



CONDICIONES PARTICULARES



PÓLIZA DKV Integral Classic

Nº [REDACTED]

FECHA EFECTO: desde las cero horas del 01.01.2023 FECHA VENCIMIENTO: las cero horas de los sucesivos 01.01
DURACIÓN DEL SEGURO: Años prorrogables FORMA DE PAGO: Mensual
AGENCIA GESTORA: 04500 00169 NOMBRE AGENTE: GSF TOLEDO
ASEGURADORA: DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E

TOMADOR DEL SEGURO: [REDACTED] N.I.F / C.I.F: [REDACTED]
[REDACTED] Getafe Madrid

DOMICILIO DE COBRO: ING BANK N.V. SUCURSAL EN ESPAÑA IBAN: [REDACTED]

El TOMADOR DEL SEGURO suscribe la presente Póliza a favor de los asegurados inscritos a continuación, siendo los servicios garantizados por la Aseguradora los comprendidos, y descritos según consta en las CONDICIONES GENERALES.

Asegurados	F.Nacimiento	Parentesco	Sobreprima
[REDACTED]	[REDACTED]	TITULAR	
	PRIMA NETA	TASAS	PRIMA TOTAL
PRIMER RECIBO:	156,53 €	0,23 €	156,76 €
SUCESIVOS:	156,53 €	0,23 €	156,76 €

La información relevante sobre privacidad le ha sido proporcionada en la solicitud de seguro, siendo la siguiente información solo un extracto de la misma: DKV Seguros y Reaseguros S.A.E. queda autorizada expresamente para recabar, conservar, tratar de manera confidencial sus datos personales en los ficheros de los que es responsable y comunicarlos a otras personas o entidades relacionadas con el sector asegurador o a otros ficheros con fines estadísticos o de prevención y lucha contra el fraude, con la única y exclusiva finalidad de gestionar la actividad aseguradora de la entidad. Asimismo, con el objeto de informarle sobre productos y servicios que puedan resultar de su interés, sus datos -excepto aquellos que se refieren a su salud- podrán ser cedidos a las sociedades que forman el grupo DKV Seguros. Le informamos de que puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, limitación, oposición, portabilidad o supresión de sus datos personales dirigiéndose al apartado de correos número 8021 (50018 Zaragoza).

EXTRACTO CONDICIONES GENERALES Y DELIMITACIONES DEL SEGURO DKV INTEGRAL

ACCESO A LAS COBERTURAS. MEDIOS AJENOS A DKV SEGUROS (apartados 2, 3.1, 3.2, 3.3 y 3.4 de las condiciones generales)

DKV Seguros presta asistencia médico-quirúrgica de ámbito nacional, a través de la Red DKV de Servicios Sanitarios que le corresponda según la modalidad contratada, modificable cada anualidad según las necesidades y cambios en el mercado, circunscrita a los límites detallados en el contrato, integrado por las condiciones generales, particulares y/o especiales emitidas. Prestación según modalidad artículo 105 párrafo 1º Ley 50/80, con renuncia de derechos del tomador a favor de DKV Seguros por defectuosa praxis médica. Requieren autorización previa la hospitalización, la cirugía, las prótesis e implantes quirúrgicos, sesiones de psicoterapia, teleterapia virtual, cirugía podológica, programas o chequeos preventivos, traslados en ambulancia, actos terapéuticos y pruebas diagnósticas. No se cubren honorarios de facultativos (incluidas sus prescripciones), ni prestaciones o servicios en centros públicos o privados no concertados por DKV Seguros, y que no están incluidos en la Red DKV de Servicios Sanitarios que le corresponda. La información actualizada de la Red DKV de Servicios Sanitarios en cada momento se puede consultar en la web de DKV Seguros.

HOSPITALIZACIÓN. COBERTURAS COMPLEMENTARIAS. PLAZOS DE CARENCIA Y EXCLUSIÓN (apartados 2, 4.6, 4.7 y 6 de las condiciones generales)

Estancia psiquiátrica: periodo máximo de 60 días/año natural. Asistencia sanitaria VIH/SIDA: 6.000 euros/contrato. Prótesis: implantes cardíacos y vasculares con límite de 12.000 euros por asegurado/año. **Plazos de carencia:** 1. Intervenciones quirúrgicas, hospitalización y las prótesis, por cualquier motivo: periodo de seis meses, salvo en los casos de urgencia o accidente. 2. La protonterapia y la asistencia a cualquier tipo de parto (excepto prematuro) o cesárea: periodo de ocho meses. 3. Trasplantes: periodo de doce meses. 4. La asistencia sanitaria por infección del VIH/SIDA: periodo de exclusión de doce meses. 5. La cirugía podológica, y el estudio biomecánico de la marcha o pisada (exclusivo de la modalidad individual del seguro): periodo de seis meses.

COBERTURAS EXCLUSIVAS DEL SEGURO MODALIDAD INDIVIDUAL (apartados 2 y 4.8 y anexo II de las condiciones generales)

Exclusivo para modalidad “completa”: Un estudio biomecánico de la marcha o pisada, cada 5 años en adultos y cada 2 años en menores de 15 años, únicamente en centros de referencia de la “Red DKV de Servicios Sanitarios” concertada por la entidad. Consejo dietético y nutricional a pacientes oncológicos, con sobrepeso (menores de 14 años) y obesidad: incluye consultas por un nutricionista hasta un límite de 20 consultas por asegurado y año (computando todas las indicaciones). Reembolso de los gastos de asistencia médica en el extranjero por enfermedades graves (tratamiento médico y/o quirúrgico del infarto miocardio, cáncer, enfermedad cerebrovascular, trasplante, paraplejía) del 80% hasta 16.000 euros/asegurado y año. Reembolso de gastos hasta un máximo de 12.000 euros/contrato, por servicios de asistencia familiar y atención a la dependencia, con un sublímite de 2.000 euros/contrato por asesoría y gestión de las ayudas, tras dependencia grado 3 por accidente. Reembolso de los gastos de mantenimiento anual en banco de las células madre hematopoyéticas procedentes del cordón umbilical, los seis primeros años tras el nacimiento, hasta un máx. de 90 euros/año, siempre que permanezca incluido en la póliza el asegurado cuyo cordón se preserva. Acceso opcional al reembolso de gastos de ginecología, obstetricia y pediatría en medios ajenos a la compañía (apartado 4.9 de las condiciones generales).

DURACIÓN. PAGOS Y CLÁUSULA PRÓRROGA A PARTIR DE TRES AÑOS CON AJUSTE DE PRIMAS (apartados 2, 7.1 y 7.4 de las condiciones generales)

La duración del contrato es de un año natural prorrogable. A partir de la tercera anualidad completa DKV Seguros no podrá rescindir la póliza, excepto por incumplimiento de obligaciones del asegurado. Esto está condicionado por la aceptación del tomador de las variaciones actuariales anuales de primas futuras, calculadas según el apartado 7.4 de las condiciones generales. La prima puede ser fraccionada, con un recargo. DKV Seguros podrá modificar, en cada renovación, la Red DKV de Servicios Sanitarios concertada por la entidad, las prestaciones sanitarias cubiertas, las tarifas, los servicios incluidos, los descuentos y franquicias (del Servicio bucodental y servicios adicionales del DKV Club Salud y Bienestar), la prima anual y el copago de acuerdo a criterios de suficiencia de primas y cálculos técnico actuariales basados en la zona geográfica de residencia, tramos de edad, costes de los servicios e innovación tecnológica. Las tarifas de primas actualizadas, calculadas por DKV Seguros, previamente comunicadas, obligarán en la fecha de cada renovación.

ASISTENCIA EN VIAJE (anexo I de las condiciones generales)

Límite máximo gastos sanitarios 20.000€, y de desplazamiento 180 días. Existen límites de reembolso en gastos no asistenciales.

EXCLUSIONES. SE ACEPTAN TODAS LAS DESCRITAS EN EL DETALLE LETRAS a) a la z) DEL APARTADO 5 DE LAS CONDICIONES GENERALES

a) Para cada asegurado, las patologías (enfermedades o lesiones, sobrevenidas o congénitas) y condiciones de salud, como dolores o síntomas, de origen anterior a la fecha de entrada en vigor de la póliza o de su inclusión en ella, de las que, siendo conocidas, no se hubiese informado a la compañía en el cuestionario de salud. DKV Seguros podrá, en todo caso, excluir de cobertura aquellas patologías y condiciones de salud declaradas que no puedan ser asumidas según las características de la póliza, haciendo constar dichas exclusiones concretas de manera expresa.

b) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos cuya seguridad y coste-efectividad no esté científicamente contrastada y/o no haya sido ratificada por las Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias, o que hayan quedado obsoletos.

c) Daños físicos consecuencia de guerras, motines, revoluciones, terrorismo, epidemias, pandemias o emergencias de salud pública de importancia internacional (declaradas por la OMS), radiación o reacción nuclear y cataclismos.

d) Enfermedades o lesiones derivadas de la práctica profesional o federada de cualquier deporte, participación en apuestas o competiciones, práctica como aficionado o profesional de actividades de alto riesgo (ver ejemplos en condiciones generales), carreras de vehículos motor, actividades aéreas no autorizadas para el transporte público de viajeros, actividades de navegación en aguas bravas y en cualesquiera otras circunstancias de riesgo. Además, se excluyen los entrenamientos en todos los casos, y, cualquier otro deporte, actividad recreativa o de ocio de carácter peligroso.

e) Tratamiento del alcoholismo, adicción a drogas u otras sustancias, sus complicaciones y secuelas. Asistencia a lesionados por embriaguez, riña o desafío, intento de suicidio o autolesiones. Enfermedades o accidentes sufridos por dolo, negligencia o imprudencia de la persona asegurada. Ingresos para tratamiento de conductas adictivas de cualquier clase. Los tratamientos y la ayuda médica para morir (eutanasia).

f) Cirugía estética y tratamientos de finalidad estética y/o cosmética, a no ser que existiera un defecto funcional (no son válidas las razones psicológicas). Tratamientos de varices (grado C2 o inferior, según CEAP). Cirugía de cambio de sexo, del lipedema o lipoedema, así como los tratamientos médicos asociados a ambas. Las curas de adelgazamiento, tratamientos dermoestéticos, capilares y la estética dental. La corrección quirúrgica de la miopía, astigmatismo, hipermetropía, presbicia y ortoqueratología. Así como las consecuencias y complicaciones derivadas de las exclusiones de éste apartado.

g) Las terapias alternativas y complementarias, acupuntura, naturopatía, fitoterapia, magnetoterapia, homeopatía, quiromasaje, drenaje linfático, masaje circulatorio, mesoterapia, gimnasia, osteopatía, hidroterapia, piscinoterapia, parto acuático o en domicilio, oxigenoterapia trifásica, presoterapia, ozonoterapia, modalidades de fototerapia y sus indicaciones no detalladas; tratamientos médico quirúrgicos con técnicas de radiofrecuencia excepto la adenoamigdaloplastia, la turbinoplastia, la ablación de la patología rinosinusal, de las varices (grado C3 o superior de la CEAP) y las indicaciones terapéuticas detalladas en el apartado 4.5. "Métodos terapéuticos" de las condiciones generales realizadas por radiofrecuencia; la cirugía profiláctica de cualquier tipo de cáncer, la ortóptica, y las especialidades médicas y/o sanitarias no relacionadas en el apartado 4 de las condiciones generales o no reconocidas oficialmente.

h) Las estancias y tratamientos en centros no hospitalarios como hoteles, balnearios, asilos, residencias, centros de reposo, centros relacionados con el ocio, descanso, tratamiento de las adicciones, la neurorrehabilitación, y los tratamientos dietéticos. La hospitalización psiquiátrica (salvo en caso de brotes agudos). La hospitalización por razones de tipo social o familiar, así como la que sea sustituible por una asistencia domiciliaria o ambulatoria. La asistencia sanitaria en centros privados no concertados, y la prestada en hospitales y otros establecimientos de titularidad pública integrados en el Sistema Nacional de Salud de España y/o dependientes de las Comunidades Autónomas, salvo en los supuestos identificados (ver apartado 3.4); en estos casos DKV Seguros se reserva la facultad de reclamar al asegurado el recobro de los gastos de asistencia que haya tenido que abonar al sistema sanitario público, por la asistencia médico-quirúrgica hospitalaria prestada.

i) La alta tecnología diagnóstica y/o terapéutica, salvo lo detallado en el apartado 4.4 "Medios de Diagnóstico" y/o 4.5 "Métodos terapéuticos" de las condiciones generales. Quedan excluidos expresamente los procedimientos cardíacos transcáteter (con abordaje transfemoral, transaxilar y transapical) para implantación de la válvula aórtica (TAVI), mitral (TMVI), pulmonar y tricúspide, y el cierre de la orejuela auricular izquierda (vía transeptal, epicárdica e híbrida), así como el material quirúrgico y/o protésico asociado a ambas intervenciones. Además, se excluyen los servicios de telemedicina no indicados específicamente en las condiciones generales.

j) Tratamiento de la apnea obstructiva del sueño (salvo 30 sesiones CPAP o BiPAP) y las modalidades de radioterapia, y sus indicaciones no detalladas en el apartado 4.5 de las condiciones generales. Además queda excluida la protonterapia, excepto en determinados tumores pediátricos (en menores de 14 años) y con los criterios de inclusión recogidos en el apartado 4.5 de las condiciones generales; la neutronterapia, la radiocirugía con Cyberknife, y los radiofármacos que no esté avalada su eficiencia terapéutica (según el NICE).

k) La medicina y chequeos médicos preventivos, salvo lo detallado en programas preventivos incluidos en las condiciones generales. Vacunas y extractos en procesos alérgicos.

- l)** La interrupción voluntaria del embarazo, la reducción embrionaria selectiva, la cirugía reconstructiva de técnicas anticonceptivas previas, la reproducción asistida y las técnicas de lavado seminal.
- m)** Todo tipo de prótesis, implantes, dispositivos sanitarios, piezas anatómicas y ortopédicas, salvo las detalladas en las condiciones generales y las intervenciones quirúrgicas y/o las hospitalizaciones asociadas a su colocación o implantación, así como sus complicaciones y secuelas. Se excluyen el corazón artificial, los implantes de columna, los implantes valvulares transcatéter, y el dispositivo sanitario de cierre de la orejuela auricular izquierda, así como los implantes de biomateriales o materiales biológicos, sintéticos y ortopédicos, no detallados expresamente en el apartado 4.7, así como el uso de los descritos en otras indicaciones que no sean las señaladas.
- n)** La odontología especial endodóncica, periodóncica, ortodóncica, las obturaciones o empastes, prótesis dentales, apicectomías, implantología.
- o)** Traslados requeridos para asistencia a consultas médicas, pruebas diagnósticas y tratamientos de cualquier tipo. Exploraciones para la expedición de certificaciones y documentos carentes de función asistencial.
- p)** En psiquiatría y psicología clínica, las consultas, técnicas diagnósticas y terapias que no sigan criterios de tratamiento neurobiológicos o farmacológicos, el psicoanálisis, la hipnosis o narcolepsia ambulatoria, la sofrología, la estimulación magnética transcraneal repetitiva, las curas de reposo o sueño, y todas las derivadas de similares prestaciones. La psicoterapia de grupo o pareja, los test psicológicos y psicométricos, la evaluación y/o rehabilitación psicosocial o neuropsicológica, la terapia educativa, ocupacional, cognitivo-conductual, y de los trastornos de la comunicación oral y escrita, o del desarrollo de diverso origen, salvo lo incluido en el apartado 4.7 de las condiciones generales.
- q)** La logopedia y la foniatría para la recuperación de los trastornos del habla, la fonación y el lenguaje, causados por alteraciones anatómicas o neurológicas congénitas y psicomotrices de diverso origen, salvo lo detallado en el apartado 4.5 de las condiciones generales.
- r)** La medicina regenerativa, la biológica, la inmunoterapia, las terapias celulares y/o genéticas, las terapias biológicas, y con antivirales de acción directa, así como las aplicaciones de todas ellas. Los tratamientos experimentales, los de uso compasivo, con medicamentos huérfanos, y los que están en ensayo clínico en todas sus fases o grados.
- s)** La cámara hiperbárica, la diálisis y la hemodiálisis para el tratamiento de las afecciones crónicas.
- t)** La asistencia sanitaria por fiebres hemorrágicas virales, así como sus complicaciones y secuelas. Los gastos asistenciales derivados de la infección por VIH/SIDA y de las enfermedades causadas por el virus, cuando excedan la cantidad máxima garantizada en el apartado 4.7 de las condiciones generales.
- u)** La cirugía robótica, la guiada por imágenes o asistida por un ordenador o navegador virtual (excepto el sistema Carto, los neuronavegadores, la biopsia prostática cognitiva, la guiada por fusión de imágenes y la cirugía robotizada detallada en alta tecnología, que se incluyen con las limitaciones y únicamente en las indicaciones señaladas en el apartado 4.5, los procedimientos diagnósticos y las terapias asistidas por robots o mediante sistemas computerizados, así como los gastos sanitarios asociados a todas ellas. Además, se excluyen tratamientos que usan el láser, que únicamente quedan cubiertos en las especialidades e indicaciones que se detallan en el apartado 4. "Descripción de las coberturas".
- v)** Los gastos de teléfono, T.V, pensión alimenticia del acompañante en clínica, de desplazamiento (salvo la ambulancia, que solo queda cubierta en los términos descritos en el apartado "Asistencia primaria" y "Urgencias" de las condiciones generales) y otros no imprescindibles para hospitalización.
- w)** Los trasplantes o autotrasplantes de órganos, injertos o autoinjertos, salvo los descritos en condiciones generales. Gastos de extracción, transporte y conservación del órgano, salvo en el trasplante de córnea.
- x)** Los tratamientos de quimioterapia oncológica intraoperatorios, como la quimioterapia intraperitoneal e intraabdominal. Productos farmacéuticos, medicamentos y medios auxiliares de cura. La Inmunoterapia, Terapias Biológicas, Celulares, Genéticas y Endocrinas, Anticuerpos Monoclonales, Inhibidores Enzimáticos, Antiangiogénicos y Agentes sensibilizadores usados en la terapia fotodinámica y radiación. Los implantes no detallados en el apartado 4.7 "Prótesis quirúrgicas" y los tratamientos del apartado 5.1 "Coberturas excluidas" durante la hospitalización.
- y)** Rehabilitación en lesiones neurológicas irreversibles, y en enfermedades o lesiones crónicas del aparato locomotor, y del suelo pélvico. Estimulación precoz, terapia ocupacional, los tratamientos de rehabilitación para el daño cerebral adquirido en régimen de internamiento hospitalario o cualquier modalidad de rehabilitación que se realice en el domicilio (excepto en la indicación señalada en el apartado 4.5., hasta el límite de sesiones establecido) o sea motivo de ingreso hospitalario, y la que se realiza en centros no autorizados y/o inscritos en los registros sanitarios Comunidades Autónomas.
- z)** Consejo genético, pruebas de paternidad, mapas genéticos, técnicas de microarrays (salvo plataforma genómica del cáncer de mama), hibridación genómica y secuenciación masiva génica o molecular, y cualquier otra técnica genética o molecular si el diagnóstico puede obtenerse por otros medios o no hay repercusión terapéutica.



El tomador, mediante la firma, reconoce recibir la tarjeta MediCard®, información sobre la Red DKV de Servicios Sanitarios que le corresponda y las condiciones generales de DKV INTEGRAL que ha leído, comprende y acepta.

Subroga a DKV Seguros frente a terceros para el recobro de todos los gastos asistenciales (artículo 73 Ley 50/80).

Acepta las condiciones del contrato, sus definiciones y cláusulas excluyentes del riesgo definidas en las condiciones generales, resumidas, en el presente que suscribe, todo ello a efectos legales oportunos (artículo 3 Ley 50/80).

Firmado por duplicado en Madrid, a 14 de Diciembre de 2022

EL TOMADOR DEL SEGURO

POR DKV SEGUROS

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'D' followed by a series of loops and a horizontal line at the end.

CONDICIONES ESPECIALES



PÓLIZA DE DKV Integral Classic

Nº

PLAZO DE CARENCIA:

En contra de lo expresado en las Condiciones Generales, se respetará la antigüedad de la póliza de procedencia para el cómputo de los periodos de carencia, excepto para el del parto que se cumplirá íntegro.

Estas condiciones especiales junto con las demás condiciones generales y particulares forman un todo unitario y en prueba de conformidad lo firma.

Firmado por duplicado en Madrid, a 14 de Diciembre de 2022

EL TOMADOR DEL SEGURO

POR DKV SEGUROS

CONDICIONES ESPECIALES



PÓLIZA DE DKV Integral Classic

Nº [REDACTED]

I.- Acerca de la modalidad de seguro que se contrata con esta póliza:

Es un seguro en el que el asegurado puede acceder a las coberturas a través de la Red DKV de Servicios Sanitarios concertada por la Entidad, pagando para ello una cantidad por cada acto y/o asistencia médica que precise. Las cantidades a abonar se detallan en la tabla de Grupos de Actos Médicos y Copagos contenida en estas condiciones especiales.

II.- Acerca del coste de los servicios adicionales complementarios:

Los precios de los servicios adicionales complementarios a las coberturas de la póliza se detallan en la Red DKV de Servicios Sanitarios (cuadro médico) y no guardan relación con la tabla de copagos contenida en estas condiciones especiales.

III.- Acerca del cobro de los copagos:

El tomador/asegurado reconoce que el cobro de las cantidades que se devenguen por cada acto y/o asistencia médica se efectuará mediante recibo domiciliado en la cuenta designada para el pago de la prima, se compromete a abonarlas, y acepta que la cobertura de su póliza quede suspendida en caso de falta de pago de esas cantidades desde ese momento hasta la efectiva liquidación de las mismas. En el supuesto de anulación de la póliza el tomador seguirá obligado al abono de los importes correspondientes por los actos médicos que se hayan devengado durante todo el período de vigencia de la póliza.

IV.- Acerca de la fijación de límite máximo por asegurado y año:

El tomador se obliga a abonar el importe establecido para cada acto médico que se realice, hasta que se alcance el límite máximo por asegurado y año natural de 600 €, límite máximo que se verá reducido proporcionalmente si el período de vigencia de la póliza no alcanza el año natural. Abonado ese importe máximo, el tomador ya no tendrá que abonar ninguna cantidad adicional por acto médico hasta la siguiente anualidad.

V.- Acerca del teléfono de consultas sobre el precio por acto médico:

El teléfono de referencia para consulta será el de Atención al cliente de DKV 900 810 072.

VI.- Acerca de la necesaria aceptación expresa de estas cláusulas:

El tomador acepta estas condiciones especiales y reconoce recibir y aceptar la Tabla de Grupos de Actos Médicos y Copagos junto con las demás cláusulas de las condiciones generales y particulares, con las que forma un todo unitario, y en prueba de conformidad lo firma.

TABLA DE GRUPOS DE ACTOS MEDICOS Y COPAGOS

CONSULTAS (por consulta)	COPAGO
TELEMEDICINA: VIDEOCONSULTAS AS.PRIMARIA (Med. General, Pediatría y enfermería)	1,95 €
TELEMEDICINA: VIDEOCONSULTAS DEL RESTO DE ESPECIALIDADES	2,95 €
TELEMEDICINA: VIDEOCONSULTAS DE GINECOLOGÍA	2,95 €
TELEMEDICINA: VIDEOCONSULTAS DE PSICOLOGÍA	9,00 €
ASISTENCIA PRIMARIA: medicina general, pediatría y enfermería	1,95 €
Resto de ESPECIALIDADES, excepto GINECOLOGÍA	2,95 €
GINECOLOGÍA	2,95 €
PSICOLOGIA	9,00 €

PRUEBAS DIAGNOSTICAS (por acto)	COPAGO
ANÁLISIS CLÍNICOS	2,50 €
RADIOLOGÍA CONVENCIONAL	2,50 €
RADIOLOGÍA de ALTA TECNOLOGÍA	2,50 €
RADIOLOGÍA VASCULAR	2,50 €
TOMOGRFÍA - TAC	2,50 €
RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR	2,50 €
TOMOGRFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES (PET)	2,50 €
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA	2,50 €
CITOLOGÍA	2,95 €
ECOGRAFÍA	2,95 €
MAMOGRAFÍA	2,95 €
ANATOMÍA PATOLÓGICA	2,95 €
AMNIOCENTESIS	2,95 €
ESTUDIO POLISOMNOGRAFICO	2,95 €
PH-METRIA	2,95 €

INGRESOS HOSPITALARIOS MEDICOS Y QUIRURGICOS	COPAGO
INGRESOS HOSPITALARIOS POR DIA (*)	0,00 €
ACTIVIDAD HOSPITALARIA: preoperatorios, reanimación, hospital de día, cirugía ambulatoria, diálisis.	2,95 €
GRUPO Quirúrgico 0-1-2	2,95 €
GRUPO Quirúrgico 3-4-5	2,95 €
GRUPO Quirúrgico 6-7-8	2,95 €
PARTO/CESÁREA	2,95 €
LEGRADO	2,95 €
COLANGIOPANCREATOGRFIA	2,50 €
RETROGRADA/COLANGIOGRFIA	
LITOTRICIA	2,95 €

ACTOS TERAPEUTICOS (por acto)	COPAGO
LIMPIEZA BUCAL Y EXTRACCIONES DENTALES	2,95 €
REHABILITACIÓN	2,50 €
OXIGENOTERAPIA	2,50 €
FOTOCOAGULACION	2,95 €
MEDICINA NUCLEAR	2,95 €
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO/TRATAMIENTO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS	
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO/TRATAMIENTO DE ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS	2,95 €
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO/TRATAMIENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO/TRATAMIENTO DE CARDIOLOGÍA	2,95 €
SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO/TRATAMIENTO DE ONCOLOGÍA	
TRATAMIENTOS RADIOTERÁPICOS Y QUIMIOTERÁPICOS (por sesión)	2,95 €
TRATAMIENTO DEL DOLOR	2,95 €
AMBULANCIAS	2,95 €
URGENCIAS HOSPITALARIAS Y ASISTENCIA PRIMARIA EN DOMICILIO	2,95 €
URGENCIAS AMBULATORIAS	2,95 €

(*) El copago incluye exclusivamente la estancia hospitalaria por día y honorarios quirúrgicos. El resto de actos médicos y pruebas diagnósticas llevarán el copago correspondiente a su grupo.

Firmado por duplicado en Madrid, a 14 de Diciembre de 2022

EL TOMADOR DEL SEGURO

POR DKV SEGUROS



BONIFICACIÓN DE LA TARIFA ANUAL DE PRIMA POR CAMPAÑA COMERCIAL DE LA PÓLIZA: [REDACTED]

La póliza nº [REDACTED] disfrutará de una bonificación sobre su tarifa de prima anual en los siguientes términos:

- 1.- un 36,00% sobre tarifa de prima en vigor de 2023
- 2.- un 30,00% sobre tarifa de prima en vigor de 2024
- 3.- un 24,00% sobre tarifa de prima en vigor de 2025
- 4.- un 18,00% sobre tarifa de prima en vigor de 2026
- 5.- un 12,00% sobre tarifa de prima en vigor de 2027
- 6.- un 6,00% sobre tarifa de prima en vigor de 2028

La bonificación correspondiente a cada año se aplicará sobre la tarifa de prima una vez ejecutado el proceso de actualización anual de coberturas y tarifas de primas.

El tomador acepta las condiciones especificadas, junto con las demás condiciones y en prueba de conformidad lo firma.

En **Madrid**, a **14 de Diciembre de 2022**

EL TOMADOR DEL SEGURO

POR DKV SEGUROS



ORDEN DE DOMICILIACIÓN DE ADEUDO DIRECTO SEPA

Referencia de la orden de domiciliación: [REDACTED]
Identificador del acreedor: [REDACTED]
Nombre del acreedor: DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E.
Dirección: Torre DKV, av. María Zambrano, 31
Localidad: 50018 Zaragoza
País: España

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza: A) al acreedor a enviar órdenes a la entidad financiera del deudor para adeudar su cuenta y B) a la entidad financiera para adeudar los importes correspondientes en su cuenta de acuerdo con las órdenes del acreedor.

Asimismo, el deudor expresamente autoriza a que en caso de que se realice un cambio de cuenta corriente dentro de la misma entidad financiera o en otra distinta, el acreedor pueda seguir generando los adeudos en dicha nueva cuenta y la entidad financiera pueda aceptarlos.

Como parte de sus derechos, el deudor tiene derecho a ser reembolsado por su entidad financiera en virtud de los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. Dicho reembolso deberá reclamarse en un plazo 8 semanas a partir de la fecha de cargo en su cuenta.

Nombre del deudor: [REDACTED]
Dirección: [REDACTED]
Localidad: [REDACTED]
Provincia: [REDACTED]
País: España

SWIFT BIC: [REDACTED]
Número de cuenta IBAN: [REDACTED]

Número de contrato: [REDACTED]
Tipo de pago: Pago recurrente

En Madrid, a 14 de Diciembre de 2022

Firma del deudor

Una vez firmada esta orden de domiciliación debe ser enviada al acreedor para su custodia.