcional de la prima no consumida que corresponda una vez descontado el importe del servicio prestado. Dicha devolución tendrá lugar en el plazo máximo de 14 días naturales desde el día de notificación del desistimiento.

22. EN CASO DE DISMINUCIÓN DEL RIESGO

1. El tomador del seguro o el asegurado podrán, durante el curso del contrato, poner en conocimiento del asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la suscripción del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables para el tomador del seguro.
2. En tal caso, al finalizar el periodo en curso cubierto por la prima, el asegurador deberá reducir el importe de la prima futura en la proporción correspondiente. En caso contrario a la resolución del contrato, el tomador o asegurado tiene derecho a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

23. PAGO DE PRIMAS

1. El tomador del seguro está obligado al pago de la prima en los términos establecidos en la póliza.
2. Si se han pactado primas periódicas, los recibos de prima deberán hacerse efectivos en los correspondientes vencimientos por anticipado. El primer recibo será exigible a la firma del contrato.

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

En todo caso, y salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación.

El asegurador sólo queda obligado por los recibos librados por la compañía.

3. En caso de falta de pago de una de estas primas, la cobertura del asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al

vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido.

El asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.

4. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido, conforme a lo expuesto en los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el tomador del seguro pagó la prima correspondiente al periodo en que la cobertura haya estado en suspenso por su falta de pago.
5. El tomador del seguro puede solicitar el fraccionamiento de pago de las primas anuales a semestrales, trimestrales o mensuales, en cuyo caso se aplicará el recargo correspondiente.

El fraccionamiento mensual, trimestral o semestral del pago de la prima no libera al tomador de la obligación de abonar la totalidad de la prima anual.

6. Si en las Condiciones Particulares no se determina ningún lugar para el pago de la prima se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del tomador del seguro.

7. Si se pacta la domiciliación bancaria de los recibos de prima, se aplicarán las siguientes normas:

- a) El tomador del seguro entregará al asegurador una carta dirigida al establecimiento bancario o caja de ahorros, dando la orden oportuna al efecto.
- b) La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que al intentar el cobro no existiesen fondos suficientes en la cuenta del obligado a pagarla.

En este caso, el asegurador notificará al asegurado que tiene el recibo a su disposición en el domicilio del asegurador y el asegurado estará obligado a satisfacer la prima en dicho domicilio.

- c) Si el asegurador dejase transcurrir el plazo de un mes sin presentar el recibo al cobro y al hacerlo no existiesen fondos suficientes en la cuenta, el asegurador deberá notificar tal hecho al obligado a pagar la prima, por carta certificada o un medio indubitado, concediéndole un nuevo plazo de un mes para que comunique al asegurador la forma en que satisfará su importe.

Este plazo se computará desde la recepción de la expresada carta o notificación en el último domicilio comunicado al asegurador.

8. Rehabilitación del seguro. El seguro suspendido puede ser rehabilitado o puesto de nuevo en vigor en las mismas condiciones en que se contrató, mediante el pago de las primas atrasadas. El asegurado deberá presentar las pruebas que sean suficientes y satisfactorias para demostrar que en el momento de la rehabilitación se halla en las condiciones exigidas para contratar la póliza de seguro.

24. ¿QUÉ DEBE HACER SI SE PRODUCE UN SINIESTRO?

1. En caso de accidente cubierto por esta póliza, el tomador del seguro, el asegurado, sus derechohabientes o los beneficiarios deberán comunicarlo al asegurador dentro de los siete días siguientes a la ocurrencia del accidente, salvo causas de fuerza mayor.
2. Cumplimentar la correspondiente declaración de siniestro donde facilitarán toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del mismo.

En caso de violación de este deber, la pérdida del derecho a la indemnización sólo se producirá en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave.
3. Asimismo deberán aportar en su momento, a petición del asegurador, justificantes originales de honorarios médicos, certificados, partes de alta y baja, hospitalización, etc.
4. El asegurador puede reclamar los daños y perjuicios causados por la demora o falta de declaración, salvo que se demuestre que tuvo conocimiento del siniestro por otros medios.
5. Ocurrido el siniestro, el asegurado debe recurrir a los cuidados de un médico, seguir sus prescripciones y efectuar todas las diligencias necesarias para la conservación de su vida y pronto restablecimiento:
 - a) El incumplimiento de este deber dará derecho al asegurador a reducir su prestación en la proporción oportuna, teniendo en cuenta la importancia de los daños derivados del mismo y el grado de culpa del asegurado.
 - b) Si este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al asegurador, éste quedará liberado de toda prestación derivada del siniestro.

25. ¿CÓMO JUSTIFICAR LA MUERTE O INVALIDEZ PERMANENTE?

1. En caso de muerte del asegurado será necesario aportar al asegurador, si no se hubiera hecho con anterioridad:

- a) Certificación literal de la inscripción de la defunción del Asegurado en el Registro Civil correspondiente.
- b) Informe médico o médicos que le hayan asistido, indicando la evolución de las consecuencias del accidente que ha originado su muerte.
- c) Documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de beneficiario.
- d) Carta de pago o exención del Impuesto General sobre Sucesiones.

2. En caso de invalidez permanente que derive del accidente, el grado de invalidez se determinará después de la presentación del certificado médico de incapacidad, una vez que el estado del asegurado sea reconocido como definitivo, pero siempre dentro del plazo de un año a contar desde la fecha del accidente.

El asegurador notificará por escrito al asegurado la cuantía de la indemnización que le corresponda,

de acuerdo con el grado de invalidez que deriva del certificado médico y de los baremos fijados en el artículo 4 de estas Condiciones Generales (garantía de “Invalidez Permanente”).

Si el asegurado no aceptase la proposición del asegurador en lo referente al grado de invalidez, las partes se someterán a la decisión de peritos médicos, conforme con el artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro.

26. ¿CÓMO SE DETERMINAN LAS INDEMNIZACIONES?

1. Si las partes se pusieran de acuerdo en cualquier momento sobre el importe y la forma de indemnización, se realizará lo estipulado en el artículo 27.

2. Si no se lograra el acuerdo mencionado en el punto anterior dentro del plazo de cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro, cada parte designará un perito médico. La aceptación de éstos deberá constar por escrito.

3. Una vez designados los peritos y aceptado el cargo, que será irrenunciable, éstos darán principio a sus trabajos seguidamente.

4. En caso de que los peritos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta en la que se harán constar las causas del siniestro, la valoración de los daños, las demás circunstancias que influyan en la determinación de la indemnización y la propuesta del importe líquido de la indemnización.

5. Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la parte que hubiera designado el suyo.

De no hacerlo en este último plazo, se entenderá que acepta el dictamen que emita el perito de la otra parte y quedará vinculada por el mismo.

6. Cuando no haya acuerdo entre los peritos, ambas partes designarán un tercer perito de conformidad. En caso contrario, el juez de primera instancia que sea competente hará la designación. En este caso, el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta días a partir de la aceptación de su nombramiento por el tercer perito.

7. El dictamen de los peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y en forma indubitada. Dicho dictamen será vinculante para éstos, salvo que se impugne judicialmente por alguna de las partes dentro del plazo de treinta días, en el caso del asegurador, y de ciento ochenta en el del asegurado, computados ambos desde la fecha de su notificación. Si no se interpusiese en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial será inatacable.

8. Cada parte satisfará los honorarios de su perito. Los del perito tercero y demás gastos que ocasione la tasación pericial serán por cuenta tanto del asegurado como del asegurador, a partes iguales.

No obstante, si cualquiera de las partes hubiera hecho necesaria la peritación por haber mantenido una valoración del daño manifiestamente desproporcionada, será ella la única responsable de dichos gastos.

27. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

1. El pago de la indemnización se ajustará a lo siguiente:
 - Si la fijación de los daños se hizo de común acuerdo, el asegurador deberá pagar la suma convenida en el plazo máximo de cinco días a contar desde la fecha en que ambas partes firmaron el acuerdo. Todo ello sin perjuicio de lo dispuesto en el número 3 de este artículo, en relación con la obligación del asegurador de satisfacer el importe mínimo a que esté obligado.
 - Si la tasación de los daños se hizo por acuerdo de peritos, el asegurador abonará el importe señalado por aquellos en un plazo de cinco días a partir del momento en que ambas partes hayan consentido y aceptado el acuerdo pericial, con lo que el mismo será inatacable.
2. No obstante, el asegurador queda autorizado a retener aquella parte de la suma asegurada en que, de acuerdo con las circunstancias por él conocidas, se estime la deuda tributaria aplicable en cada momento por las leyes fiscales.
3. Si el dictamen de los peritos fuera impugnado, el asegurador deberá abonar el importe mínimo de lo que él mismo pueda deber según las circunstancias por él conocidas.
4. Si el beneficiario hubiese causado dolosamente el siniestro, la designación hecha a su favor será nula. La indemnización corresponderá al tomador del seguro o, en su caso, a los herederos de éste.
5. Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro, el asegurador no hubiese realizado la reparación del daño o indemnizado su importe en metálico, por causa no justificada o que le fuere imputable, la indemnización se incrementará según lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro.
6. En el supuesto de que, por demora del asegurador en el pago del importe de la indemnización devenida inatacable, el asegurado o beneficiario se vieran obligados a reclamarlo judicialmente, la indemnización correspondiente se verá incrementada con el interés previsto en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro que, en este caso, empezará a devengarse desde que la valoración devino inatacable para

el asegurador y, en todo caso, con el importe de los gastos originados al asegurado por el proceso a cuya indemnización hará expresa condena la sentencia.

28. REVALORIZACIÓN AUTOMÁTICA DE INDEMNIZACIONES

Al objeto de mantener actualizado su valor y salvo pacto en contrario, las indemnizaciones aseguradas por el presente contrato se reajustarán automáticamente en cada vencimiento anual, en función de una de estas dos posibilidades:

1. En la misma proporción en que se incremente anualmente el Índice General de Precios al Consumo (IPC), publicado por el Instituto Nacional de Estadística.
2. Según un porcentaje fijo determinado por el tomador en el momento de la contratación de la póliza.

La revalorización de la indemnización tendrá su correspondiente efecto en la prima a satisfacer y se reflejará en el recibo.

29. SUBROGACIÓN

1. Exclusivamente en lo que se refiere a la garantía de “Asistencia médica”, el asegurador podrá ejercitar, con gastos a su cargo, los derechos y acciones que por razón del siniestro pudieran corresponder al asegurado frente a las personas responsables del accidente, sin poder ejercer, en perjuicio del mismo, los derechos en que se haya subrogado.
2. El asegurado estará obligado si fuera necesario, a ratificar esta subrogación y otorgar los oportunos poderes, siendo responsable de los perjuicios que con sus actos y omisiones pueda causar al asegurador en su derecho a subrogarse.

30. PRESCRIPCIÓN Y JURISDICCIÓN

1. Las acciones derivadas del contrato prescriben a los cinco años, a contar desde el día en que se puedan ejercitar.
2. Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato el del domicilio del asegurado en España. Cualquier pacto en contrario será nulo.

31. COMUNICACIONES

1. Las comunicaciones efectuadas por un corredor al asegurador, en nombre del tomador del seguro, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio tomador, salvo indicación en contrario.
2. El pago del importe de la prima efectuada por el tomador del seguro al corredor no se entenderá realizado a la entidad aseguradora salvo que, a cambio, el corredor entregue al tomador del seguro el recibo de prima oficial de la entidad aseguradora.
3. Las comunicaciones que efectúe el tomador del seguro al agente de seguros que media o que haya mediado en el contrato surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a la entidad aseguradora.
4. Para que tengan eficacia contractual, las comunicaciones entre asegurado (o su corredor) y asegurador (o su agente) deberán hacerse por escrito.
5. Las comunicaciones de DKV Seguros al tomador del seguro o al asegurado se realizarán a través de cualquiera de los datos de contacto facilitados por el tomador o el asegurado.

El tomador del seguro declara conocer todas las Condiciones Generales, Especiales y Particulares que forman parte de esta póliza y las acepta expresamente.

El tomador del seguro

El asegurado

Por DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E
Fernando Campos Márquez
Consejero delegado

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Fernando Campos Márquez', written in a cursive style.

DOCUMENTO DE ACEPTACIÓN EXPRESA DE CLÁUSULAS LIMITATIVAS

A los efectos del artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro, el tomador del seguro declara conocer específicamente y acepta de modo expreso las siguientes cláusulas limitativas establecidas por el asegurador dentro de las Condiciones Generales de la póliza, que excluyen la cobertura por parte de la compañía de los siguientes riesgos:

PERSONAS NO ASEGURABLES (Art. 13)

No son asegurables las siguientes personas:

1. Los mayores de 65 años y los menores de 14 años.

No obstante, en el primer caso, el asegurador podrá aceptar la prórroga de año en año de los contratos ya existentes hasta que el asegurado cumpla la edad de 70 años, momento en que la póliza queda cancelada.

En el caso de los menores de 14 años, la garantía de “Muerte” queda sustituida por una suma máxima de 3.000 EUR para gastos de sepelio (tal y como se establece en el artículo 3 de este documento).

2. Los consumidores habituales de estupefacientes y drogas.
3. Los afectados de ceguera o miopía superior a 12 dioptrías, sordera completa, enajenación mental, apoplejía, epilepsia, sida, diabetes, alcoholismo, o enfermedades de la médula espinal.

RIESGOS EXCLUIDOS (Art. 14)

Accidentes no cubiertos

No están incluidos en el seguro los accidentes:

1. Debidos a hechos de carácter extraordinario o catastrófico, que quedarán cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros (ver artículo 16 de este documento).
2. Los derivados de la participación del asegurado en riñas (salvo cuando actúe en legítima defensa), apuestas, desafíos y actos delictivos.
3. Los accidentes cardiovasculares y el Infarto de Miocardio en todas sus formas salvo los garantizados en el apartado “Muerte por infarto

de miocardio (laboral)”, descrito en el artículo 3 de estas Condiciones Generales.

4. Los acaecidos en estado de enajenación mental, embriaguez o bajo el efecto de drogas tóxicas o estupefacientes, y la patología psiquiátrica no orgánica (sin lesión encefálica objetivable).

A efectos de esta póliza, se considera que hay embriaguez cuando el grado de alcohol en sangre supere los límites legalmente establecidos para calificar la conducta como delictiva o cuando el asegurado sea condenado o sancionado por esta causa.

5. Los derivados de la participación del asegurado en expediciones científicas, actividades subacuáticas con utilización de aparatos de respiración autónoma, entrenamientos y competiciones o pruebas de velocidad o resistencia con cualquier tipo de vehículo.
6. Los provocados por autolesiones, suicidio o tentativa del mismo.
7. Los provocados en el ejercicio o práctica de cualquier deporte como profesional (o percibiendo cualquier tipo de remuneración), así como los ocurridos como consecuencia de participación en competiciones o torneos organizados por

federaciones o asociaciones deportivas.

Igualmente, los provocados en la práctica de actividades y deportes aéreos y de aventura, alpinismo, barranquismo, escalada, boxeo, artes marciales, bobsleigh, esquí y snowboard fuera de pista, pelota a pala larga, cesta punta, submarinismo, rugby, toreo, encierro de reses bravas y otras prácticas manifiestamente peligrosas.

8. Los derivados de la conducción de vehículos sin el correspondiente permiso expedido por la autoridad competente.
9. Las hernias de cualquier tipo o naturaleza. Las lesiones que vengan provocadas por movimientos repetitivos o esfuerzos planificados.
10. Los daños ocasionados por reacción o radiación nuclear o solar, contaminación radiactiva o fenómenos nucleares, cualquiera que sea la causa que las produzca.
11. En general, los derivados de patología o accidente cuyo origen sea anterior a la fecha de contratación de la póliza aunque las consecuencias de los mismos persistan, se manifiesten o determinen durante la vigencia de ésta.

RIESGOS ASEGURABLES MEDIANTE SOBREPRIMA (Art. 15)

Quedan excluidos de la cobertura de esta póliza, salvo que expresamente se incluyan en las Condiciones Particulares y en su caso se abone la sobreprima correspondiente:

1. El uso de ciclomotores, motocicletas, quads o motos de agua, tanto si el asegurado es conductor como ocupante.
2. El uso de embarcaciones a vela o a motor en alta mar (distancia superior a 2 km de la costa).
3. El senderismo, trekking, espeleología, natación submarina y caza mayor.
4. Práctica del esquí, snowboard y de cualquier deporte relacionado con la monta o manejo de caballos.

El tomador del seguro

El asegurado

Por DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E
Fernando Campos Márquez
Consejero delegado

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Fernando Campos Márquez', written in a cursive style.

DKV CLUB SALUD Y BIENESTAR

La contratación de este seguro permite al asegurado el acceso a un módulo de servicios adicionales, distintos de la cobertura del seguro, relacionados en éste apartado. Los asegurados pueden acceder a servicios de orientación médica telefónica, segunda opinión por enfermedad grave, y a servicios adicionales destinados a la promoción de la salud y bienestar con tarifas especiales, o previa adquisición de un bono en condiciones económicas ventajosas, a través de una red de profesionales y centros médicos concertados denominada “DKV Club Salud y Bienestar”.

Para obtener más información acerca de los servicios adicionales y el acceso a los mismos, consulte los centros médicos y proveedores de DKV Club Salud y Bienestar en la web www.dkvclubdesalud.com, llamando al teléfono 900 810 670 o directamente en cualquier sucursal de DKV Seguros.

900 810 072 | dkv.es



Descárgate la app



Descubre el espacio virtual de DKV
escaneando el código QR:



Servicio de atención
telefónica atendido por:

Fundación

INTEGRALIA DKV



Empresa saludable



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

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