

DKV ACCIDENTES

Lo tenemos todo previsto a nuestra medida

CONDICIONES GENERALES

DKV
SEGUROS MÉDICOS



¡Vive la Salud!

a member of **MUNICH HEALTH**

**PÓLIZA DE SEGUROS
DKV ACCIDENTES INDIVIDUAL**

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

CAPITAL SUSCRITO Y DESEMBOLSADO: 45.059.975,00 EUR.

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

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

Mod. RE CON-01000
Edición actualizada: Octubre 2010

3DNPo.CG/09_V5

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

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

	Páginas
CARTA DEL CONSEJERO DELEGADO	7
SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO	
Cláusula preliminar	11
GLOSARIO	13
¿CUÁL ES EL OBJETO DEL SEGURO?	16
GARANTÍAS QUE SE PUEDEN CONTRATAR	
Muerte	19
Fallecimiento de ambos cónyuges en accidente de circulación	20
Muerte por infarto de miocardio	20
Invalidez Permanente	21
Gran Invalidez	25
Invalidez Temporal	26
Hospitalización por accidente	28
Asistencia médica	29
Capitales adicionales	31
En caso de muerte por accidente de circulación	31
En caso de Invalidez Permanente Total por accidente de circulación	32
INFORMACIÓN SOBRE LA PÓLIZA	
Alcance de las garantías	34
Ámbito territorial del seguro	35
Personas no asegurables	36
Accidentes no cubiertos	37

Accidentes asegurables mediante sobreprima	38
Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas	39
Resumen de Normas Legales	40
Procedimiento de actuación en caso de siniestro indemnizable por el Consorcio de Compensación de Seguros	41

DERECHOS Y OBLIGACIONES

Declaraciones sobre el riesgo	43
Al efectuar el seguro y durante su vigencia	43
En caso de agravación del riesgo	45
En caso de disminución del riesgo	48
Pago de primas	49
¿Qué debe hacer si se produce un siniestro?	51
¿Cómo se determinan las indemnizaciones?	53
Pago de la indemnización	55
Revalorización automática de indemnizaciones	56
Subrogación	57
Prescripción y jurisdicción	58
Comunicaciones	59

DOCUMENTO DE ACEPTACIÓN EXPRESA DE CLÁUSULAS LIMITATIVAS ... 60

Personas no asegurables	62
Riesgos excluidos	63
Riesgos asegurables mediante sobreprima	65

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Descripción de servicios internos	67
Línea Médica DKV 24 horas	67
Segunda opinión médica	67
Chequeo médico	67
Cirugía refractiva láser	68
Servicio de fertilidad y reproducción asistida	68
Servicio de deshabitación tabáquica	69

“En DKV Seguros, nos gusta la transparencia y la comunicación”

Estimado cliente:

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

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

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

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

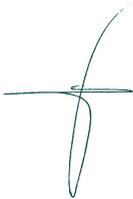
Recientemente, **nuestra cooperación con la Unión de Consumidores de España (UCE) se ha plasmado en la firma de un nuevo acuerdo** que amplía el escenario de esta relación de trabajo conjunto y la dota de un alcance sectorial, con el planteamiento de acciones divulgativas y de investigación dirigidas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

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

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

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

Gracias por su confianza.
Un cordial saludo,



Dr. Josep Santacreu Bonjoch
Consejero Delegado
Grupo DKV

CLÁUSULA PRELIMINAR

Este contrato está sometido a la Ley del Contrato de Seguro 50/1980, de 8 de octubre. El control de la actividad aseguradora de DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E. (en adelante, DKV Seguros) con domicilio social en Avenida César Augusto 33, 50004 Zaragoza, corresponde al Reino de España, y, en concreto al Ministerio de Economía a través de su Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

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

Para resolver los conflictos que puedan surgir con 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:

A cualquiera de las oficinas de la compañía o ante el Servicio de Atención al Cliente de DKV Seguros. Las reclamaciones pueden enviarse por correo o telefax a la dirección: Avenida César Augusto 33, 50004 Zaragoza, teléfono 902 499 499, fax 976 28 91 35, o por correo electrónico: atencioncliente@dkvseguros.es.

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

Trascurrido dicho plazo, si el cliente discrepa de la solución propuesta, podrá dirigirse al Comisionado para la Defensa del Cliente de Servicios Financieros, con domicilio en el Pº 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.

Artículo 1

GLOSARIO

A

ACCIDENTE. Toda 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.

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

ASEGURADOR. Quien asume la cobertura de los riesgos objeto de contrato, según las condiciones pactadas. En este caso, DKV Seguros y Reaseguros S.A.E.

B

BENEFICIARIO. La persona física o jurídica que, previa cesión del asegurado, tiene derecho a la indemnización. En las garantías de “Invalidez” y “Hospitalización”, el beneficiario es el propio asegurado.

C

CARENCIA (PLAZO DE). Es el periodo 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.

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.

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.

S

SINIESTRO. Acontecimiento del riesgo cubierto por la póliza. Todo hecho cuyas consecuencias económicas sean susceptibles de estar cubiertas por la póliza. 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, junto con el asegurador, firma 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.

Artículo 2

¿CUÁL 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.

Artículo 3

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:

a) la muerte sea calificada como “accidente de trabajo” por la autoridad competente, y que

b) 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”.

Artículo 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:

La pérdida total del brazo derecho o de la mano derecha	60%	105%	150%
Pérdida total del brazo izquierdo o de la mano izquierda	50%	75%	100%
Pérdida total del movimiento del hombro derecho	25%	25%	25%
Pérdida total del 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%

	INVALIDEZ PERMANENTE BÁSICA	INVALIDEZ PERMANENTE PROGRESIVA TIPO 225	INVALIDEZ PERMANENTE PROGRESIVA TIPO 350
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 no 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%

	INVALIDEZ PERMANENTE BÁSICA	INVALIDEZ PERMANENTE PROGRESIVA TIPO 225	INVALIDEZ PERMANENTE PROGRESIVA TIPO 350
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 normal 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 del 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.

Artículo 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.

Artículo 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 laborable 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 c), 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 vinculante para la entidad.

Artículo 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.

Artículo 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?

Los gastos de asistencia médica que se produzcan hasta el total restablecimiento del asegurado, con el límite de la suma asegurada (ver glosario), cuando esta cobertura hubiese sido pactada en las Condiciones Particulares y de acuerdo con los siguientes puntos:

1. Se garantiza el pago de los gastos de asistencia médica, farmacia, internamiento sanatorial, rehabilitación física; la primera prótesis y aparatos ortopédicos (hasta el límite de 1.000 EUR), el transporte sanitario de urgencia y los traslados autorizados por la compañía (hasta el límite de 1.000 EUR), siempre que estos gastos se deriven de un accidente cubierto por la póliza.
2. El asegurador se hará cargo de estos gastos hasta el límite de un año natural (ininterrumpido) a contar desde la fecha del accidente, siempre que la asistencia sea prestada por facultativos o centros designados o aceptados por la entidad aseguradora.
3. En caso de que el asegurado decida seguir tratamiento con facultativos o centros no vinculados al asegurador mediante concierto, él mismo abonará por este concepto, como máximo y durante el periodo de un año, la cantidad fijada en las Condiciones Particulares.
4. El asegurador abonará íntegramente los gastos que se deriven de la asistencia de urgencia y primeros auxilios, con independencia del médico o centro que los presten, y hará uso del derecho de designación de médicos y clínicas en el momento en que el lesionado pueda ser trasladado desde el centro en que se realizó el primer tratamiento, de acuerdo con el criterio del facultativo que el asegurador designe a tal efecto.
5. En caso de asistencia buco-dental por accidente, quedan cubiertas en su conjunto las prótesis hasta la cantidad de 1.000 EUR.

6. Quedan excluidos todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos cuya seguridad y eficacia clínicas no estén científicamente contrastadas y/o no hayan sido ratificadas por las Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias dependientes de los Servicios de Salud de las CC.AA. o del Ministerio de Sanidad, mediante un informe positivo, o se hayan quedado manifiestamente superadas por otras disponibles.

CAPITALES ADICIONALES

Artículo 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.

Artículo 10

EN CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN

¿QUÉ CUBRE?

Exclusivamente para las situaciones descritas en 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.

Artículo 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.

Artículo 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.

Artículo 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, sífilis, sida, diabetes, alcoholismo, o enfermedades de la médula espinal.

Artículo 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 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 suicidio o tentativa del mismo.
 7. Los provocados en el ejercicio o práctica de cualquier deporte como profesional así como los ocurridos en la práctica de deportes aéreos, alpinismo, barranquismo, escalada, boxeo, artes marciales, bobsleigh, esquí y snowboard fuera de pista, pelota a pala larga, cesta punta, 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.
 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.

Artículo 15

ACCIDENTES ASEGURABLES MEDIANTE SOBREPRIMA

¿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.

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

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, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo, 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, y que afecten a riesgos en ella situados, y también los acaecidos 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, aún 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 (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 135 km/h, y los tornados) y caídas de meteoritos.

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.

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 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear.

e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, 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 conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.

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

La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y sumas aseguradas que se hayan establecido en la póliza a efectos de los riesgos ordinarios.

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 se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que, de conformidad con la normativa citada, la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO INDEMNIZABLE POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la entidad aseguradora o del mediador de seguros, deberá comunicar, dentro del plazo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que está disponible en la página “web” del Consorcio (www.conorseguros.es), o en las oficinas de éste o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de las lesiones, se requiera.

Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al asegurado: 902 222 665.

DECLARACIONES SOBRE EL RIESGO

AL EFECTUAR EL SEGURO Y DURANTE SU VIGENCIA

Artículo 17

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.

Artículo 18

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.

EN CASO DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Artículo 19

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.

Artículo 20

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.

Artículo 21

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.

Artículo 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.

Artículo 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.

Artículo 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.

Artículo 25

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.

Artículo 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.

Artículo 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.

Artículo 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.

Artículo 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.

Artículo 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.

Artículo 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.

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



DKV

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, sífilis, 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 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 suicidio o tentativa del mismo.
 7. Los provocados en el ejercicio o práctica de cualquier deporte como profesional así como los ocurridos en la práctica de deportes aéreos, alpinismo, barranquismo, escalada, boxeo, artes marciales, bobsleigh, esquí y snowboard fuera de pistas, pelota a pala larga, cesta punta, 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.

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 SOBREPIMA (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. Las ascensiones a alta montaña, 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
El Consejero Delegado



DKV

1. LÍNEA MÉDICA DKV 24 HORAS

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

Realice su consulta llamando al teléfono: 902 499 799.

2. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Mediante este servicio, el asegurado o su médico tendrán acceso, en caso de enfermedad grave al asesoramiento y segunda opinión a distancia por parte de médicos especialistas de reconocido prestigio mundial. Estos expertos estudiarán el historial médico y ofrecerán su opinión sobre el diagnóstico y las posibles alternativas de tratamiento.

Cómo utilizar el servicio

Para solicitar el servicio y obtener más información para su caso, contactar con lineamedica@dkvseguros.es o teléfono 902 499 150.

Pago del servicio: Este servicio se presta a un precio reducido para los asegurados de DKV Seguros. El importe del mismo podrá variar en función de si esta Segunda Opinión se solicita a expertos de prestigio internacional españoles o internacionales.

3. CHEQUEO MÉDICO

Servicio franquiciado que permite el acceso al asegurado a una red de centros médicos concertados, para la realización de un reconocimiento médico anual.

El chequeo médico incluye la elaboración de la historia clínica del asegurado (anamnesis), una exploración física general a cargo de un médico generalista, analítica de sangre y orina, electrocardiograma (exploración del corazón), espirometría (medida de la capacidad pulmonar) y exploración de la vista.

Los resultados de dichas pruebas serán facilitados directamente por el centro médico al propio asegurado.

Cómo utilizar el servicio

Para poder acceder a este servicio, el asegurado deberá solicitar autorización a DKV Seguros, a través del teléfono 902 499 150 y efectuar el pago anticipado correspondiente al importe de dicho reconocimiento. El importe será, en cualquier caso, significativamente inferior a los precios de mercado o a los que dichos centros establecen para el público en general, como resultado de los acuerdos establecidos entre los centros médicos concertados y DKV Seguros.

4. CIRUGÍA REFRACTIVA LÁSER

DKV Seguros pone a disposición de los asegurados, dentro de la “Red DKV de Servicios Sanitarios”, una Red especial de Clínicas Oftalmológicas especializadas en el tratamiento láser de los defectos de refracción (miopía, hipermetropía y astigmatismo) en unas condiciones económicas ventajosas.

Cómo utilizar el servicio

Consulte la red de centros concertados, llamando al Centro de Atención Telefónica de DKV Seguros (902 499 150).

Concierte día de visita llamando directamente al centro elegido. Una vez realizada la primera visita y confirmada la posibilidad de operarse deberá:

Realizar el pago del servicio:

El sistema recomendado es el pago directo por teléfono, mediante tarjeta bancaria (débito o crédito). Opcionalmente, puede realizar el pago por transferencia bancaria.

Una vez confirmado el pago, recibirá una autorización para acudir al centro elegido. Esta autorización es la garantía de uso del servicio y no deberá abonar ninguna cantidad adicional al centro médico.

5. SERVICIO DE FERTILIDAD Y REPRODUCCIÓN ASISTIDA

DKV Seguros pone a disposición de los asegurados, dentro de la “Red DKV de Servicios Sanitarios”, una red Especial de clínicas especializadas en los tratamientos más modernos de reproducción asistida en unas condiciones económicas ventajosas.

Cómo utilizar el servicio

Consulte la red de centros concertados llamando al centro de atención telefónica de DKV Seguros (902 499 150).

Para poder usar el servicio, el cliente debe disponer de una autorización que obtendrá a través del Centro de Atención Telefónica de DKV Seguros (902 499 150). Dado que las necesidades de cada cliente pueden ser muy específicas, los casos serán coordinados de forma individualizada por un equipo médico.

Pago del servicio: El sistema recomendado es el pago directo por teléfono, mediante tarjeta bancaria (débito o crédito). Opcionalmente, puede realizar el pago por transferencia bancaria.

Una vez confirmado el pago, recibirá una autorización para acudir al centro elegido. Esta autorización es la garantía de uso del servicio y no deberá abonar ninguna cantidad adicional al centro médico.

6. SERVICIO DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA

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

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

Cómo utilizar el servicio

Consulte la Red de Unidades de Tabaquismo, llamando al Centro de Atención Telefónica de DKV Seguros (902 499 150).

Solicite autorización previa al Centro de Atención Telefónica de DKV Seguros (902 499 150).

Pago del servicio: El sistema recomendado es el pago directo por teléfono, mediante tarjeta bancaria (débito o crédito). Opcionalmente, puede realizar el pago por transferencia bancaria.

Precios franquiciados, con un ahorro de hasta un 40% respecto a los precios de cliente privado.

DKV | ERGO es un equipo de especialistas creado para responder mejor a tus necesidades. Mientras DKV es el especialista que te asesora en Seguros Médicos, ERGO complementa esta oferta integral de seguros centrándose en las áreas de Vida, Hogar y Decesos. Estar juntos nos permite especializarnos y dedicarnos en profundidad a las áreas que te interesan, para seguir trabajando por tu tranquilidad y seguridad.

Juntos, más seguros.

DKV SEGUROS S.A.E.

902 499 350
dkvseguros@dkvseguros.com | www.dkvseguros.com

Colaboramos con:



**Intermón
Oxfam**

DKV integralia

Fundación para la integración laboral
de personas con discapacidad

CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA

Nuestro Contact Center está a su disposición para facilitarle toda clase de información o resolverle trámites. Es el único Centro de Atención Telefónica atendido exclusivamente por personas con discapacidad.

