

DKV MUNDISALUD

ALLGEMEINE VERTRAGSBEDINGUNGEN



WIR WOLLEN WÄHLEN KÖNNEN!

Versicherungsvertrag

DKV Mundisalud

Torre DKV

Avda. María Zambrano, 31

50018 Zaragoza

Tel. (+34) 976 289 100

Fax (+34) 976 289 135

Gezeichnetes und eingezahltes Kapital: 66 110 000 Euro

DKV Seguros y Reaseguros S.A.E., eingetragen im Sonderregister der spanischen Generaldirektion für Versicherungswesen und Rentenfonds, aufgrund Ministerialerlass vom 12. Juli 1956. Sitz der Gesellschaft: Torre DKV, Avenida Maria Zambrano Nr. 31, 50018 Zaragoza (Spanien). Handelsregister von Saragossa, Band 1.711, Bogen 214, Blatt Z-15.152. Span. Steuer-ID C.I.F. A-50004209.

Mod. RE CON-04308

2DNP1.CG/02_V20a

Aktualisierte Ausgabe Februar 2021

Der gesamte Inhalt dieses Vertrages und seiner Anhänge unterliegt dem Copyright von DKV Seguros. Die teilweise oder vollständige Wiedergabe des Inhalts ohne vorherige Genehmigung ist untersagt. Alle Rechte vorbehalten.

DKV Seguros stellt dieses Schriftstück allen zur Verfügung, die es zur Durchsicht und zum Nachschlagen anfordern, auch dann, wenn kein konkreter Wunsch nach einem Versicherungsabschluss vorhanden ist. Damit soll zur Verständlichkeit und Transparenz der Informationen von DKV Seguros und der Fachsprache der Versicherungsbranche im Allgemeinen beigetragen werden.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis

Wir beantworten Ihre Fragen	5
Programm für ein Gesundes Leben: „Vive la Salud“	18
Club DKV Salud y Bienestar	23
24 1. Digitale Gesundheitsleistungen	
27 2. Ärztliche Zweitmeinung bei schwerer Erkrankung	
28 3. Leistungen zur Mund- und Zahngesundheit	
28 4. Zusätzliche Premiumleistungen	
34 5. Netzwerk von Kliniken in den USA	
35 6. DKV Call Center zur Kundenbetreuung	
Versicherungsvertrag: Allgemeine Vertragsbedingungen	36
37 1. Einleitende Klausel	
39 2. Grundlegende Konzepte. Definitionen	
53 3. Modalität, Umfang und territorialer Geltungsbereich der Versicherung	
53 3.1 Gegenstand der Versicherung	
54 3.2 Modalität der Versicherung	
55 3.3 Territorialer Geltungsbereich	
55 3.4 Zugang zu den Deckungsleistungen	
59 3.5 Klausel zu Forderungsübergang und der Abtretung von Rechten	
60 4. Beschreibung der Deckungen	
61 4.1 Medizinische Grundversorgung	
62 4.2 Notfallversorgung	
62 4.3 Medizinische und chirurgische Fachgebiete	
67 4.4 Diagnostische Mittel	
72 4.5 Therapeutische Verfahren	
79 4.6 Medizinische Versorgung, stationär im Krankenhaus	

83	4.7	Ergänzende Deckungen	
92	4.8	Exklusive Deckungsleistungen	
93	4.9	Reiseversicherung (Reiseassistenz)	
94	5.	Von der Deckung ausgeschlossene Leistungen	
101	6.	Ausschluss- und Karennzeiten	
103	7.	Versicherungsleistungen in Abhängigkeit von dem oder den unter Vertrag genommenen Modulen zur Gesundheitsversorgung	
103	7.1	KV Mundisalud Classic Hospitalización / für Krankenhausaufenthalte	
105	7.2	DKV Mundisalud Complet	
108	7.3	DKV Mundisalud Plus	
110	7.4	DKV Mundisalud Classic	
113	7.5	DKV Mundisalud Elite	
116	7.6	DKV Mundisalud Premium	
122	7.7	Ersatzweise Erstattung der Versorgung im Krankenhaus anhand von Pauschalsätzen	
124	8.	Grundlegende Bestimmungen des Vertrages	
124	8.1	Abschluss des Versicherungsvertrags und Laufzeit der Versicherung	
125	8.2	Weitere Pflichten, Aufgaben und Rechte des Versicherungsnehmers	
126	8.3	Weitere Verpflichtungen der Versicherung DKV Seguros	
127	8.4	Bezahlung der Versicherung (Beiträge oder Prämien genannt)	
129	8.5	Verlust von Rechten	
129	8.6	Aussetzung und Kündigung des Versicherungsvertrags	
130	8.7	Mitteilungen	
131	8.8	Besondere gesundheitlichen Risiken	
131	8.9	Steuern und Gebühren	

Anhang I:	Reiseversicherung (Reiseassistenz)	132
-----------	------------------------------------	------------

Anhang II:	Exklusive Deckungen der Versicherung DKV Mundisalud in der Modalität Individual	142
------------	---	------------

**Wir beantworten
Ihre Fragen**

Die hier vorliegenden Allgemeinen Vertragsbedingungen erlauben es Ihnen, die Einzelheiten des Rahmens des Vertrags kennenzulernen, den Sie mit DKV Seguros eingehen, wenn Sie diese Versicherung annehmen.

In diesem Dokument klären wir einen Großteil der Fragen, die sich bei Nutzung der Versicherung stellen könnten.

In diesem Kapitel versuchen wir, klare und einfache Antworten auf einige der Fragen zu geben, die unsere Versicherten am häufigsten an uns richten. Wir hoffen, dass diese für Sie von Nutzen sind.

Zum Vertrag

Aus welchen Dokumenten setzt sich der Versicherungsvertrag zusammen?

Der Versicherungsvertrag setzt sich zusammen aus dem Versicherungsantrag, der Gesundheitserklärung, den Allgemeinen Vertragsbedingungen, den Besonderen Vertragsbedingungen, den Ergänzungen, den Anhängen und ggf. den vereinbarten Sonderbedingungen.

Welche Bedeutung haben die Vertragsbedingungen?

In den „Allgemeinen Vertragsbedingungen“ und/oder den „Besonderen Vertragsbedingungen“ werden die Rechte und Pflichten der Versicherung DKV Seguros und die des Versicherten oder des Versicherungsnehmers geregelt.

Welche Unterlagen übergeben wir Ihnen beim Abschluss Ihrer Versicherung?

Die Allgemeinen und die Besonderen Vertragsbedingungen, die Versichertenkarte/n DKV MEDICARD® und Informationen zum Verzeichnis der DKV-vertragsgebundenen medizinischen Fachkräfte und Zentren, auch „DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen“ genannt.

Überprüfen Sie, ob Ihre persönlichen Daten richtig übernommen wurden.

Was müssen Sie nach dem Erhalt dieser Unterlagen unternehmen?

Sie müssen die Allgemeinen und die Besonderen Vertragsbedingungen unterschreiben, eine Ausfertigung aufbewahren und die zweite unterschrieben an DKV Seguros zurücksenden. Der Eingang der ordnungsgemäß unterschriebenen

Vertragsunterlagen bei uns bedeutet, zusammen mit der Bezahlung des ersten Betrags, die Annahme des Vertrages. Bis diese Voraussetzungen, Unterschrift und Zahlung, nicht erfüllt sind, wird der Vertrag nicht wirksam, auch wenn in den Besonderen Vertragsbedingungen dafür ein Datum festgelegt wurde.

Sollten Sie Fragen haben, setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung.

Wir helfen Ihnen gerne weiter.

Muss die Vertragsverlängerung ausdrücklich mitgeteilt werden?

Der Vertrag verlängert sich automatisch Jahr für Jahr, ohne dass die Verlängerung bestätigt werden muss.

Sowohl Sie als auch wir, DKV Seguros, können den Vertrag zum Ablaufdatum kündigen, dies ist der jeweils anderen Vertragspartei in einer Form mitzuteilen, die es erlaubt, einen Nachweis darüber zu führen. Der Versicherungsnehmer hat eine Kündigungsfrist von mindestens einem Monat einzuhalten und die Versicherung DKV Seguros eine Frist von zwei Monaten.

Welche Rechte haben Sie im Zusammenhang mit dem Schutz personenbezogener Daten?

Aufgrund der Art.12 bis 22 der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des

Rates zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten ist DKV Seguros ausdrücklich dazu berechtigt, die persönlichen Daten des Versicherungsnehmers und der Versicherten anzufordern, zu verarbeiten und an Unternehmen der Versicherungsgruppe weiterzugeben. Die vertragliche Beziehung, die Sie mit DKV Seguros unterhalten, sowie die gesetzlichen Verpflichtungen, zu deren Erfüllung wir aufgrund der für unsere Branche geltenden Vorschriften verpflichtet sind, bilden die Rechtsgrundlage, auf der die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer Daten basiert.

Was die Daten der Versicherten betrifft, so werden diese nur dann an Dritte weitergegeben, wenn dies zur Erbringung der Gesundheitsversorgung oder der Versicherungsleistungen erforderlich ist. DKV Seguros ist ferner dazu berechtigt, Informationen zu Produkten und Dienstleistungen an den Versicherungsnehmer und an die volljährigen Versicherten zu senden, die im Zusammenhang mit der Förderung der Gesundheit und dem Wohlbefinden stehen sowie zu Initiativen, die für diese von Interesse sein könnten.

Wir haben alle technischen und organisatorischen Sicherheitsmaßnahmen getroffen, um die Vertraulichkeit und Integrität der Informationen zu schützen und

Änderungen, Verlust oder unbefugte Zugriffe auf Ihre Daten zu vermeiden; wir nehmen regelmäßig Kontrollen vor, mit denen wir die Erfüllung dieser Maßnahmen überprüfen.

Wir werden Ihre personenbezogenen Daten so lange aufbewahren, wie das Vertragsverhältnis Bestand hat und auch noch nach dessen Beendigung, wenn die Verarbeitung der Daten im Zusammenhang mit einer möglichen Haftung oder mit Beschwerden notwendig ist, die sich aus dem beendeten Vertragsverhältnis ergeben könnten, sowie zur Erfüllung der geltenden gesetzlichen Bestimmungen. Ganz allgemein gilt die Regelung, dass wir die Informationen nach Beendigung der vertraglichen Beziehung für die Dauer von sieben Jahren aufbewahren und diese danach vollständig löschen.

Sie können Ihre den Datenschutz betreffenden Rechte ausüben, indem Sie sich auf postalischem Weg an DKV Seguros, Torre DKV, Avenida María Zambrano, 31, 50018 Zaragoza, wenden, in Ihrem Schreiben Namen und Familiennamen angeben und diesem eine Fotokopie Ihres Personalausweises beifügen, oder aber über den Kundenbereich, indem Sie sich unter www.dkvseguros.com dort registrieren. Weitere Informationen bezüglich Ihrer den Datenschutz betreffenden Rechte finden Sie in den Datenschutzbestimmungen auf der

Webseite sowie in dem Dokument, das wir Ihnen gemeinsam mit den Vertragsunterlagen aushändigen. Sollten Sie darüber hinaus weitere Informationen wünschen oder uns Fragen zu Ihren Rechten im Zusammenhang mit dem Datenschutz stellen wollen, können Sie sich unter Verwendung der E-Mail-Adresse dpogrupodkv@dkvseguros.es auch an unseren Datenschutzbeauftragten wenden. Sollten Sie mit der Berücksichtigung Ihres Rechtes auf Information nicht einverstanden sein, denken Sie daran, dass Sie sich ebenfalls an die spanische Datenschutzbehörde wenden können; schriftlich unter der Anschrift Agencia Española de Protección de Datos, Calle Jorge Juan, 6, 28001 Madrid, sowie telefonisch unter der Rufnummer 901 100 099.

Versorgungsmodalität und Versicherungsumfang

Welches ist die wichtige Eigenschaft, durch die sich die Versicherung „DKV Mundisalud“ auszeichnet?

DKV Mundisalud ist eine auf einem gemischten System beruhende Versicherung, bei der der Versicherte jederzeit wählen kann zwischen:

- > Der Erbringung der im Versicherungsvertrag beschriebenen Leistungen durch Inanspruchnahme von dem DKV-

Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörenden, vertragsgebundenen Ärzten, Kliniken und Fachkräften (Versorgungsmodalität Eigenmittel).

- > Dem freien Zugang zu Ärzten, Fachkräften oder Kliniken, die Sie selbst auswählen haben und die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsdienstleistungen nicht angehören.

In diesem Fall werden die Kosten der vom Versicherten bezahlten Rechnungen zu dem Prozentsatz und mit den Obergrenzen erstattet, die in den Allgemeinen Vertragsbedingungen sowie in der den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigefügten Tabelle der Deckungen und Obergrenzen festgelegt wurden (Versorgungsmodalität Fremdmittel).

Wie erfolgt der Zugang zu den Eigenmitteln von DKV-Seguros?

Die versicherte Person kann frei unter den dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörenden Leistungserbringern wählen. Die Leistung wird erbracht, nachdem sie sich anhand der DKV MEDICARD® ausgewiesen hat und in den Fällen, in denen eine solche notwendig ist, die Autorisierung vorlegt.

Wie ist die Erstattung von Ausgaben bei DKV Seguros zu beantragen?

Die bezahlten Rechnungen müssen innerhalb eines Zeitraums von maximal vierzehn Tagen eingereicht werden; sind Leistungen von Leistungserbringern erbracht worden, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen nicht angehören, müssen diese Rechnungen eine Aufschlüsselung der vorgenommenen ärztlichen oder medizinischen Handlungen enthalten; weiter sind die Verschreibungen sowie die medizinischen Berichte einzureichen, in denen Herkunft und Art der Krankheit genannt werden. Um Ihnen die Einreichung dieser Unterlagen zu erleichtern, stellt DKV Seguros ein „Erstattungsformular“ bereit.

Welche Prozentsätze für Erstattungen und welche Obergrenzen werden im Versicherungsvertrag für den Fall festgelegt, dass Fremdmittel in Anspruch genommen werden, also Dienstleistungen von Leistungserbringern, die nicht dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehören?

Bei DKV Mundisalud wird vom Gesamtbetrag der vorgelegten Rechnungen ein prozentualer Anteil erstattet, bis zu einer Höchstgrenze, die jeweils von der unter Vertrag genommenen Modalität abhängig ist und die in der Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen angegeben wird.

Was gehört zum territorialen Geltungsbereich?

Bei allen Modalitäten der Versicherung DKV Mundisalud kann der Versicherte weltweit Leistungserbringer und Zentren aufsuchen, die nicht dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehören und hat dabei Anspruch auf Erstattung der Kosten, die im Zusammenhang mit der medizinischen und operativen Versorgung entstanden sind, sofern er mindestens für neun Monate im Jahr in Spanien wohnt und seinen Hauptwohnsitz hat.

Die Erbringung der Leistungen innerhalb Spaniens wird außerdem durch das DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen sichergestellt (Versorgungsmodalität Eigenmittel).

Gesundheitskarte DKV MEDICARD®

Kann ein dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörender Arzt neben der erteilten Autorisierung zur Erbringung bestimmter Leistungen auch die Vorlage der Gesundheitskarte DKV MEDICARD® verlangen?

Ja. Mit der Gesundheitskarte DKV MEDICARD® weisen Sie sich gegenüber dem jeweiligen, dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörenden, Leistungserbringer als bei DKV Seguros Versicherter aus und man wird von Ihnen die Vorlage der Gesundheitskarte verlangen.

Wie hoch ist der für jede medizinische Leistung zu bezahlende Beitrag?

Die Inanspruchnahme der dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörenden Leistungserbringer ist frei, Sie müssen keinerlei Beträge bezahlen.

Was passiert, wenn der Kunde sich dem Leistungserbringer gegenüber, der dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehört, nicht durch seine DKV MEDICARD® ausweist?

Dieser Leistungserbringer ist dann dazu berechtigt, Ihnen die medizinische oder chirurgische Versorgung, die er erbracht hat, in Rechnung zu stellen.

In keinem Fall erstattet DKV Seguros dem Versicherten die Kosten für Rechnungen, die durch Leistungserbringer ausgestellt werden, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehören.

Was ist zu tun, wenn Sie die Versichertenkarte DKV MEDICARD® verlieren?

Setzen Sie sich mit DKV Seguros in Verbindung.

Wir schicken Ihnen eine neue Karte zu.

Wie können Sie sich mit DKV Seguros in Verbindung setzen?

Telefonisch, indem Sie unter Verwendung der Rufnummer 976 814 983 das DKV Call Center

zur Kundenbetreuung anwählen; per Internet unter Verwendung der E-Mail-Adresse www.dkvseguros.com; oder indem Sie eine unserer DKV-Geschäftsstellen aufsuchen.

Autorisierungen

Wann wird eine Autorisierung benötigt?

Autorisierungen werden nur für den Zugang zu Leistungen benötigt, die über das DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen erbracht werden.

Werden Leistungen in Anspruch genommen, die durch Leistungserbringer erbracht werden, die nicht dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehören, ist in keinem Fall eine Autorisierung erforderlich.

Für welche Tests und Leistungen, die innerhalb des DKV-Netzwerkes für Gesundheitsleistungen erbracht werden, sind Autorisierungen erforderlich?

Komplexe diagnostische Untersuchungen, Krankenwagentransporte, Prothesen und chirurgische Implantate, psychotherapeutische-Sitzungen, Vorsorgeprogramme und Früherkennungs-Check-ups, ärztliche und chirurgische Behandlungen sowie Krankenhauseinweisungen.

Wenn Sie Fragen zu den Diagnose- und Therapieleistungen haben, für die keine vorherige Autorisierung durch DKV Seguros erforderlich ist, können Sie sich entweder auf der Webseite von DKV Seguros informieren oder unter Kapitel 2 (»Ratschläge für die Nutzung«) des für das laufende Jahr geltenden und für Sie gültigen Verzeichnisses zum Vertragsnetzwerk von Gesundheitsleistungsanbietern nachschlagen.

Wie wird eine Autorisierung beantragt, wenn das Aufsuchen einer Geschäftsstelle von DKV Seguros nicht möglich ist?

Telefonisch über unser Call Center zur Kundenbetreuung, das Sie unter der Rufnummer 976814983 erreichen; oder über unsere Webseite (www.dkvseguros.com). Weiterhin haben Sie die Möglichkeit, die Autorisierung durch eine dritte Person in der Geschäftsstelle beantragen zu lassen, die Sie gewöhnlicherweise aufsuchen, diese hat Ihre Versichertenkarte und die ärztliche Verordnung für die medizinische Untersuchung vorzulegen.

Zahlung des Versicherungsbeitrags

Warum wird von Jahresvertrag gesprochen, wenn die Beitragszahlung monatlich erfolgt?

Die im Versicherungsvertrag vereinbarte Laufzeit beträgt ein Jahr und ist verlängerbar für jeweils ein weiteres Kalenderjahr; dies steht jedoch im Einklang mit einer monatlichen Bezahlung des Beitrags. Ebenfalls ist es möglich, die Versicherung mittels vierteljährlicher oder halbjährlicher Zahlungen oder mittels eines einzigen jährlichen Beitrages zu bezahlen.

Die für den Beitrag gewählte Zahlungsweise entbindet den Versicherungsnehmer jedoch nicht von der Zahlung des gesamten Jahresbeitrages. Bei einer Rücklastschrift oder Nichtzahlung der Beitragsrechnungen ist DKV Seguros dazu berechtigt, den Betrag für den nicht beglichenen Anteil des Jahresbeitrags im Wege eines Mahnverfahrens einzufordern.

Gesundheitsleistungen

Worin besteht das Programm für einen gesunden Lebensstil „Vive la Salud“?

Im Internet, unter planesdevidasaludable.dkvseguros.com, bietet DKV den Versicherten die Möglichkeit, auf diverse auf die

Förderung der Gesundheit und der Krankheitsvorsorge ausgerichtete Programme zuzugreifen, die dort schrittweise aufgenommen werden.

Ist es möglich, gleich am ersten Tag nach dem Abschluss des Krankenversicherungsvertrags einen Arzt aufzusuchen?

Ja, vom ersten Tag an, an dem Ihr Vertrag in Kraft tritt. Ausgeschlossen hiervon sind diejenigen Leistungen, für die eine Karenzzeit einzuhalten ist (siehe Abschnitt 6 „Karenz- und Ausschlusszeiten“).

Muss für das Aufsuchen von Fachärzten bestimmter medizinischer oder chirurgischer Fachgebiete zuvor eine Autorisierung eingeholt werden?

Nein. Es besteht freier Zugang zu Beratungsterminen von Ärzten medizinischer oder chirurgischer Fachgebiete, sowohl innerhalb des DKV-Netzwerks für Gesundheitsleistungen als auch außerhalb.

Ist für den Zugang zur klinischen Psychologie eine Autorisierung erforderlich?

Ja. Um Zugang zu diesem nicht-medizinischen Fachgebiet innerhalb des DKV-Netzwerks für Gesundheitsleistungen zu haben, ist die vorherige Einholung einer Autorisierung erforderlich.

Brauche ich für eine Mammographie oder eine Orthopantomographie eine Autorisierung?

Nein, es ist keine Autorisierung erforderlich. Benötigt wird lediglich die schriftliche Verschreibung eines Arztes.

In welchen Fällen kann ein Hausbesuch verlangt werden?

Dann, wenn vom Arzt aufgrund des Gesundheitszustands des Patienten von einem Besuch in seiner Praxis bzw. einem Besuch im Krankenhaus abgeraten wird.

Auch der Besuch von MTAs oder Krankenschwestern kann als Hausbesuch stattfinden, wenn der Arzt dies so verschreibt.

Werden bereits vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags vorhandene Erkrankungen von der Versicherung gedeckt?

Aufgrund der Art des Vertrags sind Vorerkrankungen nicht gedeckt; es besteht jedoch in einigen Fällen, z. B. bei allergischem Asthma, die Möglichkeit einer Deckung durch Zahlung eines Aufschlags.

Was wird im Bereich der Zahnmedizin abgedeckt?

Durch die Versicherung gedeckt sind Konsultationen beim Zahnarzt, Extraktionen, stomatologische Behandlungen, Fluoridbehandlungen, Mundhygiene sowie die mit den

genannten Behandlungen im Zusammenhang stehende dentale Radiologie.

Ebenfalls gedeckt werden für Patienten bis zum Alter von 14 Jahren Fissurenversiegelungen und Zahnfüllungen.

Die übrigen, nicht von der Versicherung gedeckten zahnärztlichen Behandlungen werden, mit Kostenbeteiligung durch den Versicherten, durch den zahnärztlichen Dienst erbracht (siehe „zusätzliche Leistungen“).

Wie viele Behandlungen zur Mundhygiene (Zahnreinigungen) übernimmt die Versicherung pro Jahr?

Alle, die notwendig sind, sofern eine Verschreibung durch einen Arzt erfolgt ist.

Werden durch „DKV Mundisalud“ die Kosten für Medikamente gedeckt?

„DKV Mundisalud“ deckt die Kosten für Medikamente im Falle einer Krankenhauseinweisung oder eines stationären Aufenthalts, sofern das Modul „Krankenhausaufenthalt und Chirurgie“ unter Vertrag genommen wurde, ausgenommen davon sind biologische Medikamente und medikamentalisierte Biomaterialien, die nicht unter Abschnitt 4.7 „Chirurgische Implantate“ dieser Versicherungsbedingungen beschrieben sind.

Außerdem erstattet DKV Seguros bei den Einzelversicherungen mit medizinischer Rundumversorgung Complet, Plus, Classic, Elite und Premium einen Teil der Kosten für ambulante Behandlungen bis zu einem Höchstbetrag pro Versichertem und Jahr, wie in der den Besonderen Vertragsbedingungen angehängten Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen aufgeführt. Voraussetzung ist, dass die Medikamente von einem Arzt verschrieben, in einer Apotheke erworben, und die in den Allgemeinen Vertragsbedingungen festgelegten Deckungsgrenzen eingehalten werden.

Werden die Kosten einer Periduralanästhesie während einer Geburt gedeckt?

Ja, und auch bei jedem anderen chirurgischen Eingriff, wenn dies angezeigt ist.

Werden bei „DKV Mundisalud“ die Kosten für operative Eingriffe bei Kurzsichtigkeit (Myopie) gedeckt?

DKV Seguros bietet Ihnen bei Myopie zu günstigen und vorteilhaften Konditionen Zugang zur refraktiven Laserchirurgie. Hierzu muss der Versicherte vor dem Eingriff über den DKV Club Salud y Bienestar einen Gutschein erwerben.

Werden bei „DKV Mundisalud“ die Kosten für klinische Psychologie gedeckt?

Ja, Psychotherapie ist bei Einzelpersonen und ambulanter Behandlung abgedeckt. Die Behandlung muss von einem Facharzt für Psychiatrie oder Pädiatrie verschrieben und von einem Psychologen durchgeführt werden, sie wird bis zu einer Höchstgrenze von Sitzungen pro Versichertem (Summe der mit Eigenmitteln und Fremdmitteln finanzierten Behandlungen) und einem Höchstbetrag je Sitzung bei Fremdmitteln erstattet. Die Höchstgrenzen werden in der den Besonderen Vertragsbedingungen beigefügten Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen festgelegt und gelten für die folgenden Pathologien, die eine psychologische Behandlung erfordern:

- > Psychiatrische Erkrankungen: Depression, Schizophrenie und psychotische Störungen.
- > Verhaltensstörungen: Neurosen, Angstzustände, Persönlichkeitsstörungen und Zwangsstörungen.
- > Essstörungen: Magersucht und Bulimie.
- > Bei Mobbing in der Schule, Cybermobbing, geschlechtsspezifischer und häuslicher Gewalt.

- > Schlafstörungen: Einnässen, Schlaflosigkeit, Schlafwandeln und Nachtangst.
- > Anpassungsstörungen: Arbeits- und posttraumatischer Stress, Trauer, Scheidung, Pubertät, Posturlaubssyndrom usw.
- > Lernstörungen: Hyperaktivität und Schulversagen.

Sollten weitere Sitzungen erforderlich sein, bietet Ihnen DKV Seguros die Möglichkeit, die Sitzungen mit der Bezahlung einer Eigenbeteiligung fortzusetzen, nachdem ein entsprechender Antrag bei DKV Seguros gestellt und bewilligt wurde.

Was ist mit den Kosten der Familienplanung?

Ihre Versicherung umfasst Tubenligatur, Vasektomie und Implantation des IUP. Im Falle des IUP erstattet DKV Seguros zudem die Kosten des IUP in der Höhe des für die entsprechende Versicherungsmodalität festgelegten Prozentsatzes und unter Berücksichtigung einer maximalen Höchstgrenze, die genannt wird in der den Besonderen Vertragsbedingungen angehängten Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen.

Da es sich in den beiden ersten Fällen um chirurgische Eingriffe handelt, gilt für diese eine Karenzzeit von sechs Monaten.

Besteht bei „DKV Mundisalud“ Deckung für assistierte Reproduktion?

DKV Seguros deckt Befruchtungstechniken nur bei den Individualversicherungen DKV Mundisalud Classic, Elite und Premium mit medizinischer Rundumversorgung ab, sofern ein Partner von Unfruchtbarkeit betroffen ist, kein gemeinsames Kind vorhanden ist und die Versicherten in einem fortpflanzungsfähigen Alter sind (älter als 18 Jahre und einem Höchstalter von 42 Jahren bei Frauen und 55 Jahren bei Männern). **Zugang zur Behandlung besteht ausschließlich in Behandlungszentren, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehören (Eigenmittel) sowie zuvor erteilter Autorisierung durch DKV Seguros; es gilt eine Karenzzeit von 48 Monaten. Die verwendeten Techniken betreffend, es sind zwei Versuche zur künstlichen Befruchtung und einen Versuch für In-vitro-Fertilisation (IVF) enthalten.**

Ist die medizinische Versorgung auch bei einem Sportunfall mit Knochenbruch gewährleistet?

Ja. Sofern es sich dabei nicht um einen Unfall handelt, der sich im Rahmen beruflicher Ausübung von Sport oder der Teilnahme an einem offiziellen Wettkampf ereignet hat und es sich nicht um eine Sportart handelt, die als Hochrisikosportart eingestuft ist.

Ist die medizinische Versorgung im Ausland gewährleistet?

Bei DKV Mundisalud wird vom Gesamtbetrag der vorgelegten Rechnungen für im Ausland angefallene Aufwendungen ein prozentualer Anteil erstattet, bis zu einer Höchstgrenze, die jeweils von der unter Vertrag genommenen Modalität abhängig ist und die in der den Besonderen Vertragsbedingungen angehängten Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen aufgeführt wird; Voraussetzung ist in jedem Fall, dass der Versicherte seinen Wohnsitz in Spanien hat und hier auch mindestens für 9 Monate innerhalb eines Jahres lebt.

Weiter existiert für sämtliche Modalitäten der Versicherung eine ergänzende Reiseversicherung, die **bei Notfällen aufgrund von Erkrankung oder Unfall** die medizinische Versorgung bei Reisen ins Ausland sichert; die Deckung gilt für maximal 180 Tage je Reise oder Auslandsaufenthalt (siehe Anhang I)

Welche Nummer muss ich anrufen, wenn während eines Auslandsaufenthaltes ein medizinischer Notfall eingetreten ist?

Wählen Sie die Rufnummer +34 913 790 434.

Sie werden beraten und man sagt Ihnen, an welches Gesundheitszentrum Sie sich für die notwendige medizinische Versorgung wenden können.

Einweisungen ins Krankenhaus

Was muss für eine programmierte Krankenseinweisung erledigt werden?

Erfolgt die Einweisung in ein dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörendes Krankenhaus, muss die Einweisung zuvor durch DKV Seguros autorisiert werden (informieren Sie sich unter AUTORISIERUNGEN im Abschnitt „Wir beantworten Ihre Fragen“ über die medizinischen Leistungen, für die eine vorherige Autorisierung erforderlich ist).

Dafür ist der schriftliche Antrag eines Arztes erforderlich, aus dem der Grund für die Krankenseinweisung hervorgeht.

Im Fall eines Aufenthalts in einem privaten Krankenhaus, das dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen nicht angehört, ist keine Autorisierung erforderlich. Wenn Sie den Antrag auf Erstattung stellen, ist es erforderlich, die Rechnungen, die Verschreibung/ Einweisung sowie den Arztbericht beizufügen.

Welches Krankenhaus kann aufgesucht werden und wie ist vorzugehen, wenn ein Notfall eingetreten ist?

Sie können jedes private Krankenhaus aufsuchen; egal, ob es dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehört oder nicht.

Gehört das Zentrum nicht dem DKV-Netzwerk an, bezahlen Sie die entsprechenden Rechnungen und beantragen die Erstattung der für die erhaltene medizinische oder chirurgische Versorgung entstandenen Kosten.

Sofern das Krankenhaus oder Zentrum dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehört, müssen Sie DKV so bald als möglich die erfolgte stationäre Aufnahme mitteilen, in jedem Fall innerhalb der ersten 72 Stunden nach der erfolgten Aufnahme.

Wann ist bei einem stationären Krankenhausaufenthalt das Bett für eine Begleitperson inbegriffen?

Im Versicherungsschutz eingeschlossen ist ein Einzelzimmer mit Bett für eine Begleitperson, außer bei stationärem Aufenthalt in einer psychiatrischen Einrichtung, auf der Intensivstation und bei Frühgeborenen, die in einem Inkubator versorgt werden.

Anregungen und Beschwerden

Wie geht man vor, wenn man Anregungen oder Beschwerden einreichen möchte?

Sie können diese schriftlich bei einer unserer Niederlassungen einreichen oder an den Service zur Vertretung und Wahrung der Kundeninteressen (Defensa del Cliente) senden.

Sie können sich hierfür schriftlich an den Firmensitz von DKV Seguros wenden, die Anschrift lautet: Torre DKV, Avenida María Zambrano, 31, in 50018 Zaragoza, oder per E-Mail an die Adresse: defensacliente@dkvseguros.es. Sie können auch unseren Kundenbetreuungsservice kontaktieren, Sie erreichen diesen unter der Rufnummer 976 814 983.

Sie haben außerdem die Möglichkeit, diese an die Beschwerdestelle der Generaldirektion für Versicherungswesen und Rentenfonds zu senden, die Anschrift lautet: Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Paseo de la Castellana 44, 28046 Madrid.

Dafür ist es jedoch erforderlich, zuvor eine Beschwerde bei der Abteilung für Kundenschutz der DKV Versicherung, „Defensa del Cliente de DKV-Seguros“, eingereicht zu haben. (Nähere Informationen über das Verfahren finden Sie im Abschnitt „Vorbemerkungen“).

Programm für ein gesundes Leben: „Vive la Salud“

DKV Seguros bietet den Versicherten die Möglichkeit des Zugriffs auf das Programm für einen gesunden Lebensstil an: „**Vive la Salud**“, mit dem mithilfe besonderer Programme Aktivitäten zur Gesundheit gefördert und Krankheiten vorgebeugt werden soll. Diese Programme stehen online zur Verfügung und werden durch Telefonlinien zur medizinischen Beratung ergänzt.

a) Die Ziele dieser Programme sind:

- > Sich gesunde Lebensweisen anzueignen.
- > Bereits angenommene, angemessene Lebensweisen zu festigen.
- > Vermittlung von Wissen zur Vorbeugung von Risikofaktoren für Krankheiten.
- > Vermittlung von Wissen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten und zur Ergreifung entsprechender Maßnahmen.

- > Eine personalisierte medizinische Beratung verfügbar zu haben: Aufstellung eines persönlichen Gesundheitsplans mit konkreten Zielen und kontinuierlicher Unterstützung, um diese Ziele zu erreichen.
- > Bereitstellung effektiver und vorbeugender Aktivitäten.
- > Die Führung eines gesunden Lebens und, wenn bereits ein gesundheitliches Problem aufgetreten sein sollte, dem Auftreten von Komplikationen vorzubeugen.

Um diese Ziele zu erreichen, stehen die folgenden Tools und Angebote bereit:

- > Informationen, Kurse und die Teilnahme an Veranstaltungen.
- > Online-Tools zur Bewertung, Beobachtung und Kontrolle.
- > Personalisierte medizinische Fernberatung, um die therapeutischen Ziele zu erreichen.

b) Die Programme, das Angebot wird nach und nach erweitert, sind:

1. Vida saludable, ein gesundes

Leben. Dieses Programm wendet sich an Personen ohne kardiovaskuläre Risikofaktoren, die gesunde Lebensweisen erwerben oder beibehalten möchten. Das Programm stellt persönlich abgestimmte Ernährungspläne und Vorschläge für sportliche Aktivitäten zur Verfügung.

2. Kardiovaskuläre Vorsorge.

Das Programm wendet sich an Versicherte, die einige der am häufigsten auftretenden kardiovaskulären Risikofaktoren aufweisen: Bluthochdruck, Cholesterin, Übergewicht, Tabakkonsum usw. Das Programm stellt individuelle Betreuung zur Selbstkontrolle und zur Vermeidung von Komplikationen zur Verfügung.

3. Gesunde Schwangerschaft und

Geburt. Dieses Angebot wendet sich an alle volljährigen Versicherten, die schwanger sind. Das Programm zielt darauf ab, allen Schwangeren, die bei DKV Seguros versichert sind, zu bestimmten mit der Schwangerschaft, der Geburt und dem Wochenbett in Verbindung stehenden Aspekten Informationen und Beratung bereitzustellen, mit dem Ziel, Kenntnisse, Einstellung und Handlungsweisen zu verbessern, was sich positiv auf den Verlauf der

Schwangerschaft, die Geburt und die Zeit nach der Geburt auswirkt sowie zur Pflege des Neugeborenen.

4. Fettleibigkeit. Das Programm wendet sich an versicherte Personen über 18 Jahre, die bereits Übergewicht oder Fettleibigkeit aufweisen. Ziel ist es, eine Gewichtsreduzierung mithilfe der Beratung eines Diätassistenten zu erreichen; dieser gibt Ziele vor und entwirft persönliche Ernährungspläne und sportliche Übungen, um die Gewichtsreduzierung zu erreichen.

5. Fettleibigkeit im Kindesalter. Dieses Programm richtet sich an Versicherte, die Kinder haben, die Probleme mit Übergewicht und Fettleibigkeit haben. Das Hauptziel dieses Programms ist es, mithilfe von auf Kinder zugeschnittenem edukativem Material und der personalisierten Beratung eines Diätassistenten zur Annahme gesunder Ernährungsgewohnheiten zu erziehen.

6. Elternschule. Dieses Programm zielt darauf ab, eine angemessene Entwicklung der Kinder zu erreichen und eine gesunde Lebensweise zu vermitteln, von Geburt an bis zur Adoleszenz. Es bietet Eltern Informationen über Säuglingspflege (Nahrung, Hygiene, Impfungen, Unfallverhütung, Spiele, Kleidung usw.) und zudem die Bereitstellung einer Online-Beratung über die verschiedenen Stadien des Wachstums und des

Heranreifens von Kindern (Kindheit, Pubertät und Adoleszenz) sowie einen individuellen Plan, damit das Kind gesund heranwächst.

7. Prävention von Brustkrebs. Dieses Programm wendet sich an Frauen ab 35 Jahre und darüber. Das Ziel ist eine effektive Brustkrebsvorsorge und eine möglichst frühzeitige Erkennung. Das Programm bietet personalisierte Beratung und Empfehlungen zu den effektivsten vorbeugenden Aktivitäten im Zusammenhang mit den persönlichen Eigenschaften jeder versicherten Frau.

8. Prävention von Prostatakrebs. Dieses Programm wendet sich an Männer ab 45 Jahre und darüber. Das Ziel ist eine effektive Prostatakrebsvorsorge und eine möglichst frühzeitige Erkennung. Das Programm bietet personalisierte Beratung und Empfehlungen zu den effektivsten vorbeugenden Aktivitäten im Zusammenhang mit den persönlichen Eigenschaften jedes versicherten Mannes.

9. Prävention von

Gebärmutterhalskrebs:

Das Präventionsprogramm zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs richtet sich an alle Frauen zwischen 18 und 65 Jahren, die sexuell aktiv sind; es beinhaltet die Durchführung eines vaginalen Abstrichs zur zytologischen Untersuchung

in regelmäßigen Abständen, um Veränderungen und Fehlbildungen zu erkennen und zu behandeln, bevor sich Krebs entwickeln kann.

10. Prävention von Darmkrebs:

Darmkrebs ist der in Spanien am häufigsten auftretende bösartige Tumor.

Das Präventionsprogramm richtet sich an die gesamte Bevölkerung und insbesondere an Personen über 50 Jahre, in deren Familie Darmkrebs vorgekommen ist und es bietet mithilfe von Online-Tools die Beurteilung von Risikofaktoren an und unterstützt dabei, diese zu vermeiden. Dazu gehört auch ein Experten-Team für Prävention und gesunde Lebensweise, das kontinuierliche Betreuung und individuelle Beratung bereitstellt.

11. Schlaganfall-Prävention:

Der zerebrovaskuläre Insult oder Schlaganfall ist gegenwärtig in Spanien nach der ischämischen Herzerkrankung die zweithäufigste Todesursache. Er wird als plötzliche Entwicklung von Veränderungen in der Gehirnfunktion, die länger als 24 Stunden andauern, mit einer entweder hämorrhagischen oder ischämischen Ursache definiert. Das Schlaganfall-Vorsorgeprogramm wendet sich an Erwachsene, insbesondere solche mit Risikofaktoren oder einer Vorgeschichte mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Diabetes, Hypertonie, Hypercholesterinämie

oder Adipositas). Den Versicherten werden Online-Werkzeuge zur Einschätzung dieser Risikofaktoren bereitgestellt sowie ein Expertenteam, das Sie mithilfe eines fortlaufenden individuellen Betreuungsprogramms bei der Einführung von gesunden Lebensgewohnheiten unterstützt.

12. Prävention von arbeitsbedingtem

Stress: Das Programm richtet sich an alle, die einer Beschäftigung nachgehen und sich dessen bewusst sind, dass einer ihrer verschiedenen Lebensbereiche beeinträchtigt wird (familiär, sozial, arbeitsbedingt) und sie dadurch am Glücklichen gehindert werden, oder aber Stress sich noch nicht entfaltet hat, jedoch mehrere diesbezügliche Risikofaktoren vorhanden sind.

c) Zugang:

Der Zugriff auf dieses Programm ist ausschließlich über das Internet möglich, über:

planesdevidasaludable.dkvseguros.com

Weitere Informationen zu diesen Programmen **können Sie telefonisch erhalten, wählen Sie dafür die folgende Rufnummer: 976 814 983**

DKV Club Salud y Bienestar

Der Vertragsabschluss der Krankenversicherung „DKV Mundisalud“ – sowohl als Einzel- als auch als Kollektivversicherung – erlaubt Versicherten den Zugriff auf digitale Gesundheitsdienste und zusätzliche Premium-Leistungen des DKV Clubs Salud y Bienestar, die sich von dem Schutz unterscheiden, den die Versicherung bietet und die nachfolgend genannt werden.

Weitere Einzelheiten bezüglich des Zugangs zu diesen Leistungen sind auf der Webseite **www.dkvclubdesalud.com** zu finden oder können telefonisch durch Anruf bei einer der im DKV-Verzeichnis der Gesundheitsleistungsanbieter mit Vertragsbindung genannten Rufnummern erfragt werden.

1. Digitale Gesundheitsleistungen

a) Telefonische Beratung

1.1 24-Stunden-Rufbereitschaftsdienst

Den bei DKV Seguros Versicherten steht ein 24-Stunden-Rufbereitschaftsdienst

zur Verfügung, der sich aus Ärzten und Verwaltungspersonal zusammensetzt, die darauf spezialisiert sind, Leistungen einer medizinischen Versorgung durch Hausbesuche zu koordinieren und zu aktivieren, je nach Art der abgeschlossenen Versicherung und der geografischen Lage des Wohnsitzes.

1.2 DKV 24-Stunden-Arzt

Diese Leistung bietet den bei DKV Seguros Versicherten telefonische medizinische Beratung und stellt Informationen bereit, um Sorgen und Zweifel hinsichtlich aufgetretener Krankheitssymptome, diagnostischer Tests, Gesundheitsprobleme und zu Medikamenten zu klären.

1.3 24-Stunden-Telefonlinie Kinderarzt

Dieser Service bietet den Versicherten von DKV Seguros eine medizinische Telefonberatung durch einen Arzt oder einen Kinderarzt, der Auskunft gibt und Fragen zu Symptomen, Untersuchungen und Gesundheitsproblemen von Kindern bis zum Alter von 14 Jahren beantwortet.

1.4 Telefonlinie zur medizinischen Beratung bei Adipositas (extremes Übergewicht) von Kindern

Diese Leistung bietet den Eltern von bei DKV Seguros versicherten Kindern telefonische Beratung durch Ärzte oder Diätassistenten und stellt Informationen über Strategien und medizinische Unterlagen zur Vorbeugung und Behandlung von Übergewicht und Fettleibigkeit bei Kindern bereit.

1.5 Telefonlinie medizinische Betreuung in der Schwangerschaft

Diese Leistung stellt den bei DKV Seguros versicherten schwangeren Frauen telefonische medizinische Beratung durch Ärzte oder Fachärzte für Geburtshilfe zur Verfügung; es werden Informationen gegeben und Zweifel ausgeräumt hinsichtlich auftretender Symptome, zu Untersuchungen, zu allgemeinen Gesundheitsproblemen sowie zu speziellen Medikamenten im Zusammenhang mit der Schwangerschaft.

1.6 Telefonlinie medizinische Beratung von Frauen

Diese Leistung stellt den bei DKV Seguros versicherten Frauen telefonische medizinische Beratung durch weibliche Ärzte zur Verfügung; es werden Informationen gegeben und Zweifel ausgeräumt hinsichtlich auftretender Symptome, zu Untersuchungen, zu allgemeinen Gesundheitsproblemen und zu

speziellen Medikamenten im Zusammenhang mit Frauenkrankheiten.

1.7 Telefonlinie Sportmedizin

Diese Leistung bietet den versicherten Personen von DKV Seguros telefonische Beratung rund um Sportmedizin, welche von Experten in Sportmedizin, Ärzten oder Ernährungsberatern durchgeführt wird, stellt entsprechende Informationen zur Verfügung, beseitigt Zweifel zur Prävention von Verletzungen, gibt Auskunft über angemessene sportliche Betätigung und berät bei jenen Krankheitsverläufen, bei denen sportliche Betätigung Teil der ärztlich verordneten Therapie ist.

1.8 Telefonlinie medizinische Beratung zu Ernährungsfragen

Dieser Service bietet den Versicherten von DKV Seguros telefonische Ernährungsberatung durch Fachärzte für Ernährungsmedizin oder Diätassistenten; diese stellen Informationen zur Verfügung, klären Zweifel hinsichtlich der Gesundheitsvorsorge sowie der Ernährungskontrolle bei Krankheitszuständen, bei denen Diät als Teil der Behandlung vom Arzt verschrieben wurde.

1.9 Telefonlinie Tropenmedizin

Dieser Service bietet den Versicherten von DKV Seguros telefonisch oder per Internet medizinische Beratung und stellt Informationen zur Verfügung; es

werden Zweifel hinsichtlich auftretender Symptome, Untersuchungen, allgemeiner Gesundheitsprobleme geklärt sowie zu Chemoprophylaxe und den diesem Fachgebiet eigenen Medikamenten.

1.10 Telefonlinie für psychologisch-emotionale Beratung

Der Versicherte kann pro Jahr sechs psychologische Beratungen von jeweils dreißig Minuten in Anspruch nehmen und erhält durch ein qualifiziertes Team von Psychologen Orientierungshilfe; jeder einzelne Fall wird individuell behandelt.

Sprechzeiten sind an Arbeitstagen von 8:00 Uhr bis 21:00 Uhr, der Zugang erfolgt nach vorheriger Terminvereinbarung.

b) Applikation Quiero cuidarme Más

Bei DKV Seguros setzen wir auf Technologie, mit der wir dazu beitragen möchten, dass jeder sich um seine Gesundheit kümmern kann. Daher haben wir eine breite Palette von Leistungen im Bereich e-Health entwickelt, die im Versicherungsumfang enthalten und für unsere Versicherten über die App Quiero cuidarme Más verfügbar sind. Dazu gehören:

- **Índice de vida saludable.** Der Index für ein gesundes Leben. Über die App Quiero Cuidarme Más können Sie

Ihren Index für ein gesundes Leben (abgekürzt nach der spanischen Bezeichnung mit IVS) selbst berechnen, dies ist ein Wert zwischen 0 und 1000, ermittelt anhand Ihrer gesunden Lebensführung mithilfe von neun Indikatoren (BMI, Glucose, Cholesterin, Blutdruck, Schlafqualität, emotionales Wohlbefinden, körperliche Aktivität, Konsum von Tabak und Ernährung). Darüber hinaus können Sie Herausforderungen annehmen, die anhand von Aktionsplänen gestellt werden, um an verbesserungswürdigen Indikatoren zu arbeiten.

- Gesundheitscoach

Über den Chatservice löst der Gesundheitscoach Ihre Zweifel und gibt Ratschläge, damit Sie und wie Sie auf einfache Weise gesunde Gewohnheiten in Ihren Alltag integrieren können.

- Digitale Hebamme

Der Chatservice der digitalen Hebamme ermöglicht es, alle Zweifel auszuräumen, die bei werdenden Müttern während der Schwangerschaft und danach in den ersten hundert Tagen nach der Entbindung aufkommen, so etwa Fragen zum Stillen, zur Babypflege und zur eigenen Genesung. Darüber hinaus wird den Frauen angeboten, sie zu begleiten, um eine postpartale Depression zu vermeiden oder frühzeitig zu erkennen.

- Virtuelle Arztkonsultation

Dieser Service ermöglicht es Ihnen, per Chat, Videoanruf oder Telefon mit einem Arzt sprechen. All das auf eine einfache, sichere Art und Weise und unter vollständiger Wahrung der Vertraulichkeit. Zu diesem Service gehört ein Symptomchecker, der Ihnen eine schnelle und zuverlässige Orientierung zu einer bestimmten Gesundheitsfrage bietet.

- **Diario de salud:** Das Gesundheits-Tagebuch; Ihr persönlicher Terminplaner zur Aufzeichnung Ihrer Arzttermine und um den Verlauf Ihrer Gesundheitsaktivitäten einzusehen.

- **Carpeta de salud:** Der Gesundheitsordner; in diesem können Sie Ihre Arzt- und Untersuchungsberichte sicher abspeichern, Sie erhalten hier automatisch die Anforderungen von Laboruntersuchungen und bildgebenden Tests, die Ihr Arzt im Verlauf der Konsultation anfordert sowie nach deren Durchführung die Ergebnisse.

- **Das elektronische Rezept:** Empfangen Sie dieses in Ihrem „carpeta de salud“ genannten Gesundheitsordner und gehen Sie damit dann direkt zur Apotheke. Wir verwenden hierfür ein durch die spanische, der deutschen Ärztekammer vergleichbare, Einrichtung Organización Médica Colegial (OMC) zugelassenes Verschreibungs- und Abgabesystem.

- Terminvereinbarung online: Sie

können bei vielen Zentren Termine vereinbaren, ohne dafür dort anrufen oder persönlich vorbeigehen zu müssen.

2. Ärztliche Zweitmeinung bei schwerer Erkrankung

2.1 Ärztliche Zweitmeinung

Über diesen kostenlosen Service erhält der Versicherte oder sein behandelnder Arzt im Falle einer schweren Krankheit Zugang zu einer Beratung aus der Distanz und einer zweiten Meinung von weltweit anerkannten Fachärzten.

Diese Experten werden den Krankheitsverlauf studieren und ihre Meinung bezüglich der Diagnose und möglicher Behandlungsalternativen abgeben.

2.2 Bioethische Zweitbeurteilung

Durch diesen kostenlosen Service erhält der Versicherte oder sein Arzt beim Vorliegen einer schweren Erkrankung Zugang zu Beratung und einer zweiten Meinung eines Arztes, der im Bereich der Bioethik spezialisiert ist; dieser studiert vertraulich und aus der Distanz die medizinischen Unterlagen und den Krankheitsverlauf und erteilt seine Meinung zu den bioethischen Aspekten einer Behandlung oder einer schwierigen, zu treffenden ärztlichen Entscheidung.

3. Leistungen zur Mund- und Zahngesundheit

Dieses Serviceangebot bietet den Versicherten zu vorteilhaften Preisbedingungen Zugang zu den zahnärztlichen Leistungen, die von der Versicherung nicht gedeckt werden, sofern Zahnärzte und Zahnkliniken aufgesucht werden, die dem der Versicherungsmodalität entsprechend gültigen DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehören.

Zudem umfasst die Krankenversicherung **DKV Mundisalud Premium**, sowohl in der Modalität Individual als auch Kollektiv, die Erstattung von Kosten für die unter Abschnitt 5.n „Ausgeschlossene Leistungen“ genannten und bei den restlichen Versicherungsmodalitäten ausgeschlossenen Behandlungen zur Mund- und Zahngesundheit. Die Rückerstattung unterliegt Höchstgrenzen, die in der den Allgemeinen Vertragsbedingungen angehängten Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen genannt werden.

Im Rahmen jeder erfolgreichen Verlängerung des Versicherungsvertrags hat DKV das Recht, die dem entsprechenden DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörenden Zahnärzte, die zu erbringende Selbstbeteiligung sowie

die im Umfang enthaltenen Leistungen zu ändern.

4. Zusätzliche Premiumleistungen

Die versicherte Person hat Zugang, entweder direkt oder mittels Rabattgutschein, zum **Leistungsnetzwerk des DKV Clubs Salud y Bienestar**, wobei die dafür anfallenden Kosten selbst zu tragen sind. Dadurch hat sie die Möglichkeit, verschiedene ergänzende Leistungen in Anspruch zu nehmen, die zur Förderung der Gesundheit, zur Prävention, für ästhetische Verbesserungen, zur persönlichen Selbstfindung, zur Wiederherstellung des körperlichen als auch des emotionalen Wohlbefindens angeboten werden, sowie zu medizinischen Leistungen und familiärer Assistenz verschiedener Art, und das mit Rabatt und/oder mit Spezialtarifen, die unter den am Markt üblichen Preisen liegen.

In Abhängigkeit von der Art der Serviceleistung, die die versicherte Person innerhalb des **Leistungsnetzwerkes des DKV Clubs Salud y Bienestar** in Anspruch nehmen will, werden zwei Arten des Zugangs unterschieden:

- > **Direktzugang zur Service-Leistung:** Der Versicherte konsultiert auf der Webseite **dkvclubdesalud.com** die Preise der zur Verfügung stehenden Leistungserbringer, vereinbart mit dem ausgewählten

direkt einen Termin und weist sich bei seiner Ankunft dort mit seiner Gesundheitskarte oder der Versicherungsnummer von DKV Seguros aus, was erforderlich ist, damit der Leistungserbringer den für den DKV Club Salud y Bienestar geltenden **Sondertarif berücksichtigen kann**. Abschließend zahlt der Versicherte die erbrachte Leistung direkt an den Erbringer.

> **Zugang mit Rabattgutschein:**

In anderen Fällen ist es zur Inanspruchnahme von Leistungen, die über das **Leistungsnetzwerk des DKV Clubs Salud y Bienestar** angeboten werden, allerdings notwendig, im Voraus einen Rabattgutschein zu erwerben. Die Gutscheine sind erhältlich über die Webseite **www.dkvclubdesalud.com**, telefonisch unter der Rufnummer **976 506 010** oder direkt in einer der Geschäftsstellen von DKV Seguros.

Im Rahmen jeder erfolgreichen Verlängerung des Versicherungsvertrags hat DKV das Recht, das Leistungsnetzwerk des DKV Clubs Salud y Bienestar selbst sowie die dort angebotenen Rabatte, Tarife und eingeschlossenen Leistungen zu ändern und kann neue Serviceleistungen hinzufügen oder einige der bestehenden streichen, mit dem Ziel, das Angebot an die Service-Bedürfnisse der Versicherten anzupassen.

4.1 Leistungen zur Förderung der Gesundheit

4.1.1 Wellness-Dienstleistungen: Kur- und Heilbäder sowie städtische Spas

DKV Seguros stellt den Versicherten zu günstigen Bedingungen Rabattgutscheine bereit für den Zugang zu Badetherapie, Hydrotherapie, Bewegungstherapie, Behandlungen zu Drainage oder Straffung.

Kur- und Heilbäder: Hierbei handelt es sich um ein Heilbad mit der Möglichkeit des Aufenthaltes und der Übernachtung, gedacht zur Erholung und zur Behandlung mit Heil- und Mineralwasser, dessen Nutzen anerkannt ist und dessen therapeutische Wirkung geprüft wurde und von der Temperatur, dem Druck, der chemischen Zusammensetzung, der Radioaktivität, der Bakterienflora und den gelösten Gasen abhängig ist.

Städtische Spas: Diese Kurzentren finden sich in innerstädtischen Lagen und im Gegensatz zu Kur- und Heilbädern verbringen die Kunden hier nur einige wenige Stunden am Tag und sie übernachten dort nicht.

4.1.2 Sport- und Fitnessstudios

Zugang zu günstigen Bedingungen mittels eines Rabattgutscheins zu den dem Leistungsnetzwerk des DKV Clubs Salud y Bienestar angehörenden Fitness-Studios.

4.1.3 Ernährungsberatung

Mit Sonderpreis Zugang zu einem persönlichen Beratungstermin zur Bewertung und Ausarbeitung eines personalisierten Ernährungsplans und im Anschluss daran dessen Monitoring.

4.2 Präventive Leistungen

4.2.1 Prädiktive genetische Diagnostik

Bei Indikationen, die durch die Versicherung nicht gedeckt werden, Zugang mittels Ermäßigungsgutschein zu Untersuchungen, die Informationen zum Risiko einer bestimmten Person liefern, an einer konkreten genetisch bedingten Krankheit (Erbkrankheit) zu erkranken. Die Untersuchung erfolgt normalerweise durch eine Blutuntersuchung, die in einem Genetiklabor stattfindet und mit der festgestellt wird, ob Veränderungen des oder der im Zusammenhang mit einer Krankheit stehenden Gens oder Gene bestehen. Die durchführbaren Untersuchungen sind: Unter anderem das vorgeburtliche Screening des DNA im mütterlichen Blut, Test zu kardiovaskulären Risiken, genetisches Profil zu Fettleibigkeit sowie die Durchführung des Vaterschaftstests.

4.2.2 Programm zur Raucherentwöhnung

Zugang über einen Ermäßigungsgutschein zu günstigen Preisen zu einer neuartigen Dienstleistung, um mithilfe

verschiedener Techniken das Rauchen aufzugeben.

4.2.3 Kryokonservierung von Nabelschnurblutstammzellen in Stammzellbanken

Die Transplantation von Nabelschnurblutstammzellen ist derzeit eine gängige Behandlungsmethode bei vielen schweren Erkrankungen (u.a. Leukämie, Lymphdrüsenkrebs, Neuroblastome, Thalassämie [Erkrankung der roten Blutkörperchen]). Versicherte, die kostengünstig Zugang zu dieser Serviceleistung wünschen, können einen Rabattgutschein erwerben, der die Gewinnung, den Transport, die Voruntersuchungen und die Einlagerung der Nabelschnurblutstammzellen ihrer Kinder in einer privaten Stammzellbank für einen Zeitraum von 20 Jahren umfasst (mit der Möglichkeit einer Verlängerung).

4.2.4 Biomechanische Gang- und Laufanalyse

Diese Leistung, verbunden mit dem Erwerb eines Rabattgutscheins, stellt den Versicherten ein Netzwerk von vertraglich gebundenen Podologen zur Verfügung, die auf die Entwicklung und Herstellung von individuellen Einlagen sowie auf die erforderlichen fortlaufenden Kontrollen und Garantieleistungen spezialisiert sind.

4.3 Medizinische Leistungen kosmetischer und ästhetischer Art

4.3.1 Refraktive Laser-Chirurgie zur Korrektur von Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit und Astigmatismus

DKV Seguros stellt den Versicherten über den Erwerb von Rabattgutscheinen zu günstigen Preisen ein Netzwerk von Augenkliniken bereit, die sich auf die Laserbehandlung von Refraktions-Fehlstellungen (Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit sowie Astigmatismus) spezialisiert haben.

4.3.2 Operative Korrektur der Alterssichtigkeit

(Altersweitsichtigkeit, Presbyopie)

Bei Presbyopie (Altersweitsichtigkeit, Presbyopie) handelt es sich um eine Sehstörung, die in der Regel zwischen dem 40. und dem 45. Lebensjahr eintritt und sich durch eine verminderte Fähigkeit des Auges äußert, sich auf Nahsicht anzupassen. DKV Seguros bietet den Versicherten über den Erwerb eines Rabattgutscheins zu vorteilhaften Preisen den Zugang zu einem Netzwerk von Augenkliniken, die auf eine operative Korrektur durch Implantierung von intraokularen Linsen spezialisiert sind.

4.3.3 Ästhetische Chirurgie und Medizin

Hierzu gehört mittels eines Rabattgutscheins zu günstigen Preisen der Zugang zu Beratungen und einem breiten Angebot an nicht-invasiven Gesichts- und Körperbehandlungen

(Peelings, Hautfleckenentfernung, Lymphdrainage, Hautstraffungen, usw.) sowie zu operativen Behandlungen wie Brustkorrekturen, Bauchdeckenstraffung usw., zu vorteilhaften finanziellen Konditionen.

4.4 Ergänzende medizinische Leistungen

4.4.1 Behandlungen zur assistierten Reproduktion

Die bei DKV Seguros versicherte Person erhält über den Erwerb eines Rabattgutscheins Zugang zu einem Netzwerk aus spezialisierten Kliniken für die Diagnose und Behandlung von Unfruchtbarkeit, unter Anwendung der fortschrittlichsten Techniken für assistierte Reproduktion, wie zum Beispiel In-vitro Fertilisation, künstliche Befruchtung, Übertragung von Präembryonen bzw. Kryokonservierung von Eizellen, Sperma und ggf. der Embryonen.

4.4.2 Alternative Therapien

DKV Seguros stellt den Versicherten über das Leistungsnetzwerk des DKV Clubs Salud y Bienestar ein Netzwerk von Akupunkturärzten bereit, zu Sondertarifen pro Konsultation oder Sitzung.

4.4.2.1 Akupunktur: Als ergänzende Therapie zur pharmakologischen Schmerzbehandlung, basierend auf dem Einführen von Nadeln in den Körper.

4.4.3 Psychologie

Zugang zu vorteilhaften Preisen über das Leistungsnetzwerk des DKV Clubs Salud y Bienestar zur Vornahme psychologischer und psychometrischer Tests und/oder psychotherapeutischer Sitzungen **in den Fällen, in denen die für jeden Versicherten festgelegte maximale Obergrenze pro Jahr überschritten wurde, die in den Allgemeinen Vertragsbedingungen der Versicherung festgelegt wurde.**

4.4.4 Beratungen in medizinischen Fachgebieten, Diagnosemittel und/oder ambulante Behandlungen

Mit DKV Mundisalud Classic Hospitalización (für Gesundheitsversorgung im Krankenhaus) erhalten Sie gegen Vorlage Ihrer DKV MEDICARD® Zugang zu den Sondertarifen des DKV Clubs Salud y Bienestar für diejenigen Leistungen, die aufgrund der gewählten Modalität Ihrer Versicherung nicht gedeckt werden (weitere Einzelheiten finden Sie unter www.dkvclubdesalud.com).

4.5 Leistungen zur gesundheitlichen Selbstsorge

4.5.1 Hörgesundheit

Ermöglicht über den Erwerb eines Ermäßigungsgutscheins die Durchführung eines Hörtests im Netzwerk der Hörzentren des DKV Clubs Salud y Bienestar sowie den Erwerb von

Hörgeräten zu vorteilhaften finanziellen Konditionen.

4.5.2 Gesundheit der Haargefäße (Kapillaren)

Diese Leistung ermöglicht mithilfe des Erwerbs eines Ermäßigungsgutscheins den Zugang zu personalisierter Diagnose und zu Verfahren, zu denen das Setzen kapillarer Prothesen und Perücken für Onkologie-Patienten gehören, sowie die fortschrittlichsten Behandlungen zur Vermeidung von progressiven Haarausfall oder Alopezie, wie das Einbringen von kapillaren Micrografts oder Implantaten.

4.5.3 Leistungen im Bereich der Optik

Die versicherte Person kann über den Erwerb eines Rabattgutscheins über das Netzwerk der Augenoptiker, die dem Leistungsnetzwerk des DKV Clubs Salud y Bienestar angehören, bedeutende Preisnachlässe beim Erwerb von Sehhilfen (Brillenfassungen und Brillengläser), Kontaktlinsen sowie von Hygiene- und Reinigungsmitteln erhalten.

4.5.4 Leistungen im Bereich der Orthopädie

Ermöglicht mithilfe eines Rabattgutscheins den Kauf von orthopädischen Gerätschaften zu sehr wettbewerbsfähigen Preisen.

4.5.5 Online-Apotheke zum Verkauf parapharmazeutischer Produkte

Der Versicherte hat durch den vorherigen Erwerb eines Rabattgutscheins die Möglichkeit, zu besonders günstigen Preisen Drogerie- und parapharmazeutische Produkte (Kosmetika, Sonnenschutzmittel, Insektenabwehrmittel, usw.) zu erwerben, die, ohne Medikamente zu sein, aktiv zum Wohlbefinden und zur Gesundheit des Menschen beitragen.

4.6 Leistungen Heilgymnastik und Rehabilitation

4.6.1 Schulungstherapie zur Wiedererlangung gestörter Lautbildungen, des Sprachverstehens und des Sprechens

DKV Seguros stellt den Versicherten logopädische Leistungen zur Behandlung von Störungen der Aussprache, der Lautbildung und des Sprachverstehens zu besonderen Tarifen je Sitzung bereit in den Fällen, die nicht im Deckungsumfang der Versicherung enthalten sind (Störungen der neurologischen Entwicklung, des Lernens, Legasthenie, Dyslalie, Stottern, etc.).

4.6.2 Therapien bei obstruktiver Schlafapnoe

Mithilfe eines Rabattgutscheins wird der Kauf zu günstigen Bedingungen von Heim-Beatmungsgeräten für die CPAP-Beatmung (zur nasalen positiven und

kontinuierlichen Überdruckbeatmung der Atemwege) oder BiPAP-Beatmung (positiver Druck auf zwei Ebenen auf die Luftwege) ermöglicht. Diese Geräte ermöglichen die kontinuierliche Zufuhr von positiver Druckluft während des Schlafes zu Hause, gedacht für Patienten die an einer Schlafstörung am Tag leiden, die ihre Aktivität einschränkt und/oder mit damit zusammenhängenden Risikofaktoren (Bluthochdruck, kardiovaskuläre und zerebrovaskuläre Krankheiten sowie mit ihrer Aktivität verbundenem Verkehrsunfallrisiko). Ebenfalls besteht Zugang zu einer Behandlung mit intraoralen Apnoeschienen (Schnarchschiene).

4.6.3 Programm zu Training oder Rehabilitation des Beckenbodens

Die Versicherte kann mithilfe eines Rabattgutscheins des DKV Clubs Salud y Bienestar am Programm zu Training oder Rehabilitation des Beckenbodens teilnehmen, das auf Übungen nach Kegel basiert.

4.7 Soziosanitäre Leistungen und Leistungen der Familienhilfe

4.7.1 Support-Service für hilfsbedürftige oder alleinstehende stationär eingewiesene Personen

Eine Fachkraft wird Sie während Ihrer stationären Einweisung, und solange Sie darauf angewiesen sind, begleiten.

4.7.2 Häusliche Betreuung nach der Geburt

Medizinische Fachkräfte unterstützen Sie bei den tagtäglichen Aufgaben mit dem Neugeborenen und zeigen Ihnen Rückbildungsübungen. Weiter kümmern sie sich um die Entwicklung der Mutter, achten auf Anzeichen von Angstzuständen und Depression sowie auf Fortschritte des Neugeborenen, sie helfen beim Stillen, der Nahrungszubereitung sowie der Hygiene der Mutter und des Neugeborenen.

4.7.3 Häusliche Hilfsleistungen

Leistungen, die durch qualifiziertes Personal erbracht werden und eine Reihe nützlicher Hilfestellungen umfassen, für Personen mit einer Minderung ihrer Selbstständigkeit und ihrer persönlichen Bewegungsfähigkeit, mit Schwierigkeiten beim Aufstehen, Duschen, Ankleiden sowie der Zubereitung der täglichen Mahlzeiten, die einen ständigen Betreuer benötigen.

a) Persönliche Betreuung:

Fachkräfte unterstützen bei persönlicher Körperhygiene, Mobilität im häuslichen Umfeld sowie persönlicher Hygiene und Änderung der Körperhaltung bei bettlägerigen Personen.

b) Hauswirtschaftliche Hilfe:

Das erfahrene Fachpersonal unterstützt Sie bei der Reinigung des häuslichen Umfelds, bei

Haushaltseinkäufen und sogar bei der Zubereitung von Mahlzeiten.

4.7.4 Teleassistenz-Service mit fest installierten und mobilen Geräten

Der Zugang zu diesem Service erfolgt über ein spezielles Gerät und ist individuell angepasst; er wird durch Sozialarbeiter, Psychologen und Ärzte 24 Stunden täglich und an 365 Tagen im Jahr innerhalb und außerhalb der Wohnräume gewährleistet. Es handelt sich um mobile oder fest installierte Geräte, die für Notfälle gedacht und permanent mit einer Alarmzentrale verbunden sind.

4.7.5 Leistungen zur Anpassung des Wohnumfeldes

Es handelt sich um eine Vielzahl von Gegenständen, die dazu bestimmt sind, das Wohnumfeld an Ihre Bedürfnisse anzupassen. Diese Produkte erlauben es, den Zugang und die Mobilität innerhalb ihres Zuhauses zu verbessern.

4.7.6 Netzwerk von Seniorenheimen

Sozialfürsorge, medizinische und psychologische Rehabilitation, zur Steigerung der Lebensqualität von Personen, die aus gesundheitlichen, familiären oder sozialen Gründen nicht selbstständig sind.

4.7.7 System betreutes Wohnen

Bei diesen Unterkünften handelt es sich um Wohnungen für Senioren, die mit Gleichaltrigen leben und sich

sicher fühlen wollen, ohne auf Freiheit, Selbstständigkeit und Privatsphäre verzichten zu müssen. Das System betreutes Wohnen bietet ständige Betreuung, medizinische Versorgung, Krankenpflege, Podologie und Physiotherapie.

5. Netzwerk von Kliniken in den USA

Diese Leistung stellt den Versicherungsnehmern der Versicherung DKV Mundisalud ein umfangreiches Netzwerk an ausgewählten Krankenhäusern in den USA für geplante medizinisch-chirurgische Krankenhausaufenthalte bereit.

Versicherte, die in einem solchen Krankenhaus behandelt werden wollen, was zuvor beantragt werden und wozu eine ausdrückliche Autorisierung vonseiten von DKV Seguros erteilt werden muss, müssen insoweit nicht in Vorleistung gehen und die Gesamtkosten der veranschlagten Rechnungen bezahlen, um diese dann im Wege der Erstattung von DKV wiederzuerhalten; sie haben nur die Summe zu bezahlen, die über die von ihnen abgeschlossene Versicherung nicht gedeckt wird (bei Beträgen, bei denen dies möglich ist), DKV Seguros kümmert sich um die gedeckte Summe.

Wenn der Versicherte dies wünscht, kann DKV Seguros sämtliche für die Reise und den Transport in das jeweilige

Krankenhaus notwendigen Formalitäten erledigen.

6. DKV Call Center zur Kundenbetreuung

Beratung, Information und Autorisierungen

Für die bei DKV Seguros Versicherten steht ein telefonischer Kundenbetreuungsservice bereit, dort können sie sich über Ärzte, medizinische Fachkräfte und Versorgungseinrichtungen mit Vertragsbindung an DKV informieren, Autorisierungen beantragen, Verträge zu Versicherungen oder Dienstleistungen abschließen, Anregungen vorbringen und beinahe alle Formalitäten erledigen, ohne dass dafür eines unserer Büros aufgesucht werden muss.

Allgemeine Vertragsbedingungen

1. Einleitende Klausel

Der vorliegende Vertrag unterliegt dem spanischen Gesetz Ley 50/1980 vom 8. Oktober zu Versicherungsverträgen.

Die Aufsicht über die Versicherungstätigkeit von DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E. (nachfolgend DKV Seguros genannt) mit Sitz unter der Anschrift Torre DKV, Avenida María Zambrano 31 in 50018 Zaragoza, obliegt dem Königreich Spanien, konkret dem Wirtschaftsministerium, und wird wahrgenommen durch die spanische Behörde Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Der Vertrag setzt sich zusammen aus den folgenden Dokumenten:

- > Dem einleitenden Informationsdokument zur Versicherung (Versicherungsantrag)
- > Der Gesundheitserklärung
- > Den Allgemeinen Vertragsbedingungen

- > Den Besonderen Vertragsbedingungen
- > Den Sonderbedingungen (nur in den entsprechenden Fällen)
- > Ergänzungen oder Anhängen

Für Transkriptionen von Gesetzen oder Verweise darauf ist keine ausdrückliche Annahme erforderlich, da diese ohnehin verbindlich zu erfüllen sind.

Versicherungsnehmer, Versicherte und Begünstigte, geschädigte Dritte oder deren Rechtsnachfolger können sich zur Wahrnehmung ihrer Interessen und zur Lösung von mit DKV Seguros entstehenden Konfliktsituationen jederzeit an folgende Beschwerdestellen wenden:

An jedes Büro von DKV Seguros, an den Service zur Vertretung und Wahrung der Kundeninteressen (Defensa del Cliente) oder an unseren Kundenbetreuungsservice.

Schriftliche Beschwerden richten Sie an die folgende Adresse: Defensa del Cliente de DKV Seguros, Torre DKV, Avenida María Zambrano 31, 50018 Zaragoza; per E-Mail: defensacliente@dkvseguros.es Oder teilen uns diese telefonisch mit, wählen Sie dafür unser Call Center zur Kundenbetreuung, das Sie unter der Rufnummer 976814983 erreichen.

Der Kunde kann die Form der Antwort und die Adresse, an die diese gesendet werden soll, selbst wählen. Wird keine andere Form dafür festgelegt, wird die Beschwerde schriftlich beantwortet, innerhalb einer Frist von maximal zwei Monaten. Die für die Betreuung durch das DKV Call Center zur Kundenbetreuung geltenden Regelungen liegen in den Büros des Unternehmens zur Einsicht bereit.

Nach Ablauf einer Frist von zwei Monaten und sofern der Kunde mit der vorgeschlagenen Lösung nicht einverstanden ist, kann er sich an die Beschwerdestelle der Generaldirektion der Versicherungen und Pensionskassen wenden: Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Paseo de la Castellana 44, 28046 Madrid.

Sobald das vorab gegen DKV Seguros gerichtete Verfahren bestätigt ist, wird dort ein Verwaltungsverfahren eingeleitet.

Ungeachtet der vorstehend genannten Rechtsmittel haben Sie die Möglichkeit, bei dem dafür zuständigen Gericht eine Beschwerde einzureichen.

2. Grundlegende Konzepte. Definitionen

Für die Zwecke dieses Vertrages versteht man unter:

A

Alter, fortpflanzungsfähiges

Für Behandlungen und Verfahren der assistierten Reproduktion wird für diesen Versicherungsvertrag als fortpflanzungsfähig ein Alter für Frauen von 18 bis 42 Jahre, und für Männer von 18 bis 55 Jahre festgelegt.

Alter, versicherungstechnisches

Dies ist das Alter, das die versicherte Person an ihrem nächsten Geburtstag erreichen wird, auch wenn dieser Tag noch nicht erreicht wurde: als Referenz wird der Zeitpunkt des Inkrafttretens oder der Verlängerung des Vertrags herangezogen.

Ambulant durchgeführte große Operationen

Alle Operationen, die in einem Operationsaal unter Vollnarkose, lokaler oder regionaler Narkose

oder Sedierung durchgeführt werden und die wenig intensive und kurzfristige postoperative Versorgung erfordern, weshalb kein stationärer Krankenhausaufenthalt erforderlich ist und der Patient wenige Stunden nach dem Eingriff nachhause entlassen werden kann.

Angeborene Krankheit, Verletzung, Miss- oder Fehlbildung bzw. Defekt

Hierbei handelt es sich um Leiden, die bereits ab Geburt als Folge von Erbfaktoren bestehen oder infolge von während der Schwangerschaft bis zum unmittelbaren Zeitpunkt der Geburt aufgetretener Komplikationen.

Angeborene Leiden können unmittelbar nach dem Geburtsvorgang erkannt werden oder aber erst viel später, zu jedem anderen Zeitpunkt im Leben einer Person.

Antiangiogenese

Biologisches Medikament, das auf den Wachstumsfaktor des vaskulären Endothel (VEGF) einwirkt, essenziell für die Bildung neuer Blutgefäße (Angiogenese), und deren Wachstum verhindert.

Arzt

Examiniertes Arzt oder Doktor der Medizin, mit gültiger Approbation zur Ausübung des Arztberufes und damit zur medizinischen oder chirurgischen Behandlung von Krankheiten, Gebrechen oder Verletzungen, an der die versicherte Person leidet oder die sie erlitten hat.

Ausschlussfrist

Dies ist der ab dem Zeitpunkt der Aufnahme eines jeden Versicherten in den Versicherungsvertrag **vertraglich festgelegte Zeitraum**, in dem **einige der im Versicherungsumfang enthaltenen Deckungsleistungen keine Geltung haben. Wird innerhalb dieses Zeitraums die Diagnose der Krankheit, für die die Ausschlussfrist gilt, gestellt oder treten die ersten Symptome auf, besteht kein Anrecht auf irgendeine im Zusammenhang mit dieser Krankheit stehende Leistung; diese Krankheit wird vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.** Dieser Zeitraum wird für jede Person, die durch den Vertrag versichert ist, ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Versicherung in Monaten berechnet.

B

Begrenzungsklausel

Eine im Versicherungsvertrag getroffene Vereinbarung, die den Umfang der Versicherungsgarantie begrenzt oder diese Garantie aufhebt, wenn ein risikorelevanter Umstand eintritt.

Bereits bestehender Gesundheitsstatus (umfangssprachlich: Vorerkrankung)

Der gesundheitliche Status oder Zustand, der nicht unbedingt pathologisch sein muss (zum Beispiel eine Schwangerschaft), der **vor dem Zeitpunkt einsetzt, zu dem der oder die Versicherte in den Vertrag aufgenommen wird.**

Biomaterialien

Diese natürlichen (biologischer, tierischer oder menschlicher Herkunft) oder künstlichen (durch den Menschen geschaffen) Materialien werden bei der Herstellung von Gerätschaften und von medizinischen Produkten verwendet, die mit biologischen Systemen interagieren, sie kommen in verschiedenen medizinischen Fachgebieten zur Anwendung.

C

Chirurgische Prothesen

Dies sind medizinische Produkte, die vorübergehend oder dauerhaft eingesetzt werden, ein fehlendes,

krankes oder nicht normal funktionierendes Körperorgan ersetzen oder dessen körperliche Funktionsfähigkeit ganz oder teilweise unterstützen.

Chirurgischer Eingriff

Sämtliche Operationen mit einem diagnostischen oder therapeutischen Zweck, vorgenommen mittels des Einschneidens der Haut oder mittels eines internen Zugangs, vorgenommen von einem Chirurgen oder Operationsteam und wofür normalerweise die Nutzung eines Operationsaals in einem zugelassenen Krankenhaus erforderlich ist.

D

Diätassistentin oder Diätassistent

Person mit Diplom oder Universitätsabschluss in Humanernährung und Diätetik.

DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen

Gesamtheit der Fachkräfte und medizinischen Einrichtungen, zusammenfassend auch als Gesundheitsleistungsanbieter bezeichnet, die mit der DKV auf nationaler Ebene (in Spanien) zusammenarbeiten.

E

Eigenmittel

Ärzte, medizinische Fachkräfte, Krankenhäuser und Zentren, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehören.

Enzymhemmer und/oder molekulare Hemmer

Geführte biologische Medikamente, die auf ein therapeutisches, intra- oder extrazelluläres Ziel gerichtet handeln und dort die Erzeugung und Übertragung von Signalen auf dem Weg des Zellwachstums verhindern. Zu dieser therapeutischen Untergruppe gehören enzymatische Transkriptionshemmer auf verschiedenen Ebenen (dazu gehören unter anderem Proteinkinase-, Tyrosinkinase-, Proteasomenhemmer).

F

Fachabteilung Schmerzereinheit

Medizinische Fachabteilung, die auf die Behandlung chronischer Schmerzen spezialisiert ist.

Fremdmittel

Ärzte, medizinische Fachkräfte, Krankenhäuser und Zentren, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen nicht angehören.

Frühgeburt

Als Frühgeburt gilt eine Geburt, die nach der zwanzigsten und vor der siebenunddreißigsten Schwangerschaftswoche stattfindet.

DKV Seguros übernimmt die medizinischen Kosten einer Frühgeburt, wenn die Versicherte vor Aufnahme in die Versicherung noch nicht schwanger war oder aber aufgrund fehlender Anzeichen und/oder Symptome einer Schwangerschaft keine Möglichkeit hatte, dies zu wissen.

G

Gentherapie

Das Verfahren, das durch Modifizierung von zellulären Genen die Behandlung von Erbkrankheiten, Krebs, Infektionen und weiteren Erkrankungen ermöglicht.

Eine Gentherapie besteht darin, durch verschiedene Vektoren genetisches Material in eine Zielzelle einzufügen, um so eine therapeutische Wirkung zu erzielen (die Synthese eines Proteins, das von Interesse ist, die Kompensierung eines genetischen Defekts, das Hervorrufen einer Immunantwort gegen einen Tumor oder eine Resistenz gegen eine durch ein Virus entstandene Infektion).

Gesundheitsfragebogen

Fragebogen, der Bestandteil des Vertrages ist und dem Versicherungsnehmer und/oder den zu versichernden Personen von DKV Seguros ausgehändigt wird; er hat zum Ziel, den Gesundheitszustand der zu versichernden Personen zu ermitteln und die Umstände in Erfahrung zu bringen, die möglicherweise Einfluss auf die Risikobewertung beim Abschluss der Versicherung haben können.

H

Honorare für ärztliche und chirurgische Leistungen

Honorare für medizinisches Fachpersonal, die für chirurgische Eingriffe bzw. stationäre Behandlungen erhoben werden.

Hierzu gehören die Honorare des Chirurgen, seiner Assistenz, des Anästhesisten und der Hebamme auch alle weiteren, zur Durchführung des Eingriffs oder der medizinischen Versorgung unabdingbar erforderlichen medizinischen Fachkräfte.

I

Immuntherapie oder biologische Therapie

Die Immuntherapie oder biologische Therapie (manchmal auch Biotherapie genannt oder Therapie zur Modifikation der biologischen Reaktion) basiert darauf, die Fähigkeit des Immunsystems zu modifizieren, zu stimulieren oder wiederherzustellen um gegen Krebs, Infektionen und andere Krankheiten zu kämpfen. Diese Therapie wird ebenfalls zur Verringerung bestimmter Nebenwirkungen eingesetzt, die einige onkologische Behandlungsarten verursachen können. Die in der antitumoralen Immuntherapie verwendeten Substanzen und Medikamente sind: unspezifische Immunmodulatoren, Interferone, Interleukine, Wachstumsfaktoren oder Kolonie-Stimulantien, monoklonale Antikörper und antigenspezifische Antitumormittel, Zytokin-Therapien und Impfstoffe.

Implantat

Darunter zu verstehen ist ein medizinisches Produkt, das geschaffen wurde, um mittels einer Operation oder speziellen Technik vollständig oder teilweise zu diagnostischen, therapeutischen und/oder ästhetischen Zwecken in den menschlichen Körper eingefügt zu werden und das dazu bestimmt ist, nach Abschluss des Eingriffs dort zu verbleiben.

Intensitätsmodulierte Strahlentherapie (IMRT)

Die IMRT ist eine Weiterentwicklung der 3-D-konformalen Bestrahlungstechnik, bei der Bilder verwendet werden, die von einem Computer anhand von Softwareprogrammen mit invertierter Planung geschaffen werden und die die Größe und Form eines Tumors zeigen und mit der die gebündelte Strahlung eines Multileaf-Linearbeschleunigers aus verschiedenen Winkeln und mit unterschiedlicher Intensität auf den Tumor gerichtet wird, wobei konzentriert maximale Intensität auf den Tumor gerichtet wird und die Dosis begrenzt wird, dem benachbarten gesunden Gewebe ausgesetzt ist. Die spanische Bezeichnung lautet »Radioterapia de intensidad modulada«, abgekürzt RIM.

In-vitro Fertilisation (IVF)

Die In-vitro-Fertilisation (IVF) ist eine assistierte Reproduktionstechnik, bei der in einem Labor Eizellen von Spermien befruchtet und die Embryos danach in den Uterus der Patientin platziert werden. Die In-vitro-Fertilisationstechnik setzt sich aus insgesamt fünf Phasen zusammen: Stimulierung der Ovarien, Entnahme der Eizellen aus den gereiften Eibläschen, die sogenannte Follikelpunktion (einschließlich der Technik zur spermatischen intracytoplasmatischen Mikroinjektion oder ICSI), Embryonenkultur und Embryotransfer (IVF-ET).

K

Kardiologische Rehabilitation

Sämtliche nach einem akuten Myokardinfarkt notwendigen Aktivitäten zur Wiedererlangung einer aus körperlichem Blickwinkel optimalen Funktionsebene.

Karenzzeit

Hierbei handelt es sich um den vertraglich vereinbarten Zeitraum, gerechnet ab dem Datum des Inkrafttretens der Versicherung, in welchem einige der in den Garantien der Versicherung enthaltenen Deckungsleistungen noch keine Geltung haben. Dieser Zeitraum wird für jede Person, die durch den Vertrag versichert ist, ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Versicherung in Monaten berechnet.

Klinische Leitlinie N.I.C.E.

Das dem britischen Gesundheitsministerium zugehörige National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) ist eine 1999 gegründete öffentliche, gemeinnützige Organisation, **zuständig für die Bereitstellung von Informationen und Orientierungshilfen für die im Gesundheitssektor Beschäftigten zu Prävention und Behandlung von Krankheiten und es gibt auf der Grundlage der verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse Empfehlungen heraus zum therapeutischen Nutzen (Sicherheit**

und Kosten-Effektivität) bestimmter Gesundheitstechnologien und Medikamente (einschließlich zu Radiopharmazeutika, Antitumortheraeutika und onkologischer Medikamente).

Die „Clinical Practice Guidelines“ genannten Anwendungsleitlinien des NICE genießen weltweit hohes Ansehen und sind inhaltlich am fortschrittlichsten, weshalb sie als **Leitlinien zur Bewertung der Effizienz onkologischer Strahlentherapien und Chemotherapien ausgewählt wurden**, denn die von diesem Institut herausgegebenen Empfehlungen basieren auf Artikeln, die höchste Evidenz nachweisen und nicht auf Veröffentlichungen von Expertengruppen oder solchen mit anderer Zweckdienlichkeit.

Klinische Psychologie

Spezialität oder Zweig der Psychologie, die sich mit der Behandlung und Rehabilitation von Anomalien und Störungen des menschlichen Verhaltens befasst.

Klinische Psychologin, klinischer Psychologe

Person mit Studium/ Universitätsabschluss in Psychologie, spezialisiert auf klinische Psychologie.

Kosten-Nutzen-Analyse

Diese ermöglicht es, die Kosten für eine oder mehrere medizinische

Interventionen in Geldwert ausgedrückt zu vergleichen sowie die daraus resultierenden Lebensjahre in Relation zur zu erzielenden Lebensqualität (QALY), um das gesundheitliche Ergebnis zu messen.

Krankenhaus oder Klinik

Hierunter fallen alle öffentlichen oder privaten Einrichtungen, die eine gesetzliche Zulassung für die Behandlung von Krankheiten, Verletzungen und Unfällen haben und in denen permanent ärztliches Fachpersonal anwesend ist und die über die notwendigen Mittel verfügen, Diagnosen zu stellen und operative Eingriffe vorzunehmen.

Krankenversicherung mit Komplettschutz

Umfasst sämtliche medizinischen Fachgebiete und Gesundheitsleistungen, die in der Versicherung enthalten sind mittels der Module für medizinische Grundversorgung, Versorgung durch Fachärzte sowie ergänzende Diagnose- und Behandlungsmittel sowie für Versorgung bei stationärem Aufenthalt im Krankenhaus und Operationen.

Krankheit oder Verletzung

Jede Beeinträchtigung oder Störung des Gesundheitszustandes, die während der Laufzeit des Versicherungsvertrags auftritt und die nicht die Folge eines Unfalls ist. Diagnose und Bestätigung sind durch einen Arzt vorzunehmen,

der eine rechtsgültige Approbation oder Zulassung in dem Land oder an dem Ort hat, in oder an dem er praktiziert.

Künstliche Befruchtung

Diese assistierte Reproduktionstechnik besteht darin, dass zuvor im Labor vorbereitete Samenzellen kurz vor dem Eisprung artifizell in die Gebärmutter der Frau eingebracht werden. Sie besteht aus drei Phasen: Stimulation der Ovarien, Selektion und Spermienkapazitation (schließt **Wiederherstellungstechnik für bewegliche Spermien REM mit ein**) sowie Befruchtung.

L

Lebensbedrohliche Notsituation oder Notfall

Als lebensbedrohliche Notsituation gilt eine Situation, die eine sofortige und nicht aufschiebbare medizinische Versorgung erfordert (innerhalb von wenigen Stunden), da eine verzögerte Versorgung zu einer Gefährdung des Lebens oder zu irreparablen Schäden an der körperlichen Unversehrtheit des Patienten führen kann.

M

Material, biologisches oder synthetisches

Auch biologische Prothese genannt, die mittels spezieller Technik implantiert, ein Organ oder dessen Funktion ersetzt, regeneriert oder ergänzt.

Hierunter fallen auch Zelltransplantate zu regenerativen Zwecken.

Materialien zur Osteosynthese

Teil oder Element jeglicher Art, das zum Verbinden der beiden Enden eines gebrochenen Knochens oder zur Zusammenfügung zweier Gelenkenden verwendet wird.

Medikament

Verabreichte Substanz oder eine Zusammensetzung von Substanzen, die einer Person zur innerlichen Einnahme oder äußerlichen Anwendung zu therapeutischen Zwecken verabreicht wird. Nicht als Medikamente gelten Nahrungsergänzungsprodukte, Wohlfühlpräparate, dermoästhetische Produkte, kosmetische Produkte, Mineralwässer, Körperpflege- und Hygieneprodukte sowie Badezusätze.

Medizinische Fachabteilung

Ein besonders ausgestatteter Bereich oder eine Abteilung in einem Krankenhaus, in dem auf die Vornahme bestimmter Behandlungen spezialisierte Fachärzte und Pflegepersonal tätig sind.

Medizinische Heil- und Hilfsmittel

Hierzu gehören Elemente, anatomische Teile und Apparaturen, von einem Arzt verschrieben und in einer Apotheke erworben, optische, orthopädische oder vergleichbare Elemente, die bei Behandlung einer Wunde oder Verletzung aufgebracht werden oder mit denen Fehlbildungen des menschlichen Körpers verhindert oder korrigiert werden.

Modernste Medizintechnik

Dies bezieht sich auf neue Anwendungen aus den Bereichen Elektronik, Informatik, Robotik und Biotechnik auf dem Gebiet der Medizin, insbesondere auf Technologien zu Diagnostik und medizinischer Behandlung, bei Operationen und Rehabilitation. Kennzeichnend für diese Techniken sind die hohen Investitionskosten und die Notwendigkeit von im Umgang damit geschultem Fachpersonal; ihr Einsatz unterliegt den Berichten der Agenturen für die Gesundheitstechnologiefolgenabschätzung (AETS), dabei wird überprüft, ob Sicherheit und Wirksamkeit bei den verschiedenen Indikationen in ausreichendem Umfang vorhanden sind, um den Ersatz bereits existierender Techniken durch diese neuen zu rechtfertigen.

N

Neonatologie - Behandlung von Frühgeborenen und kranken Säuglingen

Jede medizinische oder chirurgische Handlung, die ein Neugeborenes betrifft und die während seiner ersten vier Lebenswochen (28 Tage) in einem Krankenhaus vorgenommen wird.

Neurorehabilitation

Sämtliche spezifischen Physiotherapien (diese werden auch neurologische Physiotherapien genannt), die von einem Neurologen oder Reha-Arzt verschrieben und von einem Physiotherapeuten in einem dafür vorgesehenen Rehabilitationszentrum durchgeführt werden. Diese Therapien haben zum Ziel, so weit wie möglich die normale Bewegungsfreiheit von Patienten wiederherzustellen, die sensomotorische Störungen infolge **schwerer erworbener Hirnschädigung erlitten haben**.

Nichtstationäre medizinische Versorgung

Umfasst die diagnostische und / oder therapeutische medizinische Versorgung auf ambulanter Basis, die erbracht wird in Arztpraxen, beim Patienten zu Hause und/oder in einem Krankenhaus oder einer Klinik, gewöhnlich ohne Übernachtung und bei der ein Aufenthalt von weniger als 24 Stunden vorgesehen ist (z. B. Box für Notfallpatienten, Tagesklinik, etc.).

Große ambulant durchgeführte Operationen werden von diesem Konzept nicht erfasst.

O

Operationen mit Kurzaufenthalt

Jeder operative Eingriff, mit dem ein Krankenhausaufenthalt von fünf oder weniger Tagen verbunden ist.

Orthopädische Materialien und Orthesen

Es handelt sich um Sanitätsprodukte zur äußerlichen, entweder vorübergehenden oder dauerhaften Anwendung, die individuell an den Patienten angepasst werden und dafür gedacht sind, die strukturellen oder funktionellen Bedingungen des neuromuskulären Systems oder des Skeletts zu modifizieren; für deren Implementierung ist in keinem Fall ein operativer Eingriff erforderlich.

P

Police

Dabei handelt es sich um eine andere Bezeichnung für den Versicherungsvertrag. Dies ist das Dokument, das die Allgemeinen und die Besonderen Vertragsbedingungen und die Sonderbedingungen sowie Zusatzvereinbarungen oder Nachträge enthält, die dem Vertrag zur Ergänzung oder Modifizierung hinzugefügt werden.

Der Versicherungsantrag und die Gesundheitserklärung gehören ebenfalls zur Police.

Prämie (oder Beitrag)

Dabei handelt es sich um den Preis der Versicherung. Die Rechnung enthält zudem die Zuschläge und die gesetzlichen Steuern.

Prostata-spezifisches Antigen (PSA)

Bei dem prostata-spezifischen Antigen (PSA) handelt es sich um ein von der Prostata produziertes Protein. Liegt eine Prostata-erkrankung vor, steigt seine Synthese an.

Psychotherapie

Behandlungsmethode, die bei einer Person zur Anwendung kommt, die an einem psychischen Konflikt leidet; die Therapie erfolgt entweder auf Anweisung oder mit Verschreibung eines Psychiaters.

R

Radikaloperation oder onkologische Chirurgie

Operativer Eingriff infolge einer Krebsdiagnose, die Brust oder andere Organe betreffend.

Regenerative Medizin

Hierzu gehören Techniken zur Gewebe-, Zell- oder Molekular-Regeneration, Implantation und Transplantation von Stammzellen, Gewebetechnik.

Rehabilitation

Sämtliche körperlichen Therapien, die von einem Traumatologen, Neurologen, Rheumatologen oder Reha-Arzt verschrieben und von einem Physiotherapeuten in einem dafür vorgesehenen Rehabilitationszentrum durchgeführt werden. Diese Therapien gelten der Wiederherstellung der Funktionalität derjenigen Bereiche des Stütz- und Bewegungsapparats, die infolge einer Krankheit oder Unfalls beeinträchtigt werden, die während der Laufzeit der Versicherung eintreten.

Roboter- oder computergestützte Chirurgie

Roboterchirurgie, bildgeführte oder computergestützte Chirurgie wird das Verfahren zur Vornahme chirurgischer Eingriffe genannt, die mithilfe eines Roboters, den Anweisungen eines Chirurgen folgend, durchgeführt werden. Der Eingriff erfolgt durch ein aus der Distanz geführtes roboterassistiertes laparoskopisches System mithilfe eines Informatiksystems virtueller Realität oder eines Navigators mit 3D-Bildern, die mithilfe eines Computers gewonnen werden.

S

Selbstbeteiligung

Im Versicherungsvertrag festgelegte Summe, bis zu der selbst bezahlt werden muss, und ab deren Überschreiten die Deckung von DKV Seguros einsetzt.

Stationär im Krankenhaus erfolgende medizinische Versorgung

Bei medizinischer Versorgung im Krankenhaus oder stationärem Aufenthalt wird die medizinische Versorgung in einem Krankenhaus erbracht in das der Versicherte zur medizinischen oder chirurgischen Behandlung für mindestens 24 Stunden aufgenommen wird.

Stationäre Einweisung und Aufenthalt aus sozialen und/ oder familiären Gründen

Es handelt sich um die Einweisung oder die Verlängerung eines Krankenhausaufenthaltes, die nach Urteil eines Arztes von DKV Seguros nicht auf ein objektives medizinisches Krankheitsgeschehen zurückzuführen ist, sondern die einen sozialen und/oder familiären Hintergrund hat. Diese Fälle werden durch die Versicherung nicht gedeckt.

Stationärer Aufenthalt zur medizinischen oder chirurgischen Behandlung

Stationäre Einweisung, die notwendig ist zur medizinischen Versorgung oder Durchführung operativer Eingriffe.

Beinhaltet die während des stationären Aufenthalts anfallenden Kosten, weiter die aus der medizinischen oder operativen Behandlung resultierenden Arzthonorare sowie Aufwendungen für gegebenenfalls erforderliche Prothesen.

Die Kosten, die für jeden Tag des Krankenhausaufenthalts entstehen, unterliegen einer täglichen Höchstgrenze, die vom Land, der Art der Einweisung (allgemeine oder Intensivpflege) und der Dauer des Aufenthalts (kurzer oder längerer Krankenhausaufenthalt) abhängen.

T

Tabelle, Leistungsübersicht zu Deckungen und Höchstgrenzen, den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigefügt.

Ein schriftliches Dokument, als Anhang den Besonderen Vertragsbedingungen beigefügt, das gemeinsam mit den Allgemeinen Vertragsbedingungen zum Versicherungsvertrag gehört und das gemeinsam mit diesen ausgehändigt wird; darin werden die Deckungen und die Höchstgrenzen für Erstattungen

festgehalten, die für den vom Versicherungsnehmer geschlossenen Vertrag gelten.

Tomotherapie, ein strahlentherapeutisches Verfahren

Als Tomotherapie wird ein in Echtzeit bildgeführtes strahlentherapeutisches Verfahren bezeichnet, bei dem im selben Equipment CT und ein binärer Multileaf-Linearbeschleuniger (64 Lamellen) integriert sind. Hierbei handelt es sich um eine weiterentwickelte Form der Strahlentherapie, die es erlaubt, vor der Bestrahlung ein dreidimensionales Bild (3D) vom Tumor zu erhalten und die Strahlung aus vielen verschiedenen Richtungen auf den Tumor zu richten; möglich ist dies, da die Strahlungsquelle des Geräts sich spiralförmig um den Patienten dreht. Die spanische Bezeichnung lautet »tomoterapia helicoidal«

U

Unanfechtbarkeit des Versicherungsvertrags

In den Versicherungsvertrag aufgenommenem Vorteil, wodurch DKV Seguros die Deckung für jede Vorerkrankung eines Versicherten übernimmt, nachdem ab dem Zeitpunkt seiner Aufnahme in die Versicherung ein Jahr vergangen ist; Voraussetzung dafür ist, dass diese Erkrankung dem Versicherten nicht bekannt war und er

diese im Gesundheitsfragebogen nicht absichtlich verschwiegen hat.

Unfall

Jede Art von körperlicher Verletzung, die während der Laufzeit des Vertrags erlitten wird und nachgewiesenermaßen das Ergebnis eines vom Versicherten nicht beabsichtigten, plötzlichen, gewaltsamen, externen Ereignisses ist und das zu zeitlich begrenzter oder dauerhafter Invalidität oder zum Tod führt.

Unfruchtbarkeit

Hierunter zu verstehen ist, wenn bei einem Paar nach 12 Monaten Geschlechtsverkehr ohne Verhütungsmittel keine Schwangerschaft eingetreten ist sowie die Fortpflanzungsunfähigkeit von gleichgeschlechtlichen Paaren.

V

Verkehrsunfall

Ein Unfall, erlitten durch den Versicherten als Fußgänger, Nutzer eines öffentlichen Verkehrsmittels, Passagier eines Linien- oder Charterflugs, Fahrer eines Autos oder Mitfahrer im Auto, Fahrer eines Fahrrades oder Kleinkraftrades, wenn der Versicherte auf einer öffentlichen oder für die Öffentlichkeit zugelassenen privaten Straße zirkuliert, unabhängig von der Klassifizierung der Straße innerhalb des Straßenverkehrsgesetzes.

Versicherer

Versicherungsgesellschaft, die das vertraglich vereinbarte Risiko übernimmt, DKV Seguros y Reaseguros S.A.E.

Versicherter

Die Person, für die der vertraglich vereinbarte Krankenversicherungsschutz gilt.

Versicherung Modalität Individual (Einzelversicherung)

Im Sinne des Vertragsabschlusses wird eine Versicherung als in der Modalität Individual oder Einzelversicherung geschlossen bezeichnet, wenn mindestens eine und maximal neun Personen durch den Vertrag versichert sind und alle, unabhängig vom bestehenden Interesse, versichert zu sein, eine Verbindung haben. Normalerweise handelt es sich um Familienangehörige ersten Grades (die versicherte Person, der Ehe- oder Lebenspartner und deren noch nicht selbstständige Kinder, die das 30. Lebensjahr noch nicht erreicht haben und die alle an einem gemeinsamen Familienhaushalt wohnen). Die Versicherung wird in keinem Fall aufgrund obligatorischen Anschlusses (colectivo cerrado/geschlossenes Kollektiv) oder freiwillig (colectivos abiertos/offene oder cofinanciados/kofinanzierte Kollektive) und auch nicht zu bestimmten im Voraus zwischen DKV Seguros und dem Kollektiv

vereinbarten Vertragskonditionen geschlossen.

Versicherung Modalität Kollektiv (Gruppenversicherung)

Im Sinne einer Vertragsschließung gilt die Versicherung als Modalität Gruppenversicherung, wenn mindestens 10 Personen versichert sind, die alle unabhängig vom Interesse daran, versichert zu sein, eine Verbindung haben und die gesetzlichen Bedingungen der Versicherungsfähigkeit erfüllen. Ihre Versicherung erfolgt entweder durch obligatorischen Zugang (colectivo cerrado) oder freiwillig (colectivos abiertos oder cofinanciados) und kommt zu Vertragskonditionen zustande, die DKV Seguros vorab mit einem Kollektivpartner vereinbart hat.

Versicherungsantrag oder informativer Vertragsentwurf

Enthält neben den im Vertragsentwurf enthaltenen Information und der Datenschutzrichtlinie einen von DKV Seguros herausgegebenen Fragebogen zum Gesundheitszustand, in dem der Versicherungsnehmer das Risiko beschreibt, das er versichern möchte, unter Angabe aller ihm bekannten Umstände, welche die Einschätzung des Risikos beeinflussen könnten. Die Beantwortung der von DKV Seguros gestellten Fragen hat wahrheitsgemäß zu erfolgen.

Versicherungsnehmer

Die natürliche oder juristische Person, die diesen Vertrag mit DKV Seguros unterzeichnet und dadurch die festgelegten Verpflichtungen übernimmt; mit Ausnahme derjenigen, die aufgrund ihres Wesens vom Versicherten erfüllt werden müssen.

Vorbestehende Zustände und Vorerkrankungen

Als vorbestehender Zustand wird ein Gesundheitszustand (z. B. Schwangerschaft), eine organische Veränderung oder Störung bezeichnet, die bereits vor dem Zeitpunkt des Abschlusses oder des Inkrafttretens der Versicherung bestanden hat, unabhängig davon, ob diese bereits von einem Arzt diagnostiziert worden ist.

(Deoxyribonucleic Acid) und die Zellmitose einwirkt und so die normale Zellvermehrung hemmt, sowohl die der gesunden als auch die der tumoralen Zellen. Aufgrund ihres Wirkmechanismus gehören zu dieser therapeutischen Untergruppe: Alkylanzien, Antimetabolite, Alkaloide aus Pflanzen sowie andere Naturprodukte, zytotoxische Antibiotika, platinhaltige Verbindungen und solche mit Methylhydrazin.

Z

Zusatzprämie

Zusätzlicher Beitrag oder ergänzende Prämie, die für die Deckung eines Risikos bezahlt wird, das durch die Allgemeinen Vertragsbedingungen ausgeschlossen wird.

Zytostatikum

Zytotoxisches Medikament, das in der onkologischen Chemotherapie Verwendung findet und die Fähigkeit hat, die Krebsentwicklung zu verlangsamen, in dem es direkt auf die Integrität der DNA-Kette

3. Modalität, Umfang und territorialer Geltungsbereich der Versicherung

3.1 Gegenstand der Versicherung

Mit dieser Versicherung garantiert der Versicherer, DKV Seguros, in dem durch diese Allgemeinen Vertragsbedingungen, die Besonderen Vertragsbedingungen und die dazugehörige Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen, die Sonderbedingungen und/ oder im Fragebogen zur Angabe gesundheitlicher Risiken festgelegten Umfang die Deckung der ambulanten medizinischen und chirurgischen Gesundheitsversorgung sowie der Versorgung im Krankenhaus für alle Krankheiten und Verletzungen, deren Fachgebiete durch den Vertrag erfasst werden, und in der Art und Weise, die durch die unter Vertrag genommene Versorgungsmodalität gedeckt wird, nachdem zuvor der dafür zu leistende Versicherungsbeitrag entrichtet wurde.

Diagnostische und therapeutische Fortschritte, die während der Laufzeit der Versicherung in der Medizin erzielt werden, finden nur dann Aufnahme

und werden den Deckungsleistungen der Versicherung hinzugefügt, wenn:

1. Die Validierungsstudien über deren Sicherheit sowie die Kosten-Nutzen-Bewertung durch einen Bericht der Agenturen für die Beurteilung von Gesundheitstechnologien, die den regionalen Gesundheitsbehörden oder dem Gesundheitsministerium unterstellt sind, positiv bewertet und genehmigt werden.

2. Diese ausdrücklich dem Abschnitt 4 »Beschreibung der Deckungsleistungen« der Allgemeinen Versicherungsbedingungen hinzugefügt worden sind.

Bei jeder Erneuerung dieses Versicherungsvertrags nennt DKV Seguros die Techniken und Behandlungen, die neu berücksichtigt und den Deckungsleistungen für den nächsten Versicherungszeitraum hinzugefügt werden.

3.2 Modalität der Versicherung

Die Versicherung DKV Mundisalud basiert auf einem gemischten Deckungssystem, bei dem der Versicherte frei wählen kann zwischen:

- > **Landesweitem Zugang (auf Spanien bezogen) zu den Leistungen über die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörenden Ärzte, Fachkräfte und medizinischen Zentren. Hierzu ist es notwendig, dass Sie sich zuerst mit Ihrer DKV MEDICARD® ausweisen und, wenn diese benötigt wird, die entsprechende Autorisierung vorlegen (Versorgungsmodalität Eigenmittel).**
- > Dem Zugang zu Ärzten, Fachkräften und Kliniken Ihrer Wahl, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen nicht angehören.

In diesem Fall werden die Beträge der vom Versicherten bezahlten Rechnungen von DKV Seguros zu dem Prozentsatz und mit den Obergrenzen erstattet, die in den Allgemeinen Vertragsbedingungen sowie in der den Besonderen Vertragsbedingungen des Vertrags beigefügten Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen genannt werden (Versorgungsmodalität Fremdmittel).

In keinem Fall erstattet DKV Seguros dem Versicherten die Kosten für Rechnungen, die durch Leistungserbringer ausgestellt werden, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehören.

Dieses Recht auf freie Arzt- und Klinikwahl befreit DKV Seguros von der direkten, solidarischen oder subsidiären Haftung für Handlungen von Leistungserbringern, über die die Versicherung aufgrund des Berufsgeheimnisses, der Vertraulichkeit von Patientendaten und des Verbotes der Einmischung in die ärztliche Therapiefreiheit keinerlei Kontrolle hat. Medizin ist eine Aktivität der Mittel, nicht der Ergebnisse. Aus diesem Grund kann die DKV nicht garantieren, dass ärztliche Handlungen, die durch die Versicherung gedeckt sind, immer zu einem positiven Ergebnis führen.

Die Modalität der Leistungserbringung gründet auf Artikel 105 Absatz 1 des spanischen Versicherungsvertragsgesetzes Ley de Contrato de Seguro „Bezahlung von Aufwendungen für medizinische Leistungen“, ohne dabei selbst direkt die Leistungen zu erbringen, diese werden durch medizinische Fachkräfte und qualifizierte Zentren erbracht. Im Fall fehlerhafter medizinischer oder klinischer Praxis verpflichtet sich der Versicherte, Aktionen ausschließlich gegen den Leistungserbringer oder

das medizinische Zentrum zu richten, das die Leistung erbracht hat und gegen dessen Haftpflichtversicherer; er verzichtet darauf, Aktionen gegen DKV Seguros zu richten.

Die Modalität der Versicherung und bestimmte Deckungen sind in Abhängigkeit von der Art des durch den Versicherten vorgenommenen Vertragsabschlusses veränderlich. Für einen Vertragsabschluss gibt es zwei Modalitäten, einmal die Versicherung in der Modalität Individual, die Zugang zu einigen exklusiv in dieser Modalität bereitgestellten Deckungen bietet (siehe Anhang II) und zum anderen die Versicherung in der Modalität Kollektive, ohne Zugang zu diesen exklusiven Deckungen.

3.3 Territorialer Geltungsbereich

In der Versorgungsmodalität Eigenmittel wird die Erbringung der medizinisch-chirurgischen Versorgung und die Versorgung im Krankenhaus in ganz Spanien und in jeder der Versicherungsmodalitäten sichergestellt.

Bei Inanspruchnahme von Leistungen durch Fremdmittel kann sich der Versicherte in allen Modalitäten der Versicherung DKV Mundisalud weltweit an Ärzte und Zentren wenden, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen nicht gehören, sofern der gewöhnliche Wohnsitz des

Versicherten sich für mindestens neun Monate im Jahr in Spanien befindet, es sei denn, DKV Seguros hat im Vertrag ausdrücklich eine andere Vereinbarung akzeptiert.

Wird dieser ständige Wohnsitz ins Ausland, also außerhalb des spanischen Staatsgebietes, verlagert, besteht die durch die Versicherung gebotene Deckung nur noch bis zum Ende des laufenden Kalenderjahres fort.

3.4 Zugang zu den Deckungsleistungen

Besondere Regelungen für die Versorgungsmodalität Eigenmittel, Gesundheitsversorgung innerhalb des DKV-Netzwerkes für Gesundheitsleistungen:

a) DKV Seguros händigt dem Versicherungsnehmer für alle Versicherten als Identifikationsmedium gegenüber den Leistungserbringern die nicht übertragbare Versichertenkarte DKV MEDICARD® zur persönlichen Nutzung aus. Weiter erhält der Versicherungsnehmer Informationen zum DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen, in dem alle im Versicherungsschutz eingeschlossenen Leistungen -Leistungserbringer, Diagnosezentren, Kliniken und Krankenhäuser, Notfallaufnahmen und weitere ergänzende Leistungen- unter Angabe der jeweiligen Adresse, Öffnungs- oder Sprechzeiten aufgeführt sind.

b) Die durch die Versicherung innerhalb des DKV-Netzwerkes für Gesundheitsleistungen gedeckten Leistungen können entweder frei zugänglich sein oder aber es kann eine im Voraus einzuholende Autorisierung von DKV Seguros erforderlich sein.

Im Allgemeinen besteht freier Zugang zu Beratungsterminen im Bereich der medizinischen Grundversorgung, zu Fachärzten der medizinischen und chirurgischen Fachgebiete, zur Notfallsprechstunde und zu diagnostischen Grundtests.

Eine Autorisierung ist erforderlich für Krankenseinweisungen, chirurgische Eingriffe, Prothesen und chirurgische Implantate, Psychotherapiesitzungen, Vorsorgeprogramme und Vorsorgeuntersuchungen, Krankentransport, Krankentransport, therapeutische Handlungen und komplexe diagnostische Untersuchungen, die im DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen erläutert werden.

c) Für die Zwecke dieser Versicherung gilt der Eintritt eines Versicherungsfalles dann als gemeldet, wenn der Versicherte die Erbringung der Leistung durch Eigenmittel von DKV Seguros oder die Autorisierung dafür beantragt.

d) In keinem Fall erstattet DKV Seguros dem Versicherten die Kosten für Rechnungen, die durch Leistungserbringer ausgestellt werden, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehören und es werden auch keine Kosten für erbrachte Leistungen übernommen, für die eine Autorisierung erforderlich ist, diese jedoch nicht im Voraus durch die Versicherung erteilt wurde.

e) Um dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörenden Leistungserbringern gegenüber nachzuweisen, dass Sie bei DKV versichert sind, muss diesen zur Identifikation die Versichertenkarte DKV MEDICARD® vorgelegt werden.

Sie sind ebenfalls dazu verpflichtet, Ihren Personalausweis bzw. ein anderes offizielles Identifikationsdokument (Reisepass, Aufenthaltsgenehmigung o.ä.) vorzulegen, wenn Sie vom medizinischen Personal oder der Assistenz dazu aufgefordert werden.

DKV Seguros stellt Autorisierungen für den Zugang zu diesen medizinischen Leistungen aufgrund der schriftlichen Verordnung eines Arztes und nach einer entsprechenden administrativen Prüfung aus, es sei denn, es wird festgestellt, dass es sich um eine Leistung handelt, die nicht im Versicherungsumfang enthalten ist.

Um diese Autorisierungen auszustellen, die Versicherungsfälle zu bearbeiten und über zusätzliche Leistungen und/oder Pläne zu Vorsorge und Gesundheitsförderung zu informieren, ist DKV Seguros dazu berechtigt, medizinische Informationen einzuholen, die im Zusammenhang stehen mit den Verschreibungen, auch direkt beim Leistungserbringer und/oder Gesundheitszentrum; die Versicherung ist auch dazu berechtigt, beim Versicherten einen zusätzlichen Arztbericht anzufordern, aus dem Anamnese, Risikofaktoren, Diagnose und die Notwendigkeit zur Behandlung hervorgehen.

Unbeschadet der in den vorstehenden Absätzen getroffenen Regelungen gilt für Notfälle, dass der Versicherte selbst oder eine andere Person in seinem Namen den Vorfall DKV Seguros in einer Weise mitzuteilen hat, die einen Nachweis erlaubt, und bei der Versicherung die Bestätigung und Autorisierung für die Aufnahme in ein Krankenhaus oder für die erbrachte Versorgungsleistung innerhalb der darauf folgenden 72 Stunden einzuholen hat.

Liegt ein lebensbedrohlicher Notfall vor, trägt DKV Seguros so lange die Kosten, bis die Versicherung Zweifel an der Anweisung des Arztes zum Ausdruck bringt oder sie der Meinung ist, dass die Versicherung die vorgenommene

ärztliche Handlung oder den Krankenhausaufenthalt nicht deckt.

f) Autorisierungen können telefonisch beim DKV Call Center zur Kundenbetreuung angefordert werden, den Sie unter der Nummer 976 814 983 erreichen, oder über unsere Webseite www.dkvseguros.com oder in jeder der Zweigstellen von DKV Seguros.

Besondere Regelungen für die Modalität der Gesundheitsversorgung durch Inanspruchnahme von Fremdmitteln, Gesundheitsversorgung außerhalb des DKV-Netzwerks für Gesundheitsleistungen.

a) Für die Zwecke dieser Versicherung gilt der Eintritt eines Versicherungsfalls dann als gemeldet, wenn der Versicherte die Erstattung der entstandenen Kosten beantragt.

b) Der Versicherungsnehmer oder der Versicherte muss innerhalb einer Frist von vierzehn Tagen die Erstattung der für medizinische Leistungen entstandenen Aufwendungen beantragen, die durch die hier vorliegende Versicherung gedeckt werden. Gleichzeitig sind DKV Seguros die bezahlten Rechnungen einzureichen. Die Rechnungen müssen eine Aufschlüsselung der durch Fremdmittel, also nicht dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörende Leistungserbringer, erbrachten

medizinischen Handlungen enthalten. Weiter ist die Verschreibung und sind die medizinischen Berichte einzureichen, in denen Herkunft und Art der Krankheit angegeben werden.

Zur Einreichung dieser Unterlagen stellt DKV Seguros ein Erstattungsformular zur Verfügung; auf der Rückseite dieses Formulars werden die für das Abrechnungsverfahren notwendigen Mindestanforderungen genannt, die die Rechnungen erfüllen müssen, damit eine Erstattung erfolgen kann.

Der Versicherte und seine Angehörigen haben alle Berichte und Nachweise zur Verfügung zu stellen, die DKV Seguros für notwendig erachtet.

Die Nichterfüllung dieser Verpflichtung kann dazu führen, dass das Recht auf Erstattung verweigert wird.

c) Die Erstattung der Ausgaben wird wie folgt vorgenommen:

> Nachdem das Erstattungsformular eingereicht wurde, dem als Nachweis für die erhaltenen Leistungen die Originale der Rechnungen und Berichte beizufügen sind, nimmt DKV die Erstattung der bezahlten Rechnungen vor, und zwar zu dem Prozentsatz und mit den Obergrenzen, die in den Allgemeinen und/oder Besonderen Vertragsbedingungen und der dazugehörigen Tabelle mit der

Leistungsübersicht zu Deckungen und Höchstgrenzen festgelegt wurden.

- > Die Zahlung erfolgt durch Überweisung auf das dafür angegebene Konto. Die auf dieses Konto vorgenommene Überweisung ist in vollem Umfang rechtsgültig, wirksam und schuldbefreiend für DKV Seguros.
- > Ist die Rechnungsstellung in einer Fremdwährung erfolgt und durch den Versicherten auch in dieser bezahlt worden, erfolgt die Gutschrift in Spanien in Euro und zu dem Wechselkurs, der an dem Tag der Bezahlung Gültigkeit hatte.

Sollte dieser Wechselkurs nicht zu ermitteln sein, wird der am Ausstellungsdatum der Rechnung oder gegebenenfalls am Tag der Erbringung der Dienstleistung gültige Kurs herangezogen.

> Die für Übersetzungen von Berichten, Rechnungen oder Belegen über Arzthonorare anfallenden Kosten trägt DKV Seguros ausschließlich dann, wenn diese in den Sprachen Englisch, Deutsch, Französisch oder Portugiesisch abgefasst sind.

Sind diese in einer anderen Sprache abgefasst, gehen diese Kosten zulasten des Versicherten.

d) In keinem Fall übernimmt oder erstattet DKV Seguros dem Versicherten Kosten für Rechnungen, die durch Krankenhäuser, Gesundheitszentren oder andere Gesundheitseinrichtungen für ärztlich-chirurgische oder im Krankenhaus stationär erbrachte Versorgung ausgestellt werden, die dem nationalen spanischen Gesundheitssystem angehören und/ oder die abhängig sind von den Autonomen Regionen, es sei denn, **es liegt ein lebensbedrohlicher Notfall vor, dessen Definition, also was darunter verstanden wird, in diesem Dokument gegeben wird**, und nur dann, wenn eine ausdrückliche Autorisierung durch DKV Seguros vorliegt.

3.5 Klausel zu Forderungsübergang und der Abtretung von Rechten

Nach erfolgter Zahlung der Erstattung oder erbrachter Dienstleistung, kann DKV Seguros die Rechte und Handlungen bis zur Höchstgrenze der gezahlten Entschädigung in Anspruch nehmen, die dem Versicherten aufgrund eines Schadens gegenüber Dritten, die zivil- oder strafrechtlich verantwortlich sein können, zustehen.

Die versicherte Person ist dazu verpflichtet, alle für die Abtretung oder den Übergang von Rechten an DKV Seguros erforderlichen Unterlagen zu unterschreiben.

4. Beschreibung der Deckungen

Die medizinischen Fachgebiete und Leistungen sowie die weiteren Leistungen, zu deren Inanspruchnahme dieser Vertrag berechtigt, werden in folgende Gruppen eingeteilt:

Danach, ob diese gewöhnlicherweise im Krankenhaus oder außerhalb erbracht werden:

a) Nicht in einem Krankenhaus erbrachte Gesundheitsversorgung

Die nicht in einem Krankenhaus erbrachte Gesundheitsversorgung umfasst Arztbesuche und Beratungen im Rahmen der medizinischen Grundversorgung und in den medizinischen und chirurgischen Fachgebieten sowie die Notfallversorgung, weiter Diagnosemittel, therapeutische Verfahren und ergänzende Deckungsleitungen, die ambulant erbracht werden.

Ausdrücklich eingeschlossen sind folgende Leistungen:

- > Die spezifischen Präventionsprogramme, die unter Abschnitt 4.7 genannt werden (Geburtsvorbereitung eingeschlossen).
- > Die klinische Psychologie.
- > Das Einsetzen der Spirale (IUP).
- > > Logopädie und Sprachtherapie, einschließlich sprachtherapeutische Rehabilitation.
- > Kleine ambulante chirurgische Eingriffe der Gruppen O und I gemäß der Nomenklatur „Terminologische Klassifizierung und Kodifizierung medizinischer Handlungen und Techniken“, herausgegeben vom Verband der spanischen Ärztekammer (Organización Médica Colegial – OMC), die durch medizinische Fachkräfte und ausschließlich in deren Praxisräumen durchgeführt werden. Sie können auf die vollständige Liste der zu diesen

Gruppen gehörenden chirurgischen Eingriffe über die neueste, für das laufende Jahr gültige Version der OMC-Nomenklatur zugreifen über die Webseite <http://www.cgcom.org>

- > Schlafmedizin, Schlaflabor oder Polysomnographie.
- > Fachabteilung Schmerzereinheit, zur Behandlung bei chronischen Schmerzen.

b) In einem Krankenhaus erbrachte Gesundheitsversorgung

Zur stationären Gesundheitsversorgung oder Gesundheitsversorgung im Krankenhaus gehören sämtliche Kosten, die verursacht werden im Zusammenhang mit einem stationären Krankenhausaufenthalt und den dort vorgenommenen Behandlungen sowie den dazugehörigen Honoraren für Ärzte und Chirurgen, einschließlich der präoperativen und voranästhetischen Untersuchungen (Beratung, Blutuntersuchung und EKG), den Visiten und der unmittelbar nachoperativen Wundversorgung (bis zu zwei Monate nach dem chirurgischen Eingriff) sowie gegebenenfalls verwendete Prothesen.

In dieser Versorgungsmodalität ausdrücklich eingeschlossen sind die unter Abschnitt 4.6 der Allgemeinen Vertragsbedingungen genannten weiteren Behandlungen.

Danach, in welcher Versorgungsmodalität diese erbracht werden:

4.1 Medizinische Grundversorgung

Allgemeinmedizin: Medizinische Versorgung, ambulant in der Arztpraxis und zu Hause, die Verschreibung elementarer Diagnosemittel.

Kinder- und Säuglingsheilkunde:

Umfasst die medizinische Versorgung von Kindern bis zum Alter von 14 Jahren, ambulant in der Arztpraxis und zu Hause sowie die Verschreibung elementarer Diagnosemittel.

Eingeschlossen sind elementare medizinische Blutuntersuchungen (nicht eingeschlossen hormonale, immunologische und genetische Tests sowie molekularbiologische Tests), Urinuntersuchungen sowie einfache, konventionelle Radiographie (ohne Kontrast).

Leistungen der Krankenpflege (Injektionen und Wundversorgung):

Versorgung durch examinierte Krankenpflegekräfte, (spanische Berufstitel ATS / DUE); die Versorgung erfolgt entweder in der Arztpraxis oder zu Hause, nach vorheriger schriftlicher Anforderung durch den Arzt, der den Versicherten betreut.

Transportservice im Krankenwagen:

Für Fälle mit dringend bestehender Notwendigkeit; umfasst die Beförderung auf dem Landweg von dem Ort aus, an dem die versicherte Person sich befindet bis in das nächstgelegene, der unter Vertrag genommenen Versicherungsmodalität entsprechend zuständige, dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angeschlossene, Krankenhaus, in dem die Behandlung vorgenommen werden kann, und wieder zurück; die Leistung wird beim Eintritt besonderer Umstände körperlichen Unvermögens erbracht, die es dem Patienten unmöglich machen, gewöhnliche Transportmittel zu benutzen (öffentliche Verkehrsmittel, Taxi, privater Pkw).

Transporte im Brutkasten sind ebenfalls versichert.

In all diesen Fällen ist die von einem Arzt schriftlich erteilte Verordnung erforderlich, begleitet von einem Bericht, aus dem die Notwendigkeit des Transports hervorgeht.

4.2 Notfallversorgung

Medizinische Versorgung zu Hause:

In Fällen, in denen dies gerechtfertigt ist, und nur in den Ortschaften, in denen DKV Seguros Vereinbarungen zur Erbringung dieser Leistungen getroffen hat, wird dieser Service der medizinischen Versorgung zu Hause erbracht. Hierzu gehören

Allgemeinmedizin, Kinderheilkunde, Krankenpflege und gegebenenfalls Transport im Krankenwagen.

In dringenden Fällen hat der Versicherte einen der im Dauerbetrieb befindlichen Notfalldienste aufzusuchen, die DKV Seguros eingerichtet hat.

Notfälle, Versorgung außerhalb eines Krankenhauses: Ambulante medizinische Versorgung, die erbracht wird in einem Gesundheitszentrum mit 24-Stunden-Notfalldienst.

Notfälle, Versorgung in einem Krankenhaus: Ambulante medizinische Versorgung in dringenden Fällen, die erbracht wird in einem Krankenhaus.

4.3 Medizinische und chirurgische Fachgebiete

Allergologie und Immunologie: Kosten für Impfungen gehen zulasten des Versicherten, ausgenommen die drei unter Abschnitt 4.7.1 „**Programm zur Kindergesundheit**“ genannten, und bis zu den Maximalbeträgen, die festgelegt wurden in der Leistungstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen, die den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigefügt ist.

Anästhesiologie und Reanimation: Einschließlich Epiduralanästhesie / Periduralanästhesie.

Angiologie und Gefäßchirurgie.

Verdauungsapparat.

Kardiologie und Kreislaufapparat:

Umfasst die kardiologische Rehabilitation nach akutem Myokardinfarkt.

Kardiovaskuläre Chirurgie.

Allgemeine Chirurgie und Chirurgie des Verdauungstraktes. Eingeschlossen ist die Adipositaschirurgie oder bariatrische Chirurgie, bei einem BMI gleich oder größer als 40 (morbide Adipositas).

Oral- und Kieferchirurgie.

Kinderchirurgie.

Plastische Chirurgie und

Wiederherstellungschirurgie: Umfasst chirurgische wiederherstellende Eingriffe nach Läsionen, im Wesentlichen durch Plastiken (Formung von Organen und Gewebeteilen) und durch Transplantate.

Ausgeschlossen ist die plastische Chirurgie zu ästhetischen Zwecken, außer in den folgenden Fällen:

1. Onkoplastische Rekonstruktion der Brust nach radikaler Operation und wenn nötig während desselben chirurgischen Eingriffs eine brustchirurgische OP zur Angleichung der gesunden Brust (Durchführung zeitlich begrenzt auf maximal zwei Jahre nach der onkologischen

OP). Enthalten sind Implantate, Expander und Netze.

2. Therapeutische Brustrekonstruktion nach Mastektomie der gesunden kontralateralen Brust bei Frauen, die zuvor wegen Brustkrebs operiert wurden und Trägerinnen von Mutationen der BRCA1- und BRCA2-Gene sind. Diese Operation ist bei Frauen, die nicht von Brustkrebs betroffen sind, ausgeschlossen.

3. Brustverkleinerung (Mamoplastie) bei Frauen über 18 Jahre mit Gigantomastie (die einzelne Brust wiegt mehr als 1500 g), bei denen zudem einen Abstand von der Brustwarze zur oberen Sternum-Kerbe von mehr als 32 cm vorhanden ist, die einen Körpermassenindex von kleiner oder gleich 30 aufweisen und bei denen eine Mindest-Entnahme von 1000 g pro Brust erforderlich ist.

Thoraxchirurgie: Einschließlich Sympathektomie bei Hyperhidrosis (zur Behandlung von übermäßigem Schwitzen).

Periphere Gefäßchirurgie:

Eingeschlossen ist die Verwendung eines endoluminalen Lasers im OP-Saal zur Behandlung von Krampfadern, mit Ausnahme der in Abschnitt 5.f („Von der Deckung ausgeschlossene Leistungen“) der Allgemeinen Vertragsbedingungen genannten Fälle.

Dermatologie, medizinisch-chirurgische Versorgung:

Eingeschlossen ist die ambulante Phototherapie mit schmalbandiger UV-B-Bestrahlung bei Indikationen, die genannt werden unter Abschnitt 4.5 („Therapeutische Verfahren“) der Allgemeinen Vertragsbedingungen.

Endokrinologie und Ernährung.

Geriatrie.

Gynäkologie: Eingeschlossen sind Diagnose und Behandlung von Frauenkrankheiten. Deckung besteht für Familienplanung, Laserbehandlungen (CO₂, Erbium und Diode), Sterilitätsdiagnose und Früherkennung gynäkologischer Krebserkrankungen anhand von zwei Screening-Modalitäten, alternativ und untereinander inkompatibel, wie eine jährliche gynäkologische Untersuchung und die spezifischen, in mehrjährigen Abständen durchzuführenden Präventionsprogramme (siehe Beschreibung Abschnitt 4.7.4. der Allgemeinen Vertragsbedingungen).

Ebenfalls besteht für Frauen, die zuvor wegen Brustkrebs operiert wurden und Trägerinnen von Mutationen der BRCA1- und BRCA2-Gene sind, Deckung für die Vornahme einer Mastektomie der gesunden kontralateralen Brust als Alternative zur aktiven Überwachung.

Hämatologie und Hämotherapie.

Hebammen: Examierte Pflegekräfte, Krankenschwestern und MTAs mit einem Abschluss im Fachgebiet Geburtshilfe.

Innere Medizin.

Nuklearmedizin.

Nephrologie.

Neonatologie.

Atemwegs- und Lungenheilkunde (Pneumologie): Dazu gehört die **respiratorische Rehabilitation, für Kinder im Alter von unter 10 Jahren mit einer jährlichen Beschränkung auf maximal 10 Sitzungen und für Kinder ab 10 Jahren und für Erwachsene mit maximal 3 Sitzungen pro Jahr**, bei chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen und bei Folgen von COVID-19. **Ebenso ist die Heimtherapie mit CPAP/BiPAP bei schwerem obstruktivem Schlafapnoe-Hypopnoe-Syndrom (OSAHS) gedeckt (Einschlusskriterien unter Abschnitt 4.5 »Therapeutische Verfahren« dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen).**

Neurochirurgie.

Neurologie.

Obstetrik / Geburtshilfe: Umfasst die Überwachung von Schwangerschaften sowie die Geburtsbegleitung.

Eingeschlossen ist der „Triple-Test“, auch EBA-Screening genannt, ein im ersten Drittel der Schwangerschaft durchgeführter kombinierter Test, sowie die Amniozentese oder Chorionbiopsie zur Bestimmung des Karyotyps zur Feststellung von Fehlbildungen des Fötus. **Die pro versicherter Frau und Kalenderjahr gedeckte Anzahl dieser Leistungen wird in der den Besonderen Vertragsbedingungen angehängten Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen aufgeführt, sofern die Versicherte auf Fremdmittel zurückgreift, die nicht dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehören. Zur Ermittlung dieser Höchstgrenze werden alle vorgenannten Tests gemeinsam berücksichtigt (Triple-Test, EBA-Screening, Amniozentese und Chorionbiopsie).** Ebenfalls eingeschlossen ist der **vorgeburtliche genetische Test des mütterlichen Blutes auf Trisomie 21 (Down) 18 (Edwards) und 13 (Patau) in Fällen von Risikoschwangerschaften, Mehrfachschwangerschaften und bei wiederholten Fehlgeburten (zwei oder mehr) unbekannter Ursache und wenn der kombinierte Test des ersten Schwangerschafts quartals positiv ausgefallen ist** (mit der Gefahr einer Anomalie beim Fötus von 1/250); **Deckung besteht bis zu der**

Höchstgrenze je versicherter Frau und Jahr, die in der den Besonderen Vertragsbedingungen angehängten Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen genannt wird.

Außerdem umfasst der Versicherungsschutz **die nicht-invasive Untersuchung der fetalen Lungenreife während der letzten drei Schwangerschaftsmonate** als Ersatz für die Amniozentese. Die Untersuchung hat zum Ziel, Atemwegsprobleme bei Neugeborenen festzustellen und vorzubeugen, sofern das Risiko auf eine Frühgeburt oder Kaiserschnitt **vor der 37. Schwangerschaftswoche besteht.**

Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde:

Eingeschlossen sind Besuche beim Zahnarzt, Extraktionen, Mundhygiene, stomatologische Wundbehandlung und die damit im Zusammenhang stehende Dentalradiologie.

Ebenfalls gedeckt werden für Patienten bis zum Alter von 14 Jahren Fissurenversiegelungen und Zahnfüllungen.

Die übrigen, nicht von der Versicherung gedeckten zahnärztlichen Leistungen werden mit Kostenbeteiligung durch den Versicherten durch den Service für Leistungen zur Mund- und Zahngesundheit erbracht (siehe Abschnitt »Zusätzliche Leistungen«).

Augenheilkunde oder Ophthalmologie:

Eingeschlossen sind das Crosslinking, Hornhauttransplantationen, operative Laserbehandlungen außer zur Korrektur visueller Refraktionsdefekte (Myopie, Hyperopie und Astigmatismus) und von Presbyopie, **diese gehen zulasten des Versicherten** (siehe Abschnitt »Zusätzliche Leistungen«).

Onkologie: Dazu gehört das OSNA Verfahren (intraoperative molekulare Analyse der Sentinel-Lymphknoten) **bei Brustkrebs im Frühstadium, ohne lymphatische Ausbreitung.**

Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (Oto-Rhino-Laryngologie):

Eingeschlossen sind Adenotonsilplastik, Operation der Nasenturbinaten oder Turbinoplastik, Ablation bei rhinosinusaler Pathologie mittels Hochfrequenz sowie die Verwendung von Laser im OP, **ausgenommen Gaumensegelooperationen, auch Schnarchoperation, obstruktive Schlafapnoe oder Uvulopalatopharyngoplastik genannt.**

Proktologie: Eingeschlossen ist die Verwendung von chirurgischem Laser zur Behandlung rektaler und hämorrhoidaler Pathologien; ebenfalls **Rehabilitation des Beckenbodens in Fällen von Anismus (Beckenbodendyssynergie) oder analer Inkontinenz**, die nicht auf eine Therapie ansprechen, aufgrund

vorheriger Verschreibung durch einen Facharzt für Verdauungskrankheiten **und bis zu der jährlichen Höchstgrenze an Sitzungen pro Versichertem, die in der Tabelle der Deckungen und Deckungsbeschränkungen genannt wird, die als Anhang den besonderen Vertragsbedingungen beigelegt ist (gezählt wird die gesamte Anzahl der Sitzungen, die sowohl unter Inanspruchnahme von Eigenmitteln als auch von Fremdmitteln durchgeführt wurden).**

Psychiatrie: In der Hauptsache neurobiologische Behandlungen.

Rehabilitation: Behandlungen, die in einem dafür geeigneten Rehabilitationszentrum, unter der Anleitung eines Facharztes für rehabilitative Medizin, unterstützt durch Physiotherapeuten, durchgeführt werden, um wiederherstellbare Funktionen der Teile des Bewegungsapparates wiederherzustellen, die durch Krankheit oder Unfall verletzt wurden.

Neurorehabilitation bei erworbenen, schweren Hirnschäden: Spezifische Physiotherapie, **eingeschlossen nur als ambulante Behandlung und bis zu einer Höchstgrenze von 60 Sitzungen während der Versicherungslaufzeit und/oder des Lebens des Versicherten**, vorgenommen in dafür geeigneten Zentren innerhalb

Spaniens, die für diesen Zweck geeignete Rehabilitationsleistungen erbringen und ausschließlich zur Behandlung der folgenden klinischen Indikationen: **Schlaganfall, Anoxie oder Hypoxie, Meningitis, Enzephalitis, Kopfverletzungen bei Unfällen, die durch die Versicherung gedeckt sind, Hirntumorchirurgie und Radiochirurgie zu dessen Entfernung.**

In beiden Fällen gilt als geeignetes beziehungsweise auf Rehabilitation spezialisiertes Zentrum **ein solches, das aufgrund der erforderlichen behördlichen Genehmigungen dazu berechtigt ist und im Register für medizinische Zentren, Leistungserbringer und Einrichtungen der jeweiligen Autonomen Region registriert ist.**

Rheumatologie.

Traumatologie: Eingeschlossen sind Arthroskopie, perkutane Nukleotomie und Chemonukleolyse.

Urologie: Eingeschlossen ist die Verwendung des chirurgischen Holium-Lasers bei endourologischen Konkrementen, stenotischen und tumoralen Pathologien sowie sogenannte „Greenlightlaser“, Holium-, Tullium-, Dioden-Laser (KTP und HPS) zur operativen Behandlung gutartiger Prostatahyperplasie, vorgenommen in dafür zugelassenen

Zentren innerhalb Spaniens. Weiter Beckenbodenrehabilitation bei Harninkontinenz, Vasektomie sowie die Untersuchung und Diagnose der männlichen Sterilität und Unfruchtbarkeit.

4.4 Diagnostische Mittel

Diese müssen von einem Arzt unter Angabe der für die Untersuchung notwendigen Gründe verschrieben werden. Eingeschlossen sind die Kontrastmittel bei den unter diesen Abschnitt fallenden diagnostischen Tests, wenn diese für deren Durchführung erforderlich sind.

Klinische Analysen, pathologische Anatomie und Zytopathologie.

Entnahme von Untersuchungsmaterial zur Vornahme von

Laboruntersuchungen mittels

Hausbesuch: Eingeschlossen ist die Blutentnahme mittels eines Hausbesuchs beim Versicherten; **jedoch nur dann, wenn die Vornahme durch Leistungserbringer erfolgt, die dem von der Versicherung geschaffenen DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehören (Modalität Eigenmittel), wenn eine vorherige ärztliche Verschreibung und die ebenfalls im Voraus erteilte Autorisierung durch die Versicherung vorliegen, und wenn Pflegebedürftigkeit Stufe 3 (große**

Abhängigkeit) anhand eines medizinischen Berichts nachgewiesen wird.

Radiodiagnostik: Umfasst komplexe radiologische Diagnostiktechniken (mit Kontrast), Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MRT) sowie Knochendensitometrie.

Endoskopien: Zu Diagnosestellung und/ oder Behandlung des Verdauungstraktes.

Kapselendoskopie: Eingeschlossen zur Diagnose verborgener Blutungen/ Darmblutungen unbekannter Herkunft.

Fiberbronchoskopie: Zu Diagnosestellung und/ oder Behandlung.

Kardiologische Diagnosestellung: Elektrokardiogramm, Belastungstests, Echokardiogramm, Holter, Doppler und Hämodynamik.

Eingeschlossen ist ebenfalls die kardiale Mehrschicht-Computertomographie (Kardio CT, 64) sowie Herz-Szintigrafie (Myokard-SPECT) nach akutem Myokardinfarkt und postoperativ bei Herzpathologien.

Neurophysiologie: Elektroenzephalografie, Elektromyographie usw.

Schlafmedizin, Schlaflabor: Polysomnographie oder respiratorische Polygraphie bei pathologischen Prozessen, nach vorheriger Anforderung durch einen Facharzt.

Diagnostische und interventionelle Radiologie, vaskulär und viszeral.

Optische Kohärenztomographie (OCT): in der ophthalmologischen Diagnostik, nach Protokoll allgemein anerkannter klinischer Praxis.

Hightech-Diagnostiktechnik: Zugang über dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörende Leistungserbringer, in damit ausgestatteten Zentren innerhalb Spaniens.

a) Enthalten sind computertomographische Angiographie (CTA) kardiale Mehrschicht-Magnetresonanztomographie (kardiale MRT) zur **Diagnose zerebraler und abdominaler arterieller und venöser Pathologien der Gefäße, Überwachung und Kontrolle der Integrität von Gefäßprothesen, Bewertung arterieller Dilatationen und von Aneurysmen, vaskulärer Malformationen und Koartationen, unabhängig von ihrer Lage.**

b) Magnetresonanz-Arthrographie (MR-Arthrographie) **bei osteochondralen und tendinösen Pathologien bei**

schwieriger Diagnosestellung, Magnetresonanztomographie (MRT) und Magnetresonanztomographie (MRCP) zum Ausschluss von Cholelithiasis bei cholezystektomierten Patienten und von onkologischen Pathologien in Gallen- und Pankreasgängen.

c) Urographie mittels Mehrschicht-Computertomographie (CT-Urographie) der Harnwege (Sammelsystem, Ureter und Blase) zur Untersuchung **angeborener Anomalien, bei Nierenkolik oder Koliken der ableitenden Harnwege, wenn vorherige radiologische Tests nicht konkludent sind, nach radikaler Operation der Harnwege, und wenn eine intravenöse Urographie (IVU) oder Ureterorenoskopie kontraindiziert sind.**

d) Eingeschlossen sind Positronen-Emissions-Tomographie (PET), einzeln oder in Kombination mit einer Computertomographie (PET-CT) oder Magnetresonanztomographie (PET-MRT), **bei Krebsprozessen und anderen klinischen Indikationen, für deren Einsatz durch die spanische Arzneimittelbehörde (AEMPS) eine Genehmigung erteilt wurde und die im Datenblatt des Radiopharmakons 18 Fluorodesoxyglucose (18F-FDG) zusammengefasst sind, das dabei gewöhnlich verwendet wird.** Darüber hinaus wird ein PET mit Gallium

bei gastroentero-pankreatischen neuroendokrinen Tumoren gedeckt.

e) Die Single-Photon-Emissions-Tomographie (Spektroskopie SPECT), Gammagrafie und Magnetresonanztomographie (MRS) oder NMR-Spektroskopie hoher Auflösung oder Feldstärke (3 Tesla MRT): **Zu onkologischer Diagnostik und/ oder bei nicht auf medikamentöse Behandlung ansprechender Epilepsie, nach Protokollen allgemein anerkannter klinischer Praxis.**

f) Genetische und molekularbiologische Tests: Diese Tests sind nach ärztlicher Verschreibung gedeckt, **sofern sie Einfluss auf die Behandlung einer akuten Krankheit haben oder zur Erstellung einer Differentialdiagnose erforderlich sind, die gemäß der von den Bewertungsagenturen (AETS) festgelegten Kriterien nicht anderweitig gegeben werden kann.**

In dieser Hinsicht gelten als einzige Ausnahmen:

1. Die Bestimmung von HLA DQ2 und DQ8 zur Diagnose von Zöliakie oder Glutenunverträglichkeit ist bei Kindern, die Symptome zeigen und deren serologische Marker Veränderungen aufweisen, bis zum Alter von 16 Jahren gedeckt; ebenfalls für Erwachsene, für die eine Endoskopie oder eine Biopsie des Verdauungstrakts kontraindiziert oder nicht konkludent sind.

2. Plattform zur Erstellung eines genomischen Profils anhand prognostisch-prädikativer Marker zu Brustkrebs im Frühstadium, wodurch die Einschätzung des Risikos eines erneuten Auftretens von Brustkrebs und die Notwendigkeit oder Nicht-Notwendigkeit einer Chemotherapie nach einer Operation ermöglicht wird. **Diese Tests werden durch die Versicherung gedeckt, wenn folgende Kriterien erfüllt sind (obligatorisch, sämtliche Kriterien müssen erfüllt werden):**

- a) **Frau, unter 75 Jahre**, mit infiltrierendem Adenokarzinom der Brust, vor kurzem operiert (seit dem Eingriff sind weniger als 8 Wochen vergangen).
- b) **Bei positiven Hormonrezeptoren**
- c) **Rezeptor Faktor 2, epidermaler Wachstumsfaktor HER2 negativ (EGF2-Rezeptor).**
- d) Tumor mit einem Durchmesser von mehr als 0,5 cm, **im Stadium T1-T2 ohne Lymphknotenbefall oder Fernmetastasen (N0 und M0)**. Sind pathologische Lymphknoten vorhanden (N1mic), besteht Deckung, wenn Mikrometastasen (weniger als 2 mm) und nicht mehr als 3 Knoten betroffen sind.

Die Kosten der Plattform zur Erstellung eines genomischen Profils werden nur

dann gedeckt, wenn ein dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörender Leistungserbringer (Eigenmittel) den Test durchführt und nach zuvor erteilter Autorisierung der Versicherung.

3. Der Brustkrebs-Gentest (BRCA 1 und 2) bei Frauen mit Brust- oder Eierstockkrebs, deren Familienanamnese zum Verdacht führt, dass es sich um familiären, erblichen Krebs handelt. Durch die Versicherung gedeckt, wenn diese beiden Kriterien erfüllt sind:

- a) Es gibt zwei oder mehr Verwandte 1. und 2. Grades, die von Brust- oder Eierstockkrebs betroffen sind.
- b) Einer dieser Verwandten hat Brustkrebs vor dem 50. Lebensjahr erlitten oder Eierstockkrebs, unabhängig vom Alter, oder der Brustkrebs ist bilateral.
- g) **Endobronchialer Ultraschall (EBUS) zur Diagnose von dem Bronchialbaum benachbarter onkologischer Pathologien** (in der Lunge und Mediastinum), **die mit anderen Methoden nicht zugänglich sind und**, wenn nötig, deren Biopsie.

h) Sektoriale oder radiale Endoskopie (EUS) des Verdauungstrakts zur Bewertung **submuköser Läsionen, zur Lokalisierung von**

neuroendokrinen Tumoren und zur Identifizierung und Bestimmung des Fortschritts bei Magen-Darm- und Bauchspeicheldrüsen-Krebs und zur Feststellung extraluminalen Rezidiven.

i) Brust-Tomosynthese (3D). Vornahme nur durch Leistungserbringer die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen (Eigenmittel) angehören; zur Kontrolle und Überwachung fibrozystischer Pathologien und zur onkologischen Frühdiagnose bei dichtem Brustgewebe, wodurch unnötige Biopsien vermieden werden.

j) Dreidimensionale Ultraschalluntersuchung der Schwangerschaft (3D-4D), die einen Gesamtüberblick über die Anatomie des Fötus in Echtzeit verschafft. Eingeschlossen bei Vorlage der Verschreibung durch einen Facharzt **und maximal für eine Untersuchung pro Versicherter und Jahr.**

k) Spektroskopie (SPECT) der zerebralen Perfusion und der präsynaptischen Dopamintransporter (Perfusions- und Dopamintransporterspektrographie, DaTscan). Ausschließlich gedeckt, wenn durch dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörende Leistungserbringer (Eigenmittel) erbracht und zur Differenzialdiagnose der Parkinson-Krankheit gegenüber anderen Bewegungsstörungen.

l) MR-Enterographie zur Diagnose von obstruktiven und entzündlichen Darmerkrankungen oder **CT-Enterographie** bei Blutungen des Dünndarms okkulten Ursprungs.

m) Multiparametrische Magnetresonanztomographie (mpMRT) zur Früherkennung von okkultem Prostatakarzinom, **wenn das prostataspezifische Antigen (Gesamt-PSA) dauerhaft, mehr als 6 Monate, erhöht bleibt** (zwischen 4 und 10 ng/ml) **und die folgenden Indikationen gegeben sind:**

1) Verhältnis von freiem PSA zu Gesamt-PSA unter 20% (0,2) und transrektaler Ultraschall ohne Veränderungen.

2) Zuvor erfolgte ultraschallgeführte Prostata-Biopsie negativ.

3) Feststellung lokaler Ausbreitungsgrad des Prostatakarzinoms.

4) Aktive Überwachung oder Planung von Fokalthherapie.

5) Rezidivverdacht nach onkologischer Behandlung.

n) Elastographie der Leber (Fibroscan). Hiermit kann der Grad der Leberfibrose ohne Biopsie festgestellt werden, sowohl bei Leberzirrhose als auch bei

Hepatitis B und C und bei chronischen cholestatischen Erkrankungen.

Maximal eine Exploration pro Versicherungsnehmer und Jahr.

Ausgeschlossen bei alkoholbedingten Lebererkrankungen und beim metabolischen Syndrom (alkoholfreie Lebersteatose).

4.5 Therapeutische Verfahren

Aerosoltherapie, Sauerstofftherapie und Beatmungstherapie, bei Lungen- oder Atemwegserkrankungen, vorgenommen entweder im Krankenhaus oder zu Hause.

Die Kosten der Medikamente sind vom Versicherten zu tragen.

Analgesie und Schmerzbehandlung: Gedeckt sind Behandlungen, die von auf diese Techniken spezialisierten Einheiten durchgeführt werden; **es gelten die Deckungsbeschränkungen für ambulant verabreichte Medikation, die in den Allgemeinen Vertragsbedingungen festgelegt wurden (siehe Abschnitt 5.x »Von der Deckung ausgeschlossene Leistungen«).**

UVB-Schmalband-Lichttherapie (UVB-BE) In dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angeschlossenen Fachzentren, zur Behandlung von ausgedehnter Psoriasis (mehr als

20% der Körperoberfläche betroffen) **und bei idiopathischen, pruriginösen, entzündlichen chronischen Dermatosen mit großer Ausdehnung (Rumpf und Extremitäten), wenn eine pharmakologische Behandlung nicht wirksam war. Gedeckt wird eine Höchstzahl von Sitzungen pro Versichertem und Jahr** (Summe der durch Inanspruchnahme von Eigenmitteln und Fremdmitteln durchgeführten Sitzungen), diese wird in der Tabelle mit der Leistungsübersicht zu Deckungen und Höchstgrenzen genannt, **die als Anhang den Besonderen Vertragsbedingungen beigelegt ist.**

Atemtherapie zu Hause, bei schwerem obstruktivem Schlafapnoe-Hypopnoe-Syndrom (OSAHS): Unter Verwendung mechanischer Geräte, die Druckluft (CPAP oder BiPAP) in den oberen Atemwegen erzeugen, **bis zu einer Höchstgrenze von zwanzig Sitzungen pro versicherter Person und Jahr, wenn der Apnoe-Hypopnoe-Index pro Stunde (AHI) über 30 liegt.** Eingeschlossen ist die respiratorische Polygraphie zur Dosisitration, um das Gerät anzupassen und das geeignete Behandlungsniveau zu erreichen.

Strahlentherapie: Umfasst lineare Elektronenbeschleuniger, Kobalt-Therapie, intrakranielle stereotaktische Radioneurochirurgie, intensitätsmodulierte Strahlentherapie

(IMRT) und **radioaktive Isotope, deren diagnostischer oder therapeutischer Nutzen durch die EMA (European Medicines Agency) und den klinischen Leitfaden NICE bestätigt wurde.**

Ebenfalls gedeckt wird die über dreidimensionale Bilder geführte Strahlentherapie in Echtzeit (IGRT) sowie die helikoidale Strahlentherapie (Tomotherapie) **bei pädiatrischen Tumoren, lokalisierten Prostata-Tumoren, Tumoren an Lunge, Wirbelsäule, Kopf und Hals.**

Umfasst die neueste Generation externer, an die Atembewegungen adaptierter Strahlungstherapien, um die benachbarten, gesunden Organe zu schützen (RT-4 / RT-6D):

1. **Intrakranielle fraktionierte stereotaktische Strahlentherapie (TTEF)** bei Tumoren des Rhinopharynx und solchen, die sich in der Nähe von Nervenstrukturen befinden.
2. **Volumen-intensitätsmodulierte Arc-Therapie (VMAT)** bei Brust- und Bauchtumoren.
3. **Fraktionierte stereotaktische extrakranielle oder korporale Strahlentherapie (SBRT-Therapie) und bildgeführte Volumen-intensitätsmodulierte Arc-Therapie (VMAT-IGRT)** bei Tumoren oder Metastasen, die aufgrund ihrer

Lage nicht entfernt werden können (solitäre pulmonale Knötchen oder Lungenkrebs mit nichtkleinen Zellen in lokalisiertem Stadium, Karzinome und Metastasen in Leber, Lunge, Wirbelsäule, Nebennieren sowie inoperable primäre Bauchspeicheldrüsen-Tumore).

Brachytherapie: Zur Behandlung von Prostata-, Genital-, Brust- und gynäkologischem Krebs.

Dialyse und Hämodialyse: Sowohl ambulant als auch stationär zu erbringende Leistung, ausschließlich für den Zeitraum der Behandlung einer akuten Niereninsuffizienz, ausgenommen die Versicherung DKV Mundisalud Premium in der Modalität Individual, diese umfasst auch **innerhalb des DKV-Netzwerkes für Gesundheitsleistungen erfolgende Behandlungen bei chronischem Nierenversagen.**

Ausdrücklich ausgeschlossen sind Behandlungen von chronischen Nierenerkrankungen in allen Modalitäten von DKV Mundisalud, mit Ausnahme der Modalität Individual von DKV Mundisalud Premium, sofern die Behandlung nach zuvor erteilter Autorisierung innerhalb des DKV-Netzwerkes für Gesundheitsleistungen vorgenommen wird (Eigenmittel).

Unterdruck- oder Vakuumdrucktherapie (V.A.C.) oder Topische Negative Drucktherapie (T.N.P.). Gedeckt nur im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes zur Abheilung torpider Wunden oder chronischer Geschwüre (venöse, arterielle und neuropathische), die auf eine medizinische oder chirurgische Behandlung nicht ansprechen **und während eines stationären Krankenhausaufenthaltes nach 6 Wochen Behandlung noch nicht abgeheilt sind oder sich über einen Zeitraum von einem Monat bei herkömmlicher Behandlung nicht um mindestens 50% verkleinert haben.**

Podologie: Chiropodische Behandlungen.

Transplantationen: Cornea, Herz, Leber, Knochenmark und Niere.

Gedeckt werden alle Kosten, die im Zusammenhang mit der Transplantation des Organs für den Empfänger entstehen sowie die Histokompatibilitätstestung.

Nicht gedeckt werden die Kosten für Entnahme, Transport und Lagerung des zu verpflanzenden Organs. Vollständige Deckung besteht indes bei einer Augenhornhauttransplantation.

Transplantate: Eingeschlossen sind Transplantate von Haut und Knochen autologer Herkunft sowie von Knochen,

Sehnen, Bändern allogener Herkunft, die aus Knochen- und Gewebebanken stammen.

Transfusion von Blut und/oder Plasma im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthalts.

Therapie mit thrombozytenreichem Plasma oder thrombozytenreichen Wachstumsfaktoren (PRGF) bei Eingriffen zum Gelenkersatz (Arthroplastik) und in der chirurgischen Behandlung von Frakturen, die nicht heilen (Pseudarthrose).

Physiotherapie: Physiotherapeutische Behandlungen sind vorzunehmen von dafür ausgebildeten Fachkräften in dafür geeigneten und vorgesehenen Rehabilitationszentren, die den unter Abschnitt 4.3 in Bezug auf Rehabilitationszentren und neurologischen Rehabilitationszentren genannten Anforderungen entsprechen. Sie dient der Wiederherstellung der wiederherstellbaren Funktionen des Stütz- und Bewegungsapparates. Notwendig ist eine schriftliche Verordnung, ausgestellt durch einen Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, für Traumatologie, Rheumatologie oder Neurologie. **Die klinischen Indikationen, die unter Abschnitt 4.3 aufgeführt sind, erfordern die Verordnung eines Neurologen (Abschnitt „Neurorehabilitation für erworbene schwere Hirnschäden“).**

Durch die Versicherung gedeckt wird Physiotherapie im Rahmen von Hausbesuchen beim Versicherten zu Hause, wenn eine Pflegebedürftigkeit dritten Grades nach Krankenhausaufenthalt (von mehr 24 Stunden) vorliegt, begrenzt auf maximal 20 Sitzungen und nur dann, wenn der Leistungserbringer dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehört (Modalität Eigenmittel), wenn zuvor eine Verschreibung durch einen der im vorstehenden Absatz genannten Fachärzte vorliegt, die Versicherung die Autorisierung erteilt hat und wenn anhand eines Arztberichts das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit dritten Grades (große Pflegebedürftigkeit) nachgewiesen wird.

Eingeschlossen ist die Lasertherapie als Rehabilitationstechnik.

Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie zur Zertrümmerung von Nieren- und Gallensteinen.

Muskel-Skelett-Lithotripsie: Bis zur einer Höchstgrenze von Sitzungen pro Versichertem und Kalenderjahr, die in der Tabelle zur Leistungsübersicht zu Deckungen und Höchstgrenzen festgelegt wurde, die den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigefügt ist (Anzahl der durch Eigenmittel und Fremdmittel insgesamt in Anspruch genommenen Sitzungen). Eingeschlossen

sind Pseudarthrose (verzögerte Frakturheilung), Osteonekrose (Knocheninfarkt) und chronische Sehnenentzündung (mehr als 3 Monate Dauer) des Schulter-, des Ellenbogengelenks, der Kniescheibe, der Ferse und Sohle, wenn eine medizinische Therapie und/oder Rehabilitation erfolglos war.

Therapeutische Hochtechnologie:

Zugang über dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörende Leistungserbringer, in damit ausgestatteten Zentren innerhalb Spaniens.

a) Radiofrequenz-Ablation in der Kardiologie, geführt durch Navigationssystem oder Carto Mapping (3D) oder elektroanatomisches nicht-fluoroskopisches Vorhof-Mapping, bei folgenden Indikationen:

- > Umlaufende Isolierung der Lungenvenen bei **hochsymptomatischem paroxysmalem Vorhofflimmern (mit drei oder mehr Episoden pro Jahr)**, wenn der Versicherte jünger als 70 Jahre ist.
- > **Persistentes Vorhofflimmern (länger als ein Jahr), durch Antiarrhythmika nicht beeinflussbar** (2 oder mehrere, Amiodaron eingeschlossen) sofern keine Komorbidität vorliegt (z. B. arterielle Hypertonie, Schlafapnoe-

Syndrom) und sofern der linke Vorhof kleiner als 5 Zentimeter ist.

- > **Atriale oder ventrikuläre Arrhythmien im Zusammenhang mit angeborenen Herzerkrankungen.**
- > **Bei komplexen aurikulären Arrhythmien, ohne strukturelle Kardiopathie, wenn mindestens zwei zuvor mit konventionellen radiologischen Systemen geführte Ablationen nicht wirksam waren.**

b) Therapie der Hornhautvernetzung oder Hornhaut-Cross-Linking: Um die Keratokonus (Verformung der Hornhaut) in ihren ersten Phasen zu behandeln und degenerative oder traumatische Hornhaut-Ektasie zu vermeiden, außer wenn es sich um Folgen eines Laser-Eingriffs zur Korrektur einer Fehlsichtigkeit handelt **(aus dem Versicherungsschutz ausgeschlossen).**

c) Durch 3D-Neuronavigation assistierte Operation, intrakraniell und bei Rückenmarkstumor. Computerisiertes System für Echtzeit-Bilddigitalisierung, zur Führung des Chirurgen bei komplexen neurologischen oder mit hohem Risiko verbundenen Interventionen.

d) Roboterassistierte, laparoskopische radikale Prostatektomie bei organbegrenztem Prostatakrebs: Eingeschlossen mittels laparoskopischer

Chirurgie, durchgeführt mit dem roboterassistierten Da-Vinci-Operationssystem, **unter Berücksichtigung der Einschluss- und/ oder Ausschlusskriterien, die anhand von Empfehlungen von den spanischen Agenturen zur Beurteilung von Gesundheitstechnologien »Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias (AETS)« herausgegeben werden.**

d.1) Einschlusskriterien sind:

- > **Bei Patienten mit diagnostiziertem, lokalisiertem Prostata-Adenokarzinom, mit einem PSA von 15 ng/ml oder darunter.**
- > **Bei einer Lebenserwartung von mehr als 10 Jahren.**
- > **Transrektaler Ultraschall der Prostata ohne Anzeichen einer extrakapsulären Beteiligung und ebensowenig der Bläschendrüse (Stadium T1-T2).**

> **Ohne lymphatische Invasion und ohne Metastasen (N0 und M0).**

> **Narkose-Risikogruppe ASA I oder II.**

d.2) Ausschlusskriterien sind:

> **PSA über 15 ng/ml.**

> **Extrakapsuläre Beteiligung, lymphatische Invasion oder Metastasierung.**

- > Narkose-Risikogruppe ASA über II (schwere Gerinnungsstörungen, schwere Atemstörungen, schweres Glaukom, früherer Herzinfarkt ...).
- > Vorherige onkologische Abdominalchirurgie.

Entscheidet sich der Versicherte zur Inanspruchnahme von Fremdmitteln, also Leistungsanbietern, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen nicht angehören, erstattet DKV Seguros die angefallenen Kosten zu dem Prozentsatz und bis zu der für die Modalität der unter Vertrag genommenen Versicherung DKV Mundisalud geltenden Höchstgrenze, unter Berücksichtigung der maximalen für ein Jahr geltenden Höchstgrenze für roboterassistierte, radikale Prostatektomie, die in der Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen festgelegt wurde, die den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigefügt ist. Für diese maximale Höchstgrenze werden alle durch die Operation verursachten Kosten berücksichtigt: Die Gebühren von Ärzten, Assistenten, Anästhesisten und allen anderen Fachkräften, die die Intervention unterstützen, dazu die Kosten für die Verwendung des Robotersystems, das zugehörige chirurgische Material und die Kosten für den OP-bedingten Krankenhausaufenthalt (siehe

Abschnitt 4.6 Versorgung im Krankenhaus).

e) System zum intraoperativen neurophysiologischen Monitoring (MNIO) des Nervensystems bei intrakranialen Eingriffen, bei Schilddrüsen- oder Nebenschilddrüsen-Operationen und Operationen zu Fusion oder Arthrodesen von zwei oder mehr Zwischenwirbelräumen der Wirbelsäule. Überwachungssystem, verbessert die operative Sicherheit des Patienten und erleichtert die Arbeit des Neurochirurgen. Damit Deckung durch die Versicherung gegeben ist, ist die schriftliche Verschreibung eines Arztes erforderlich.

f) Prostata-Biopsie durch multiparametrische funktionelle Magnetresonanztomographie (RMMP): Zur Früherkennung des verborgenen Prostatakarzinoms (nicht über die aktuellen Immunoanalysen nachweisbar) in Fällen von hohem klinischen Verdacht mit anhaltend erhöhtem PSA (mehr als sechs Monate) und zuvor durchgeführten, negativen ultraschall-geführten Prostata-Biopsien.

g) Moderne operative Endoskopie der Verdauungsorgane: Eingeschlossen sind zwei minimalinvasive Techniken, nach allgemein anerkannten Protokollen:

g.1) Endoskopische Mukosa Resektion (EMR) oder Mukosektomie: Zum Erhalt großer diagnostischer Biopsien und zur lokalen Behandlung von **prämaligen oder malignen oberflächlichen Läsionen** (Barrett-Ösophagus und hochgradige Dysplasie) **im Frühstadium** im oberen Verdauungstrakt (**begrenzt auf die Magenschleimhaut und mit einem Durchmesser von 2 cm oder kleiner**).

g.2) Endoskopische Submukosadisektion (ESD): Ermöglicht die vollständige oder in Blöcken erfolgende operative Entfernung von **oberflächlichen oder ulzerierten bösartigen Tumoren im gesamten Verdauungstrakt, die größer als 2 cm sind**. Diese Operation ist angezeigt, wenn aufgrund der Merkmale der malignen Läsion keine anderen Techniken angewendet werden sollten und die Wahrscheinlichkeit von assoziierten regionalen Lymphmetastasen minimal ist.

Einschlusskriterien für die endoskopische Submukosadisektion:

- 1) Gut differenziertes flaches, oberflächliches Adenokarzinom ohne Ulzeration, jegliche Größe, auch größer als 5 cm.
- 2) Gut differenziertes Adenokarzinom mit Ulzeration, mit einem Durchmesser von weniger als 3 cm.

3) Gering differenziertes Adenokarzinom und/oder Siegelringzell-Karzinom des Magens im Frühstadium, kleiner als 2 cm.

4) Gut differenziertes Adenokarzinom mit oberflächlicher submukosaler Invasionstiefe ohne lymphovaskuläre Beteiligung.

Logopädie und Phoniatrie:

Eingeschlossen, mit Verschreibung durch einen HNO-Arzt, ist die Stimmtherapie zur Behebung von Veränderungen der Stimme, die infolge organisch bedingter Ursachen (infektiöse, traumatische und onkologische Pathologien) der Stimmbänder eingetreten sind.

Logopädische Sprecherziehung:

Gedeckt ist **die Aussprache- und Sprachtherapie bei Sprachbehinderungen** (Artikulation, Redegewandtheit, atypische Deglutition oder orale Dysphagie) **sowie Spracherziehung bei Kindern (rezeptiv und expressiv), mit einer jährlichen Höchstanzahl von 20 Sitzungen je Versichertem und bei Rehabilitation bei Sprachveränderung oder -verlust bei Erwachsenen nach einer akuten Hirnblutung (Schlaganfall) bis zu 20 Sitzungen pro Jahr je Versichertem.**

Außerdem existiert eine **Erstattungshöchstgrenze pro logopädischer Therapiesitzung**, wenn der Versicherte auf Ärzte und Zentren zurückgreift, die nicht dem DKV-Netzwerk

für Gesundheitsleistungen angehören **und eine Obergrenze für Sitzungen pro Versichertem und Kalenderjahr** (Summe der durch Inanspruchnahme von Eigen- und Fremdmitteln entstandenen Kosten) für jede der vorgenannten Indikationen. **Beide Höchstgrenzen werden in der den Besonderen Vertragsbedingungen angehängten Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen aufgeführt.**

Onkologische Chemotherapie:

Bereitgestellt werden die antitumoralen Zytostatika, die der Erkrankte benötigt und gegebenenfalls die Port-Implantation zur intravenösen Perfusion; dies gilt für ambulant, in einer Tagesklinik und auch während eines Krankenhausaufenthaltes durchgeführte Behandlungen, vorausgesetzt, diese wurde durch einen Arzt des dafür zuständigen Fachgebietes verschrieben.

Die Medikamente betreffend gilt die Regelung, dass DKV Seguros **die Kosten der Zytostatika deckt**, die auf dem spanischen Markt verabreicht werden, sofern sie vom spanischen Gesundheitsministerium zugelassen wurden und unter dem Stichwort „Zytostatika“ unter Abschnitt 2 »Grundkonzepte. Definitionen« genannt werden, weiter die Kosten für endovesikale Behandlungen (Instillationen), in der Palliativmedizin verwendete Medikamente ohne Antitumorwirkung, die simultan in derselben Behandlungssitzung mit

den Zytostatika verabreicht werden, um deren nachteilige oder sekundäre Wirkung zu vermeiden und/oder die Symptome der Krankheit zu kontrollieren.

4.6 Medizinische Versorgung, stationär im Krankenhaus

Stationäre medizinische Versorgung wird erbracht in Kliniken und Krankenhäusern; es ist die schriftlich erfolgte Verschreibung eines Arztes erforderlich sowie innerhalb des DKV-Netzwerkes für Gesundheitsleistungen die entsprechende Autorisierung vonseiten der Versicherung.

Umfasst die Kosten des Krankenhausaufenthaltes sowie die infolge der durchgeführten Behandlungen fälligen medizinischen und chirurgischen Honorare.

Darüber hinaus sind folgende Leistungen ausdrücklich eingeschlossen:

- > Onkologische Behandlungen: Strahlentherapie, Brachytherapie und Chemotherapie.
- > Therapie mit thrombozytenreichem Plasma, bei dem die enthaltenen Thrombozyten nach Aktivierung eine Vielzahl von Wachstumsfaktoren produzieren: Bei Eingriffen zu Gelenkersatz und der chirurgischen Behandlung nichtheilender Frakturen (Pseudarthrose).

- > Bei vakuumunterstützter Verschlusstherapie (VAC) oder Therapie mit topischem Unterdruck (PNT) bei den Indikationen und mit den Beschränkungen, die genannt werden unter **Abschnitt 4.5 »Therapeutische Verfahren«**.
 - > OSNA (One Step Nucleic Acid Amplification) Technik bzw. Verfahren: Intraoperative molekulare Analyse der Lymphknoten. Eingeschlossen bei Brustkrebs im Frühstadium ohne Lymphknotenbeteiligung.
 - > Lithotripsie in Niere und Gallenblase und des Muskel-Skelett-Systems.
 - > Dialyse und Hämodialyse.
 - > Operationen der Gruppen II bis VIII gemäß Einteilung der spanischen Ärztekammer Organización Médica Colegial (OMC), ausschließlich bei Vornahme in einem Krankenhaus.
 - > Ambulante Durchführung von großen Operationen.
 - > Interventionelle bzw. invasive vaskuläre und viszerale Radiologie.
 - > Techniken zur Familienplanung: Tubenligatur und Vasektomie.
 - > Intrakranielle Radiochirurgie (stereotaktische Bestrahlung) in der Neurochirurgie.
 - > Arthroskopische Chirurgie, moderne endoskopische Chirurgie des Verdauungstraktes (Mukosektomie und endoskopische Submukosadisektion).
 - > Adenotonsilplastik, Operation der Nasenmuscheln oder Turbinoplastik und Radiofrequenz-Ablation bei rhinosinusaler Pathologie.
 - > Einsatz von chirurgischem Laser in Gynäkologie, Ophthalmologie, Proktologie, peripherer Gefäßchirurgie und im HNO-Bereich.
 - > Endourologischer Holmium-Laser, GreenLight Laser (HPS und KTP), Dioden-, Holmium- oder Tulium-Laser, zur chirurgischen Behandlung der gutartigen Prostatahyperplasie.
 - > Perkutane Nukleotomie und Chemonukleose.
 - > Therapeutische Hochtechnologie **(Einzelheiten zu den von der Versicherung gedeckten Behandlungen siehe Abschnitt 4.5 »Therapeutische Verfahren«)**.
 - > Chirurgische Prothesen.
 - > Zahlung eines Tagegeldes bei stationärem Krankenhausaufenthalt.
- Im Versicherungsschutz eingeschlossen ist die Benutzung eines Standardeinzelzimmers mit Sanitärzelle

und Bett für eine Begleitperson (außer bei stationär erfolgreicher psychiatrischer Behandlung, bei Behandlungen auf der Intensivstation, bei Frühgeborenen, die in einem Inkubator versorgt werden). Weiter Aufwendungen zur Verpflegung des Patienten, allgemeine Krankenhauskosten für Pflege, Aufwendungen einer Spezialstation, ergänzende diagnostische Verfahren, Behandlungen, Materialien, Kosten der Nutzung des OP-Saals, des Kreissaals, Anästhesiemittel, Medikamente und Implantate aus biologischen Materialien und/oder Biomaterialien zu therapeutischen Zwecken, wie sie in Abschnitt 4.7 »Chirurgische Prothesen« der Allgemeinen Vertragsbedingungen genannt werden. **Ausdrücklich ausgeschlossen sind biologische Medikamente und medizinische Biomaterialien, die nicht unter Abschnitt 4.7 genannt werden sowie die unter Abschnitt 5.r genannten Therapien.**

In diesem Bereich, je nach Dauer des Krankenhausaufenthalts, gilt bezüglich der Erstattung der bei Inanspruchnahme von Fremdmitteln entstandenen Kosten und ausschließlich bezogen auf die maximale Obergrenze pro Tag bei Krankenhausaufenthalten, folgendes:

a) Stationäre Kurzaufenthalte allgemeiner Art im Krankenhaus:
Sind Krankenseinweisungen und

-aufenthalte aus irgendeinem Grund und **mit einer Dauer von weniger oder höchstens fünf Tagen.**

b) Stationäre Langzeitaufenthalte allgemeiner Art im Krankenhaus:
Sind Krankenseinweisungen und -aufenthalte aus irgendeinem Grund und **mit einer Dauer von mindestens oder mehr als sechs Tagen** (ausgenommen stationärer Aufenthalt auf der Intensivstation).

c) Krankenhaus, stationärer Aufenthalt auf der Intensivstation:
Sind Krankenseinweisungen und -aufenthalte aus irgendeinem Grund auf besonderen Stationen, die auf intensivmedizinische Behandlungen spezialisiert sind.

Weiter wird je nach dem Grund der Behandlung und/oder der Art der geleisteten stationären Behandlung unterschieden zwischen:

1. Krankenhausaufenthalt zur medizinischen Versorgung (ohne chirurgischen Eingriff).

Hierzu gehören die verschiedenen medizinischen Fachgebiete zu Diagnostik und/oder Behandlung von Krankheitsbildern, für die eine stationäre Aufnahme erforderlich ist, und bezogen auf Patienten, die älter als 14 Jahre sind.

2. Krankenhausaufenthalt zur Vornahme eines chirurgischen Eingriffs. Versichert sind alle chirurgischen Fachgebiete; zur Behandlung von Pathologien, für die ein stationärer Aufenthalt erforderlich ist, einschließlich der voroperativen und voranästhesistischen Untersuchungen (Beratung, Blutuntersuchung und EKG), unmittelbar nachoperative Visiten, Heilmaßnahmen und Wundversorgung (bis zu zwei Monate nach dem chirurgischen Eingriff), ambulant vorgenommene große Operationen und gegebenenfalls erforderliche Prothesen.

Bei dieser Art des Krankenhausaufenthalts gelten als Operation mit Kurzaufenthalt alle Einweisungen, die einen gewissen im Voraus festgelegten Zeitraum nicht überschreiten (siehe Abschnitt 2. Grundlegende Konzepte. Definitionen).

3. Krankenhausaufenthalt im Rahmen der Geburtsmedizin. Eingeschlossen ist die Behandlung des Facharztes für Obstetrik und/oder der Hebamme bei stationärer Einweisung während der Schwangerschaft und/oder der Entbindung; weiter das Kinderbett und/oder der Inkubator für das Neugeborene für die Dauer des stationären Aufenthalts, bis zu maximal 28 Tage.

4. Pädiatrischer Krankenhausaufenthalt (Kinder unter 14 Jahren). Eingeschlossen

ist die kinderärztliche Versorgung sowohl bei einem konventionellen Krankenhausaufenthalt als auch im Inkubator.

5. Stationäre Psychiatrie. Eingeschlossen ist die Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie. Im Versicherungsschutz sind lediglich akute Fälle eingeschlossen. **Der Aufenthalt ist auf einen maximalen Zeitraum, gezählt in Tagen pro Kalenderjahr, begrenzt, der in der den Besonderen Vertragsbedingungen beigefügten Tabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen angegeben wird.** Für diese Höchstgrenze werden sowohl Aufenthaltstage berücksichtigt, die bei dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörenden Leistungserbringer erfolgten, als auch Aufenthaltstage, die bei Inanspruchnahme von Fremdmitteln erfolgten.

6. Stationäre Behandlung auf der Intensivstation. Schließt die Behandlung durch einen Facharzt für Intensivmedizin ein.

7. Stationärer Aufenthalt für Dialyse und bei künstlicher Niere. Schließt bei akuter Niereninsuffizienz die Behandlung durch einen Nephrologen oder einen Internisten ein.

Darüber hinaus ist bei der Versicherung DKV Mundisalud Premium in der

Modalität Individual die Behandlung bei chronischer Niereninsuffizienz innerhalb des DKV-Netzwerks für Gesundheitsleistungen gedeckt.

4.7 Ergänzende Deckungsleistungen

Präventivmedizin. Hierzu gehören die folgenden Programme, gemäß allgemein anerkannter Protokolle:

1. Kindergesundheitsprogramm.

Zu diesem Programm gehören:

- > Gymnastische Übungen und psychoprophylaktische Vorbereitung auf die Geburt mit praktischem und theoretischem Unterricht zur Säuglingsbetreuung; durchgeführt in Zentren, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehören, oder gegen Kostenerstattung bei Leistungserbringern, die den Fremdmitteln zugeordnet sind. Deckung besteht weiter für präventive postpartale Beckenboden-Rehabilitation (Deckung besteht für einen Zeitraum von maximal vier Monaten nach der Geburt); die Deckung besteht für maximal 10 Sitzungen pro Jahr **und nur dann, wenn die Leistungen bei einem Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, der dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehört (Eigenmittel).**

> Weiter die Gesundheitsuntersuchungen des Neugeborenen;

inklusive Neugeborenencreening auf Stoffwechselerkrankungen (Phenylketonurie und angeborene Hypothyreose), das Neugeborenen-Hörscreening (NHS) zur Früherkennung von Schwerhörigkeit, Test auf Sehstörungen sowie Neugeborenen-Ultraschall.

> Die Verabreichung der Impfungen

im Rahmen des für Spanien obligatorischen Impfprogramms für Kinder in den akkreditierten Impfzentren, die vertragliche Bindungen mit DKV eingegangen sind; der Impfstoff, der verabreicht wird, **geht zulasten des Versicherten**, es sei denn, dieser wird von den Provinzdirektionen der staatlichen Gesundheitsfürsorge oder einer gleichwertigen Einrichtung der Autonomen Gemeinschaft kostenlos zur Verfügung gestellt.

> Erstattung der von der spanischen Gesellschaft für Kinderheilkunde (Asociación Española de Pediatría) empfohlenen, im Impfkalender

den autonomen Gemeinschaften Spaniens jedoch nicht enthaltenen bzw. vorgeschriebenen Kinderimpfungen (einschließlich der Kosten für das Medikament), vorausgesetzt, dass sie von einem Kinderarzt verschrieben werden.

Inbegriffen sind die folgenden drei:

Impfungen gegen das Rotavirus bei Säuglingen, Meningokokken B bei Kleinkindern bis zum Alter von zwei Jahren, gegen das humane Papillomvirus (HPV) bei Kindern (Jungen) im Alter von 12 Jahren und bei Mädchen und Frauen unter 26 Jahren, die unzureichend geimpft wurden.

Ebenfalls eingeschlossen ist diese Impfung **für Frauen unter 55 Jahren mit Genitalwarzen, intraepithelialer Fehlbildung (L-SIL) niedrigen Grades oder nach Konisation**, innerhalb des Präventionsprogramms gegen Zervixkarzinome.

Für die Erstattung der Kosten dieser Impfungen **gilt eine maximale Obergrenze pro Einheit** und eine weitere **maximale Gesamtobergrenze, für deren Berechnung sämtliche Impfungen pro Versichertem und Kalenderjahr herangezogen werden** (herangezogen werden sowohl die Kosten bei Inanspruchnahme von Eigen- als auch von Fremdmitteln); diese maximale Gesamtobergrenze wird in der Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen aufgeführt, die den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigefügt ist.

> Während der ersten vier Lebensjahre Gesundheitskontrollen in den für die kindliche Entwicklung wichtigsten Altersstufen.

2. Programm zur Früherkennung von Diabetes.

Dazu gehört:

- > **Ab dem Alter von 45 Jahren** alle 4 Jahre eine Prüfung der Nüchternglukose (GB) im Plasma.
- > **Bei Personen mit hohem Diabetesrisiko:** Bei familiärer Vorgeschichte von Diabetes Typ 1, metabolischem Syndrom oder gestörter Nüchternglukose (IFG 110 -125 mg/dl) wird die Untersuchung jährlich durchgeführt. Bestätigt sich eine gestörte Nüchternglukose (IFG), ist es außerdem nötig, eine Untersuchung zum glykierten Hämoglobin (HbA1c) oder einen oralen Glukosetoleranztest durchzuführen.
- > **Liegt eine Diagnose von Prädiabetes vor**, aufgrund einer gestörten Nüchternglukose zwischen 110-125 mg/dl und glykiertem Hämoglobin unter 6,5 %, werden beide Werte einmal jährlich kontrolliert.
- > **Wird Diabetes diagnostiziert**, aufgrund von gestörter Nüchternglukose von über 125 mg/dl und glykiertem Hämoglobin von 6,5 % oder darüber, übernimmt DKV Seguros die Kontrolle und klinische Überwachung der Krankheit.

3. Programm zur Früherkennung von Glaukomen.

Dazu gehört:

- > Ab dem Alter von 40 Jahren alle drei Jahre eine Messung des Augeninnendrucks (AID).
- > Bei Personen mit familiärer Glaukom-Vorgeschichte wird jährlich eine Messung des intraokularen Drucks durchgeführt.

Sollte ein erhöhter Augeninnendruck festgestellt werden, erfolgen Kontrolle und klinische Überwachung mittels Ophthalmoskopie und Kampimetrie und, falls nötig, eine optische Kohärenztomographie gemäß allgemein anerkannter klinischer Protokolle.

4. Programm zur Früherkennung von gynäkologischen Krebserkrankungen bei Frauen.

Es umfasst zwei Screeningformen zur Früherkennung von gynäkologischem Krebs, alternativ und untereinander inkompatibel, dies sind:

a) Eine jährliche gynäkologische Kontrolluntersuchung; mit Arztbesuch, Zytologie, Kolposkopie, gynäkologischem Ultraschall und Mammographie, gemäß allgemein anerkannter klinischer Protokolle. Weiter gedeckt ist der **Test H HPV-**

Test (DNA-HPV) zur Diagnose einer Infektion mit humanen Papillomviren bei Frauen mit pathologischer zerviko-vaginaler Zytologie (Bethesda-Klassifikation) und nach Konisation.

Ebenfalls, nach Verschreibung durch einen Gynäkologen, gehört dazu der präventive Test auf eine Infektion mit humanen Hochrisiko-Papillomviren (HR-HPV); **alle drei Jahre bei Frauen im Alter von zwischen 25 und 34 Jahren und alle fünf Jahre bei Frauen im Alter von zwischen 35 und 65 Jahren.**

b) Spezifische und im Abstand von mehreren Jahren durchzuführende Screening-Programme zur Früherkennung von Brust- und Gebärmutterhalskrebs:

b.1) Brustkrebs-Screening-Programm: Frauen im Alter von zwischen 45 und 69 Jahren wird empfohlen, alle zwei Jahre eine Mammographie vornehmen zu lassen. Frauen im Alter von zwischen 35 und 45 Jahren wird empfohlen, jährliche Kontrolluntersuchungen vornehmen zu lassen, wenn familiäre Vorgeschichte zu Brustkrebs vorliegt und/oder ein genetisches Risiko (BRCA).

b.2) Screening-Programm zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs bei Frauen im Alter von zwischen 25 und 65 Jahren:

Beinhaltet die Entnahme einer **Probe zur Durchführung einer zytologischen Untersuchung oder den HR-HPV-Test (Test auf eine Infektion mit Hochrisiko-Papillomviren), in Abhängigkeit vom Alter der Frau** und dem Protokoll, das im Programm zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs des spanischen nationalen Gesundheitswesens festgelegt wurde (**Anweisung SCB/480/2019**).

- > **Bei Frauen im Alter von zwischen 25 und 34 Jahren wird eine zytologische Untersuchung durchgeführt, die, wenn sie negativ ausfällt, alle drei Jahre wiederholt wird. Fällt das Ergebnis positiv aus, wird der HPV-Test oder der HR-HPV-Test durchgeführt.**
- > **Im Alter von zwischen 35 und 65 Jahren wird Frauen die Bestimmung des humanen Papillomvirus (HPV) im Abstand von jeweils fünf Jahren angeboten; sollte das Testergebnis positiv ausfallen, wird die Diagnose durch eine zytologische Untersuchung bestätigt.**

5. Präventionsprogramm zu Risiken koronarer Erkrankungen.

Dazu gehört:

- > **Eine jährliche allgemeinmedizinische oder kardiologische Grunduntersuchung, bestehend aus**

einer Kontrolluntersuchung, einer allgemeinen Untersuchung von Blut und Urin, einer Röntgen-Aufnahme des Thorax und einem EKG.

- > **Alle drei Jahre eine umfassende kardiologische Kontrolluntersuchung, durchgeführt in einem Fachzentrum, das dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehört, und bestehend aus Anamnese, körperlicher kardiologischer Untersuchung, spezifischer und präventiver Analyse der Atheromatose (Blutbild, Elektrolyte, Cholesterin, Triglyceride, Homocystein, Glucose, Urämie, Serum-Harnsäure, Serum-Calcium, Prothrombin-Werte und Blutplättchen), weiter Ruhe- und Belastungs-EKG sowie Echokardiographie.**

6. Programm zur Hautkrebsprävention.

Dazu gehört:

- > Beratung und Kontrolle von Veränderungen in Größe, Farbe und Form von dysplastischen oder atypischen Naevi.
- > **Mikroskopie mittels digitaler Epilumineszenz oder Dermoskopie, zur Früherkennung von Melanomen:**

1. Bei Risikogruppen: Mit multiplen atypischen Nävi (> 100) oder diagnostiziertem familiärem

dysplastischen Nävus-Syndrom, mit persönlicher oder familiärer Melanom-Vorgeschichte (ersten und zweiten Grades), oder bei Trägern von damit assoziierten genetischen Mutationen.

2. Alle drei Jahre ein dermatologisches

Check-up: Zur Kontrolle und Überwachung angeborener, pigmentierter oder risikobehafteter Verletzungen der Haut.

7. Darmkrebs-Vorsorgeprogramm für Angehörige dieser Risikogruppe mit Vorgeschichte.

Dazu gehört:

- > Ärztliche Beratung und körperliche Untersuchung.
- > Spezifischer Test zur Feststellung von okkultem Blut im Stuhl.
- > Koloskopie, falls erforderlich.

8. Programm zur Prostatakrebsvorsorge für Männer im Alter von über 45 Jahren.

Dazu gehört:

- > Ärztliche Beratung und körperliche Untersuchung.
- > Untersuchung von Blut und Urin, mit Bestimmung des PSA-Wertes.

- > Transrektaler Ultraschall und/oder Prostata-Biopsie, falls erforderlich.

9. Programm zu Mund- und Zahngesundheit.

9.1 Im Kindesalter: Ausgerichtet auf die Vorbeugung von Karies, Parodontose und Probleme aufgrund der Fehlstellung von Zähnen oder von Aufbissproblemen.

Dazu gehört:

- > Zahnärztliche Beratung und Untersuchung zur Mund- und Zahngesundheit
- > Korrektur von Essgewohnheiten.
- > Etablierung einer angemessenen Mundhygiene.
- > Topische Fluoridierung.
- > Fissurenversiegelung und Füllungen.
- > Zahnsteinentfernung bzw. Mundhygiene, falls erforderlich.

9.2 Während der Schwangerschaft:

Ausgerichtet auf die Einführung von Regeln zur Prävention; mittels einer Beurteilung des Zahnfleischzustandes, der Beratung zu Mundhygiene und Ernährung sowie der Bereitstellung von Informationen zu den am häufigsten vorkommenden oralen Erkrankungen des erwarteten Kindes.

Dazu gehört:

- > Ernährungsberatung zur Vorbeugung von Karies.
- > Zahnreinigung und Mundhygiene.
- > Fluoridierung, das Aufbringen von desensibilisierendem Fluorid.

Klinische Psychologie. Gedeckt sind psychotherapeutische Behandlungssitzungen als individuelle Einzelsitzungen, die ambulant vorgenommen werden. Die Behandlung muss von einem Facharzt für Psychiatrie oder Pädiatrie verschrieben werden und durchgeführt von einem Psychologen; Voraussetzung ist, dass der Grund für die Sitzungen die Behandlung einer der nachfolgend genannten Pathologien ist, die jeweils einer psychologischen Behandlung bedürfen:

- > Psychiatrische Erkrankungen: Depression, Schizophrenie und psychotische Störungen.
- > Verhaltensstörungen: Neurosen, Angstzustände, Persönlichkeitsstörungen und Zwangsstörungen.
- > Essstörungen: Magersucht und Bulimie.
- > Bei Mobbing in der Schule, Cybermobbing,

geschlechtsspezifischer und häuslicher Gewalt.

- > Schlafstörungen: Einnässen, Schlaflosigkeit, Schlafwandeln und Nachtangst.
- > Anpassungsstörungen: Arbeits- und posttraumatischer Stress, Trauer, Scheidung, Pubertät, Posturlaubssyndrom usw.
- > Lernstörungen: Hyperaktivität und Schulversagen.

Nimmt der Versicherte für die Sitzungen Fremdmitteln in Anspruch, also einen Leistungserbringer, der dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen nicht angehört, gilt für die Kostenerstattung jeder psychotherapeutischen Sitzung eine Höchstgrenze; **dies gilt nicht für DKV Mundisalud Premium.** Die maximale Anzahl der Sitzungen, die pro Versichertem und Kalenderjahr gedeckt werden (Summe der durch Inanspruchnahme von Eigenmitteln und Fremdmitteln durchgeführten Behandlungen) wird in der den Besonderen Vertragsbedingungen angehängten Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen aufgeführt.

Orthoptik. Visuelle Rehabilitationstherapie durch Augenübungen. Nur eingeschlossen bei **Versorgungsmodalität Fremdmittel, nur**

für Kinder im Alter von unter 10 Jahren mit Amblyopie (Schwachsichtigkeit) und Strabismus (Schielen) und nach vorheriger Verschreibung durch den Augenarzt; es erfolgt die Erstattung der Ausgaben, wobei eine Höchstgrenze von Sitzungen je Versichertem und Kalenderjahr und ebenfalls eine Erstattungshöchstgrenze für jede Sitzung festgelegt wurde, die der Tabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen zu entnehmen ist, die den Besonderen Vertragsbedingungen angehängt ist.

Familienplanung. Umfasst die folgenden Leistungen:

- > Einsetzen des IUP, einschließlich der Erstattung der Kosten der Vorrichtung zu dem in der Modalität der Versicherung festgelegten Prozentsatz und **bis zum Erreichen der Erstattungshöchstgrenze, die in der Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen genannt wird, die den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigefügt ist.**
- > Eileiterligatur.
- > Vasektomie.

Chirurgische Prothesen: Im Versicherungsschutz eingeschlossen ist die Verordnung und das Einsetzen von Gelenkprothesen (Schulter-, Hüft-, Knie-, Knöchel- und Fußgelenk),

Gefäßprothesen (einschließlich Coil-Embolisation) und Herzprothesen (Herzklappen, Bypass, Stent, Systeme von Septal Occludern, temporärer oder permanenter Herzschrittmacher und automatischer Desfibrillator) der Gehörknöchelchen (Ersatz für Hammer, Amboss, Steigbügel) interne traumatologische Prothesen (Schielen, Metallplatten zur Fixierung und Schrauben) und intersomatische Abstandshalter oder Zwischenwirbelkäfige bei Operationen zum Zusammenfügen oder der Versteifung der Wirbelsäule, Bandscheibenprothesen bei behandlungsresistenten symptomatischen Bandscheibenerkrankungen (funktionelles neurologisches Defizit und Schmerzen), interspinöse Abstandhalter bei Spinalkanalstenosen, die starke Schmerzen auslösen, sowie neurogener Claudicatio (Schmerzen, die beim Laufen eintreten und beim Hinsetzen wieder verschwinden) von über sechs Monaten Dauer trotz konservativer Behandlung. **Darüber hinaus deckt die Versicherung Implantate aus den nachfolgend aufgeführten biologischen Materialien und/oder Biomaterialien zu therapeutischen Zwecken:**

- > Biologische Verschluss-, Kleb- und Haftstoffe: Bei onkologischen Operationen.

- > Antiadhäsionsbarriere-Gel: In der Wirbelsäulenchirurgie und bei Zweitoperationen in den verschiedenen Fachgebieten.
- > Transtympanale Drainagen: Bei rezidivierender akuter Otitis oder sekretorischer oder seröser Otitis (mit mehr als 3 Monate Evolution).
- > Tränenkanalstopfen (maximal 2 pro Auge) zur Behandlung bei ständigem Tränenfluss und bei trockenem Auge als Folge einer Kataraktoperation oder des Sjögren-Syndroms.
- > Ersatzmaterialien für Knochentransplantate: Knochenzement und regenerative demineralisierte Knochenmatrix in der Wirbelsäulen- und Gelenkchirurgie (Hüfte, Knie, Fuß).
- > Biologische Rekonstruktion: Biomatrix als Substitution der Dura mater bei intrakranialer Chirurgie oder spinaler Tumor-OP sowie des Perikards bei Herz-OPs.
- > Gelenkverankerungen: Eingeschlossen sind Biomaterialien hoher Resistenz (PLA und PEEK) zur Fixierung der großen Gelenke (Schulter, Knie, Hüfte, Ellbogen und Knöchel) bei minimal-invasiver arthroskopischer OP der Extremitäten.

Weiter ist eingeschlossen Osteosynthesematerial, **Stents für Gallengang, Ösophagus, Magen, Pankreas sowie Stents im Gastrointestinaltrakt zur Palliativbehandlung bei obstruktiven onkologischen Pathologien, chirurgische Netze zur Reparatur von Defekten der Bauchdecke, chirurgische suburethrale Bänder und Rückhaltenetze für den Beckenboden bei Operationen aufgrund Harninkontinenz und bei Beckenorganprolaps, Hydrocephalus-Ventile, extraskelatale externe Fixierungen, Hodenprothese bei Orchidektomie nach onkologischem Prozess oder Unfall, Hautexpander, Brustprothesen und das Beschichtungsnetz der Brust, die letzteren beiden nur bei Rekonstruktion nach Radikal- und onkologischen Operationen; neutrale monofokale Intraokularlinsen (ohne zusätzliche Sehkorrektur) bei Kataraktoperationen, außer bei DKV Mundisalud Classic, Elite und Premium, dort werden multifokale und/oder torische Intraokularlinsen gedeckt bis zur festgelegten Obergrenze pro Auge, die in der Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen genannt wird, die den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigefügt ist.**

Es existiert bei Mundisalud Premium keine jährliche Deckungsgrenze in Bezug auf Prothesen- und

Implantat-Material bei Versorgung durch dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörende Leistungserbringer (Eigenmittel), sofern im Voraus die verpflichtend notwendige Autorisierung durch DKV Seguros eingeholt wurde. Dasselbe gilt für die restlichen Modalitäten von DKV Mundisalud, auch hier gilt keine jährliche Deckungsobergrenze bei Inanspruchnahme von Eigenmitteln, sofern DKV Seguros im Voraus die Autorisierungen erteilt hat. **Ausgenommen davon sind die zuvor beschriebenen Herz- und Gefäßprothesen, für diese gilt die Deckungsobergrenze pro Versichertem und Jahr, die unter dem Abschnitt für chirurgische Prothesen in der Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen genannt wird, die den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigefügt ist.**

Bei der Deckungsmodalität Fremdmittel werden für die zuvor in diesem Abschnitt genannten Implantate und Prothesen, die nicht über dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörende Zentren bezogen wurden und/oder für die vor dem operativen Eingriff keine Autorisierung von DKV Seguros erteilt wurde, die Kosten der verauslagten Rechnungen zu dem Prozentsatz und bis zu der Höchstgrenze erstattet, die in der den Besonderen

Vertragsbedingungen angehängten Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen aufgeführt werden.

Zur Berechnung der jährlichen Deckungshöchstgrenze für Prothesen pro Versichertem werden sowohl die über das DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angefallenen Kosten (gegebenenfalls auch Herz- und Gefäßprothesen, über Eigenmittel und autorisiert) berücksichtigt als auch die außerhalb des DKV-Netzwerks für Gesundheitsleistungen angefallenen Kosten (Deckungsmodalität Erstattung von Kosten bei Inanspruchnahme von Fremdmitteln).

Tagegeldzahlung bei stationärem Krankenhausaufenthalt. DKV Seguros leistet ab dem dritten Tag der stationären Aufnahme pro Tag einen bestimmten Betrag bis zum Erreichen einer Höchstgrenze pro Versichertem und Jahr; diese wird genannt in der Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen, die den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigefügt ist und für die Auszahlung müssen die folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- > Der stationäre Aufenthalt muss unter den Versicherungsschutz fallen und es gibt keinen Dritten, der verantwortlich und zur Zahlung verpflichtet ist.

- > Keine der infolge des Krankenhausaufenthaltes entstandenen Ausgaben gehen zulasten von DKV Seguros.

Medizinische Versorgung bei Infektion mit HIV / AIDS (erworbenes Immunschwächesyndrom) sowie bei den durch die Infektion mit dem menschlichen Immunschwäche-Virus (HIV) verursachten Krankheiten:
Gedeckt sind die Behandlungskosten unter Berücksichtigung von Höchstgrenzen und Ausschlüssen, die für die Leistungen in den verschiedenen Abschnitten der Allgemeinen Vertragsbedingungen festgelegt werden (Abschnitte 2, 3, 4, 5 und 6) und die je nach Fall Anwendung finden. Zudem wird **ein Ausschlusszeitraum festgelegt sowie eine maximale Gesamthöchstgrenze pro Versichertem, die sowohl für die Laufzeit des Vertrags als auch die Lebenszeit des Versicherten gilt und die der den Besonderen Vertragsbedingungen angehängten Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen entnommen werden kann** (es wird die Gesamtsumme aus Eigen- und aus Fremdmitteln berücksichtigt).

4.8 Exklusive Deckungsleistungen

Nur der Abschluss der Versicherung DKV Mundisalud in der Modalität Individual als Krankenversicherung mit Komplettschutz ermöglicht

dem Versicherten den Zugang zu den folgenden zusätzlichen Deckungsleistungen (siehe Anhang II):

1. Biomechanische Lauf- und Ganganalyse. **Zugang über dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörende, darauf spezialisierte Referenzzentren (Eigenmittel).**
2. Programm zur Behandlung und Kontrolle von Fettleibigkeit durch einen Diätassistenten.
3. Erstattung der Kosten für Akupunkturbehandlungen.
4. Kostenerstattung für Leistungen der Familienpflege, bzw. für pflegebedürftige Menschen, sofern eine Abhängigkeitssituation 3. Grades aufgrund eines Unfalls vorliegt.
5. Erstattung von Arzneimittelkosten.
6. **Rückerstattung der jährlich anfallenden Kosten für die Einlagerung von Nabelschnurblut in einer Nabelschnurblutbank; während der ersten sechs Jahre nach der Geburt**, wenn die mit Eigenbeteiligung verbundene Leistung der Gewinnung und Kryokonservierung der Nabelschnur **über einen dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörenden Leistungserbringer erfolgte, die Geburt von der Versicherung gedeckt war und das Kind, dessen Zellen**

aufbewahrt werden, ab Geburt in den Versicherungsvertrag aufgenommen wird.

Durch den Vertragsabschluss der Versicherung DKV Mundisalud Classic, Elite oder Premium in der Modalität Individual mit Komplettschutz hat der Versicherte Zugang zu folgenden zusätzlichen Leistungen:

1. Assistierte Reproduktion.

Gedeckt werden die Techniken der assistierten Reproduktion zur Behandlung der Unfruchtbarkeit von Paaren in der Zeit der maximalen Fruchtbarkeit der Partner (ab 18 Jahre und bis zum Alter von 42 Jahren bei Frauen und bis 55 Jahren bei Männern). Zur Inanspruchnahme dieser Deckungsleistung ist es erforderlich, dass beide Mitglieder des Paares versichert sind und sie keine gemeinsamen Kinder haben.

Der Zugang zur Behandlung erfolgt **nach einer Karenzzeit von 48 Monaten und mit der vorherigen Autorisierung durch die Versicherung und ausschließlich über die jeweils zustehenden medizinischen Behandlungszentren und Kliniken für assistierte Reproduktion, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen des Unternehmens angeschlossen sind (Eigenmittel)**, auch wenn sich diese nicht in der Provinz befinden, in der die Versicherten ihren Wohnsitz haben.

Die Beschreibung dieser exklusiven Deckungsleistungen in Bezug auf Modalität, räumlichen Geltungsbereich, Zweck, Art des Zugangs, Karenzzeit, Deckungseinschränkungen und ausgeschlossene Risiken, sind in Anhang II aufgeführt (exklusive Deckungsleistungen der Versicherung DKV Mundisalud in der Modalität Individual) **sowie in allen Abschnitten der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, durch welche die Deckungen der Versicherung eingegrenzt werden:** Abschnitt 2 »Grundlagen. Definitionen«, Abschnitt 3 »Modalität und Umfang der Versicherung«, Abschnitt 4 »Beschreibung der Deckungsleistungen«, Abschnitt 5 »Von der Deckung ausgeschlossene Leistungen« und Abschnitt 6 »Karenz- und Ausschlusszeiten«.

4.9 Reiseversicherung

Für vorübergehende Auslandsreisen bietet die Versicherung einen weltweit geltenden Reiseversicherungsschutz, der für maximal 180 Tage pro Reise oder Auslandsaufenthalt gilt und dessen Deckungen in Anhang I dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen aufgeführt werden. Zugang zu diesen Deckungen besteht nur telefonisch, durch Anruf unter der Nummer +34 913 790 434.

5. Von der Deckung ausgeschlossene Leistungen

Es sind ausgeschlossen vom allgemeinen Versicherungsschutz dieser Versicherung:

a) Für jeden einzelnen Versicherten die Pathologien (Krankheiten oder Verletzungen, zuvor bereits eingetretene oder angeborene) und Gesundheitszustände wie Schmerzen oder Symptome, die bereits vor dem Inkrafttreten der Versicherung oder der Aufnahme in den Vertrag vorlagen und über die, obwohl sie bekannt waren, der Versicherungsgesellschaft gegenüber im Gesundheitsfragebogen keine Angaben gemacht wurden.

DKV Seguros hat in jedem Fall das Recht, diejenigen Pathologien und Gesundheitszustände, die angegeben wurden, jedoch aufgrund der Charakteristik des Vertrags nicht eingeschlossen werden können, von der Deckung auszuschließen. Diese konkreten Ausschlüsse sind ausdrücklich zu benennen.

b) Sämtliche diagnostischen und therapeutischen Verfahren, deren

Sicherheit und Verhältnis von Kosten zu Nutzen nicht wissenschaftlich nachgewiesen, bzw. nicht von den spanischen Behörden zur Bewertung der medizinischen Technologien (Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias) anerkannt wurden, oder die nachweislich von anderen zur Verfügung stehenden übertroffen werden.

c) Körperliche Schäden aufgrund von Kriegen, Aufständen, Revolutionen, Terrorismus; weiter diejenigen, die infolge von offiziell erklärten Epidemien entstehen; diejenigen, die unmittelbar oder mittelbar mit Radioaktivität oder nuklearen Reaktionen zusammenhängen und diejenigen, die infolge von Naturkatastrophen entstehen (Erdbeben, Überschwemmungen oder aufgrund anderer Phänomene seismisch oder witterungsbedingter Art).

d) Krankheiten oder Verletzungen, die infolge der professionellen Ausübung einer Sportart, der Teilnahme an

Wettbewerben und Wettkämpfen entstanden sind. Weiter solche, die durch die Ausübung, professionell oder als Amateur, von Risikosportarten entstanden sind, wie Stierkampf oder das Eintreiben von ungezähmtem Vieh, der Ausübung von Gefahrensportarten wie Tauchen, Bobfahren, Boxkampf, Kampfsportarten, Klettern, Rennen mit Motorfahrzeugen, Rugby, Quadfahren, Höhlenwandern bzw. Caving, Paragliding, Luftsportaktivitäten mit nicht für den öffentlichen Personentransport zugelassenen Luftfahrzeugen, Wildwassersport und andere mit Risikobedingungen verbundene Wassersportarten, Bungee-Jumping (Puenting), Barranquismo oder Canyoning (Kombination aus Schluchtenwandern, Steiluferklettern und Schwimmen) sowie das Training in diesen Sportarten und jede andere eindeutig gefährliche Sportart.

e) Medizinische Maßnahmen zur Behandlung von chronischem Alkoholismus und/oder Suchtmittelabhängigkeit sowie sich daraus ergebende Komplikationen und Folgen, medizinische Versorgung von Verletzten infolge von Alkohol- oder Genussmittelmissbrauch, Gewalt, Streit, Schlägereien und Raufereien, Suizidversuch und Selbstverstümmelung, sowie Erkrankungen oder Unfälle, die auf Vorsatz, Fahrlässigkeit oder Unvorsichtigkeit des Versicherten beruhen.

f) Schönheitschirurgie sowie alle anderen zu ästhetischen oder kosmetischen Zwecken durchgeführten Infiltrationen, Handlungen oder Behandlungen, es sei denn, es liegt eine funktionelle Störung des betroffenen Körperteils vor (rein psychologische Gründe sind hierbei nicht ausreichend). Operationen zur Geschlechtsumwandlung. Krampfaderbehandlungen aus ästhetischen Gründen, ambulante oder stationäre Schlankheitskuren, Übergewichtsoperationen, dermatologisch ästhetische Behandlungen im Allgemeinen, hierzu gehören auch operative Haarbehandlungen. Ebenfalls ausgenommen ist die chirurgische Korrektur von Fehlsichtigkeiten, Astigmatismus, Weitsichtigkeit und Alterssichtigkeit sowie Orthokeratologie und kosmetische Zahnmedizin. Weiter sämtliche Folgen und Komplikationen, die infolge der in diesem Absatz zusammengefassten Ausschlüsse auftreten.

g) Alternative und komplementäre Therapieformen, Akupunktur (außer in der Modalität Individual), Naturopathie, Homöopathie, Phytotherapie, Chiromassage, Lymphdrainage, Mesotherapie, Magnettherapie, Gymnastik, Osteopathie, Hydrotherapie, alternative Entbindungsmethoden (Hausgeburt, Wassergeburt usw.), dreifasige Oxygentherapie,

Pressotherapie, Ozontherapie, nicht in Abschnitt 4.5 aufgeführte Modalitäten und Indikationen der Lichttherapie und andere vergleichbare Leistungen, sowie medizinische Fachgebiete und solche aus Gesundheitsbereichen, die von Abschnitt 4 nicht erfasst werden (Beschreibung der Deckungen), oder die offiziell nicht anerkannt sind.

Weiter sind ausgeschlossen prophylaktische Operationen für jede Art von Krebs, medizinisch-chirurgische Behandlungen mit Techniken der Radiofrequenztherapie außer bei Adenotonsillektomie, bei Kardioablation, Turbinoplastik sowie Ablationen bei rhinosinusalen Pathologien.

h) Aufenthalte, Versorgung und Behandlung in nichtmedizinischen Einrichtungen wie Hotels, Spas und Badekureinrichtungen, Senioren-, Wohn-, Erholungsheimen, Diagnoseeinrichtungen und allen weiteren, mit diesen vergleichbaren Einrichtungen, auch wenn die Behandlung auf ärztliche Verschreibung hin erfolgt, sowie die Aufnahme in Freizeit-, Erholungs- und Diätzentren.

Aufnahme in Fachkliniken für Psychiatrie, ausgenommen bei akuter Krise, Krankenhausaufnahme bzw. -aufenthalte aus sozialen oder familiären Gründen sowie solche, die durch häusliche oder ambulante Pflege ersetzt werden können.

Ausgeschlossen ist weiter eine Gesundheitsversorgung, die erbracht wird in einem Krankenhaus, Zentrum oder einer anderen Einrichtung, die öffentlich und dem nationalen spanischen Gesundheitssystem angegliedert ist und/oder abhängig von einer Autonomen Gemeinschaft, außer in den konkret festgelegten Fällen (siehe Abschnitt 3.4 Besondere Regelungen für die Modalität der Gesundheitsversorgung durch Inanspruchnahme von Fremdmitteln).

In jedem Fall behält sich DKV Seguros das Recht vor, die für medizinisch-chirurgische sowie stationäre Versorgung an das öffentliche Gesundheitssystem entrichteten Kosten vom Versicherten zurückzufordern.

i) Hochtechnologische diagnostische und/oder therapeutische Verfahren, Lithotripsie, mit Ausnahme der in Artikel 4.4 „Diagnostische Verfahren“ und/oder 4.5 „Therapeutische Verfahren“ dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen genannten.

j) Die Behandlung des Schnarchens und der obstruktiven Schlafapnoe (ausgenommen zwanzig Sitzungen mit CPAP oder BiPAP) sowie Behandlungen und/oder strahlentherapeutische Modalitäten und deren medizinische Indikationen, die nicht ausdrücklich im Abschnitt 4.5 „Therapeutische Verfahren“, unter dem Abschnitt „Strahlentherapie“ dieser

Allgemeinen Vertragsbedingungen genannt werden. Ebenfalls ausgeschlossen sind die Protonentherapie, Neutronentherapie, Radiochirurgie mit Cyberknife sowie Radiopharmaka mit radioaktiven Isotopen, die nicht von der EMA (European Medicines Agency) zugelassen sind und/oder nicht in den klinischen NICE-Richtlinien empfohlen werden.

k) Allgemeine Präventivmedizin und Check-ups oder Vorsorgeuntersuchungen sowie die Kosten für Impfstoffe und Extrakte bei allergischen Vorgängen, mit Ausnahme der in den entsprechenden Präventionsprogrammen beschriebenen Fälle, die in Abschnitt 4.7 „Ergänzende Deckungen“ der Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannt werden.

l) Jede Art von freiwilliger Schwangerschaftsunterbrechung und die durch einen Eingriff vorgenommene Reduzierung von Embryonen, rekonstruktive Chirurgie vorheriger empfängnisverhütender Techniken, Behandlung von Unfruchtbarkeit, Samenwaschtechniken und Behandlungen zur künstlichen Befruchtung, mit Ausnahme der Verfahren, die in Anhang II, Abschnitt 3 „Exklusive Deckungen“, der Versicherungen DKV Mundisalud Classic, Élite und Premium mit medizinischer Komplettversicherung

in der Modalität Individual aufgeführt werden. Diese unterliegen den Einschränkungen und Risikoausschlüssen des Abschnitts 3.1.6 [a - i] des Anhangs II.

m) Alle Arten von Prothesen, Implantaten, medizinischen Geräten, orthopädischen und anatomischen Teilen, ausgenommen diejenigen, die unter Abschnitt 4 „Beschreibung der Deckungen“ dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen genannt werden.

Außerdem gilt der Ausschluss für künstliches Herz, Wirbelsäulenimplantate, Implantate aus Biomaterialien und biologischen Materialien, synthetische und orthopädische Implantate, die nicht ausdrücklich unter Abschnitt 4.7 genannt werden, sowie deren Verwendung bei anderen Indikationen als den festgelegten.

n) Zahnmedizin, spezielle Behandlungen: Wurzelkanalbehandlungen, Parodontose, Kieferorthopädie, Zahnfüllungen und -versiegelungen bei Versicherten, die über 14 Jahre alt sind, Rekonstruktionen, Zahnprothesen, Wurzelspitzenresektion (Apikotomie), Implantologie und die zur Durchführung dieser Behandlungen erforderlichen Diagnosemittel, außer bei DKV Mundisalud Premium, dort sind dieser Behandlungen (mit Ausnahme von zahnästhetischen

Behandlungen) auf dem Weg über Erstattungen eingeschlossen, wobei die Höchstgrenzen gelten, die genannt werden in der Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen, die den Allgemeinen Vertragsbedingungen als Anhang beigefügt ist.

o) Angeforderte Fahrten zur Wahrnehmung von Arztbesuchen, Vornahme diagnostischer Tests und sonstiger ambulanter Behandlungen aller Art. Analysen und andere Untersuchungen, die für die Ausstellung von Bescheinigungen, Erstellung von Berichten sowie zur Ausstellung von Dokumenten vorgenommen werden und die keine eindeutig mit der ärztlichen Behandlung zusammenhängende Funktion haben.

p) Bei Psychiatrie und klinischer Psychologie sind ausgeschlossen diejenigen Konsultationen, Diagnoseverfahren und Therapien, die nicht neurobiologischen oder pharmakologischen Kriterien folgen, weiter sind ausgeschlossen Psychoanalyse, Hypnose oder ambulante Narkolepsie-Behandlung, Sophrologie, Ruhe- und Schlaftherapie sowie sämtliche davon abgeleiteten Therapien mit vergleichbaren Leistungen.

Außerdem ausgeschlossen sind Psychotherapie für Gruppen oder Paare, psychologische und

psychomotorische Tests, psychosoziale oder neuropsychologische Rehabilitation, die edukative oder kognitiv konduktuale Therapie bei Sprach- und Schreibschwächen und bei andersartigen Entwicklungsstörungen, außer den Behandlungsmethoden, die ausdrücklich unter Abschnitt 4.7 (Versicherungsumfang der klinischen Psychologie) aufgenommen wurden.

q) Logopädie und Phoniatrie zur Behandlung von Sprachstörungen, Aussprache und der Sprache, verursacht durch anatomische oder neurologische angeborene und psychomotorische Veränderungen diversen Ursprungs, ausgenommen in den unter Abschnitt 4.5 „Therapeutische Verfahren“ (Abschnitt zur logopädischen Rehabilitation) genannten Fällen.

r) Regenerative Medizin, biologische Medizin, Immuntherapie, Zell- und Genterapien, biologische Therapien, Therapien mit direkt wirkenden Virenhemmern sowie deren Anwendung oder Verabreichung.

Zudem ausgeschlossen sind experimentelle Behandlungen oder Behandlungen im Rahmen klinischer Studien in allen Phasen und Stufen, Behandlungen mit »compassionate use«-Produkten und mit Orphan-Medikamenten.

s) Die Überdruckkammer. Dialyse und Hämodialyse bei der Behandlung von chronischen Erkrankungen, ausgenommen bei DKV Mundisalud Premium in der Modalität Individual, bei der die Behandlung über das DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen gedeckt werden.

t) Gesundheitsversorgung bei viralen hämorrhagischen Fiebererkrankungen sowie den damit zusammenhängenden Komplikationen und Folgen. Behandlungskosten infolge einer Infektion mit HIV / AIDS sowie der Krankheiten, die durch das Virus verursacht werden, sofern diese Kosten den garantierten Höchstbetrag überschreiten, der in der den Besonderen Vertragsbedingungen angehängten Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen festgelegt wird.

u) Roboterchirurgie, bildgestützt oder gestützt durch Computer oder virtuelle Navigation mit Ausnahme der in Abschnitt 4.5 der Allgemeinen Vertragsbedingungen genannten Indikationen. Ausgeschlossen sind zudem roboter-assistierte und Computersystem-gestützte Therapien sowie Behandlungen unter Verwendung von Laser, außer in den Fachgebieten und bei den Indikationen, die unter Abschnitt 4 „Beschreibung der Deckungsleistungen“ genannt werden.

v) Die Kosten für die Nutzung von Telefon und Fernsehen, Verpflegung des Begleiters in der Klinik, Reise- und Anfahrtskosten, ausgenommen der Krankenwagen in den unter Abschnitt »Medizinische Grundversorgung« und »Notfallversorgung« dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen genannten Fällen, sowie die weiteren Dienstleistungen, die für die Krankenhausversorgung entbehrlich sind.

w) Transplantation und autologe Transplantation von Organen, Implantate und autologe Implantate, mit Ausnahme derjenigen, die in den Allgemeinen Vertragsbedingungen unter dem Abschnitt „Therapeutische Verfahren“ genannt werden. Bei Transplantationen sind außerdem die Kosten für Entnahme, Transport und Konservierung des Organs ausgeschlossen, ausgenommen bei Augenhornhaut-Transplantation.

x) Pharmazeutische Produkte, Medikamente und Hilfsmittel zur Heilung jeder Art, ausgenommen derjenigen, die genannt werden unter Abschnitt 2.3 des Anhangs II der Allgemeinen Vertragsbedingungen „Exklusive Deckungen der Versicherung DKV Mundisalud in der Modalität Individual“ sowie der Produkte, die dem Versicherten während seines Krankenhausaufenthalts (mit einer Dauer von mindestens 24 Stunden)

verabreicht werden. Ausdrücklich ausgeschlossen sind in jedem Fall biologische Medikamente und medizinische Biomaterialien, die nicht unter Abschnitt 4.7 „Chirurgische Implantate“ genannt werden und den unter Abschnitt 5.r „Ausgeschlossene Deckungsleistungen“ genannten Therapien, auch wenn diese während eines stationären Aufenthalts im Krankenhaus verabreicht werden.

Die Krebs-Chemotherapie deckt ausschließlich die Kosten der spezifisch zytostatischen Medikamente, die unter „Zytostatika“ in Abschnitt 2 „Grundlagen. Definitionen“ aufgeführt werden. Ausdrücklich von den Leistungen ausgeschlossen sind Anti-Tumor-Immuntherapie, monoklonale Antikörper, Zell- und/oder Gentherapien, endokrine oder Hormontherapie, Enzym-, bzw. molekulare Inhibitoren, anti-angiogene Medikamente und Sensibilisatoren, die in der photodynamischen Therapie und der Strahlentherapie eingesetzt werden.

y) Die Rehabilitation zur Beibehaltung der vorhandenen Funktionen bei irreversiblen neurologischen Verletzungen unterschiedlicher Herkunft und bei chronischen Verletzungen des Stütz- und Bewegungsapparats.

Ausgeschlossen sind frühzeitige stimulierende Behandlungen, Beschäftigungstherapie, Rehabilitationsbehandlungen bei während eines stationären Krankenhausaufenthalts erworbenen Hirnschäden sowie jede Form von Rehabilitation, die mittels Hausbesuch durchgeführt wird (ausgenommen bei der unter Abschnitt 4.5 genannten Indikation), weiter Behandlungen, die Motiv für einen stationären Krankenhausaufenthalt sind oder die in nicht autorisierten und/oder im entsprechenden Verzeichnis der jeweiligen Autonomen Region eingetragenen Zentren vorgenommen werden.

z) Humangenetische Beratung, Vaterschaftstest, Erstellung genetischer Risikokarten zu präventiven und prognostischen Zwecken, molekulare Karyotypisierung, vergleichende Gen-Hybridisierung, Microarray-Plattformen mit automatisierter Analyse (ausgenommen prognostisch-prädiktive Gen-Plattform bei Brustkrebs) sowie jede andere genetische oder molekularbiologische Technik, deren Einsatz zum Zweck der Prognose oder Diagnose beantragt wird, wenn eine solche auch mithilfe anderer Mittel oder Methoden gestellt werden kann oder keinen Einfluss auf die Therapie hat.

6. Ausschluss- und Karenzzeiten

Sämtliche Leistungen, die DKV kraft dieser Versicherung erbringt, können ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Vertrags in Anspruch genommen werden.

Abweichend von diesem allgemein gültigen Prinzip gibt es allerdings Ausnahmen und **für die folgenden Versicherungsleistungen gelten jeweils Karenzzeiten, die in der Tabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen, die den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigefügt ist, aufgeführt werden:**

1. Chirurgische Eingriffe und Krankenhausaufenthalte, chirurgische Prothesen eingeschlossen, aus jedem Grund und jeder Art, ausgenommen bei lebensbedrohlichen Notfällen und bei Unfällen.

2. Geburtsassistenz bei jeder Art von Geburt (ausgenommen bei Frühgeburt) sowie Kaiserschnitt.

3. Transplantationen

4. Techniken der assistierten Reproduktion; Deckung besteht exklusiv bei DKV Mundisalud Classic komplett, bei Élite und Premium jeweils in der Modalität Individual und allgemein nur bei Inanspruchnahme von Leistungserbringern, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehören (Eigenmittel); es gilt eine Karenzzeit von 48 Monaten.

5. Die medizinische Versorgung bei HIV-Infektion / AIDS unterliegt einer Ausschlussfrist, die festgelegt wurde in der Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen, die den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigefügt ist (Definition von „Ausschlussfrist“ siehe Abschnitt 2 Grundlagen. Definitionen).

6. Biomechanische Lauf- und Ganganalyse (Deckung besteht exklusiv bei DKV Mundisalud in der Modalität Individual); Deckung für die Leistung besteht nur bei Inanspruchnahme von Leistungserbringern, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen

angehören (Eigenmittel); **es gilt eine Karenzzeit von 6 Monaten.**

Die für die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen geltenden Karenz- und Ausschlusszeiten gelten sowohl in der Versorgungsmodalität Eigenmittel, wofür die Bezeichnung »DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen« verwendet wird, als auch in der Versorgungsmodalität Fremdmittel, sofern diese in den Leistungen eingeschlossen ist.

7. Versicherungsleistungen in Abhängigkeit von dem oder den unter Vertrag genommenen Modulen zur Gesundheitsversorgung

Die Gesundheitsdienstleistungen, die unter Abschnitt 4 der Allgemeinen Vertragsbedingungen aufgeführt sind, können in sieben verschiedenen Modalitäten abgeschlossen werden:

7.1 DKV Mundisalud Classic Hospitalización / für Krankenhausaufenthalte

Eine gemischte Erstattungsversicherung, die Deckung nur für die unter Abschnitt 4.6 „Medizinische Versorgung im Krankenhaus“ dieser allgemeinen Vertragsbedingungen aufgeführten Leistungen bietet.

Umfasst zudem Notfallbehandlungen im Krankenhaus, falls erforderlich mit Krankenhausaufenthalt, weiter Reiseassistentz sowie den Zugang zu einigen zusätzlichen und ergänzenden Leistungen.

Dieses Modul ermöglicht es der versicherten Person, zwischen einer Krankenhausversorgung zu wählen, die entweder durch dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörende Einrichtungen erbracht wird (Leistungsmodalität Eigenmittel) oder Fachkräfte und Krankenhäuser sowohl innerhalb Spaniens als auch im Ausland aufzusuchen, die diesem Vertragsnetz nicht angehören (Leistungsmodalität Fremdmittel) und die Erstattung der für diese Leistungen angefallenen Kosten zu beantragen (siehe Abschnitt 3.4 „Zugang zu den Deckungsleistungen“).

Um auf bestimmte Leistungen zuzugreifen, ist in beiden Fällen die Einhaltung einer Karenz- oder Ausschlussfrist einzuhalten, die unter Abschnitt 6 „Karenz- und Ausschlussfristen“ genannt wird (weitere Einzelheiten finden Sie in der den Besonderen Vertragsbedingungen

angehängten Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen).

Sucht die versicherte Person Ärzte oder Krankenhäuser auf, die nicht dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehören (Versorgungsmodalität Fremdmittel), besteht, sofern es sich um durch diese Versicherung gedeckte Leistungen handelt, Anspruch auf:

> **Die Erstattung eines gewissen, anteiligen Prozentsatzes** vom Gesamtbetrag einer Rechnung; dieser ist davon abhängig, ob die Kosten in Spanien oder im Ausland angefallen sind (siehe Tabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen, die den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigefügt ist).

> **Erstattungsanspruch besteht bis zu den Höchstgrenzen, die in der den Besonderen Vertragsbedingungen angehängten Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen aufgeführt sind und die für folgende Garantien und Deckungen gelten:**

- **Maximal garantiertes Kapital** der Versicherung pro Versichertem und Kalenderjahr.
- Für stationäre Versorgung im Krankenhaus (siehe Abschnitt 4.6 der Allgemeinen Vertragsbedingungen) gilt ein garantiertes Höchstkapital pro Versichertem und Kalenderjahr.

- Kosten, die für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes entstehen unterliegen einer Höchstgrenze, die vom Land, der Art der medizinischen Versorgung und/oder der Aufenthaltsdauer abhängen (siehe Abschnitt 4.6 Stationäre Versorgung und die den Besonderen Vertragsbedingungen beigefügte Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen), die Anwendung finden auf den Aufenthalt (herkömmliches Einzelzimmer mit Nasszelle und Extrabett), Versorgung des Patienten, allgemeine Pflegekosten, Intensivstation, zusätzliche diagnostische und therapeutische Verfahren, Operationskosten, Materialien, Kreißsaal, Narkosemittel und Medikamente.

- Ärztliche Honorare bei Einweisungen zur medizinischen oder chirurgischen Versorgung, Honorar des Chirurgen eingeschlossen, Assistenz, Anästhesisten und das medizinische Team im Allgemeinen, bis zu einer Höchstgrenze pro Versichertem und Kalenderjahr.

- Bei psychiatrischen Krankenhausaufenthalten unterliegt der Aufenthalt den Einschränkungen des Abschnitts 4.6.5 der Allgemeinen Vertragsbedingungen.

- Für chirurgische Prothesen gilt eine jährliche Höchstgrenze, wie in Abschnitt 4.7 dieser allgemeinen Bedingungen festgelegt.
- **Monofokale, multifokale und torische Intraokularlinsen in der Kataraktchirurgie:** Eingeschlossen sind die Kosten der Linse für jedes zu behandelnde Auge bis zu einem Höchstbetrag pro Jahr; dieser Höchstbetrag ist festgelegt in der den Besonderen Vertragsbedingungen beigefügten Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen und gilt sowohl für die Versorgung in der Modalität Eigenmittel als auch für die Modalität Fremdmittel mit Erstattung der Aufwendungen.
- Finanzielle Leistungen für jeden Tag eines stationären Aufenthalts im Krankenhaus gemäß Abschnitt 4.7 dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen.
- Alle weiteren Leistungen im Zusammenhang mit stationären Krankenhausaufhalten zur medizinischen und chirurgischen Versorgung bei den medizinischen Indikationen und mit den Deckungsbeschränkungen, die in den Abschnitten 4.3 und 4.6 dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen, die medizinische Versorgung im Krankenhaus betreffend, festgelegt wurden.

Ausgeschlossen sind: Ambulant erfolgende medizinische Versorgung (also nicht stationär im Krankenhaus erfolgende Grundversorgung und Versorgung in Fachgebieten, Versorgung durch Hausbesuche, ambulant versorgte Notfälle, ergänzende diagnostische Mittel, therapeutische Methoden, die in Abschnitt 4.6 nicht gesondert aufgeführt werden, präventivmedizinische Programme, klinische Psychologie und Krankentransport).

7.2 DKV Mundisalud Complet

Eine kombinierte Erstattungsversicherung, bei der Versicherungsschutz besteht für alle medizinischen Fachgebiete und Gesundheitsleistungen, die unter Abschnitt 4 „Beschreibung der Deckungsleistungen“ dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen genannt und zusammengefasst werden.

Der Zugang zu einigen ergänzenden, zusätzlichen Leistungen ist ebenfalls eingeschlossen.

Dies ermöglicht es der versicherten Person, zwischen einer Gesundheitsversorgung zu wählen, die entweder durch dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörende Leistungserbringer erbracht wird (Leistungsmodalität Eigenmittel)

oder Fachkräfte, Krankenhäuser, Diagnosezentren oder ambulante Behandlungen sowohl innerhalb Spaniens als auch im Ausland aufzusuchen und in Anspruch zu nehmen, die diesem Vertragsnetz nicht angehören (Leistungsmodalität Fremdmittel) und die Erstattung der für diese Leistungen angefallenen Kosten zu beantragen (siehe Abschnitt 3.4 „Zugang zu den Deckungsleistungen“).

In beiden Fällen ist eine Karenz- oder Ausschlussfrist einzuhalten, um auf bestimmte Leistungen zuzugreifen, genannt unter Abschnitt 6 „Karenz- und Ausschlussfristen“ (weitere Einzelheiten in der den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigefügten Tabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen).

> **Wenn die versicherte Person Dienstleistungen von Ärzten, Krankenhäusern, Diagnosezentren oder ambulante Behandlungen in Anspruch nimmt, die nicht dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehören (Leistungsmodalität Fremdmittel), besteht, sofern es sich um durch diese Versicherung gedeckte Leistungen handelt, Anspruch auf: Die Erstattung eines gewissen, anteiligen Prozentsatzes vom Gesamtbetrag einer Rechnung; dieser ist davon abhängig, ob die Kosten in Spanien oder im Ausland angefallen sind (siehe Tabelle zu**

Deckungen und Höchstgrenzen, die den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigefügt ist).

> **Erstattungsanspruch besteht bis zu den Höchstgrenzen, die in der bereits genannten, den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigefügten Leistungsübersichtstabelle aufgeführt sind und die für folgende Garantien und Deckungen gelten:**

- **Maximal durch den Versicherungsvertrag garantiertes Kapital** pro Versichertem und Kalenderjahr.
- **Ambulante Gesundheitsversorgung:**
 - Arzthonorare für Konsultationen, zusätzliche Diagnoseverfahren und ambulante Behandlungen, einschließlich Krankentransport, bis zu einer Höchstgrenze pro Versichertem und Kalenderjahr.
 - Konsultationen im Bereich der medizinischen Grundversorgung, Versorgung durch Fachärzte und der Notfallversorgung; es gilt eine Untergrenze pro Konsultation.
 - Amniozentese, Triple-Screening, EBA-Screening oder Chorionbiopsie gemäß Abschnitt 4.3 der Allgemeinen Vertragsbedingungen.

- Gentest mittels pränatalem Screeningverfahren, gemäß Abschnitt 4.3 der Allgemeinen Vertragsbedingungen.
 - Klinische Psychologie und psychotherapeutische Sitzungen gemäß Abschnitt 4.7 der Allgemeinen Vertragsbedingungen.
 - Alle weiteren ambulant erbrachten therapeutischen Leistungen bei den medizinischen Indikationen und mit den Deckungsbeschränkungen, die in Abschnitt 4 dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen die ambulante medizinische Versorgung betreffend festgelegt wurden.
- **Stationäre Behandlung:**
- Für stationäre Versorgung im Krankenhaus (siehe Abschnitt 4.6 der Allgemeinen Vertragsbedingungen) gilt ein garantiertes Höchstkapital pro Versichertem und Kalenderjahr.
 - Kosten, die für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes entstehen, unterliegen einer Höchstgrenze, die vom Land, der Art der medizinischen Versorgung und /oder der Aufenthaltsdauer abhängen (siehe Abschnitt 4.6 Stationäre Versorgung und die den Besonderen Vertragsbedingungen beigefügte Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen), die Anwendung finden auf den Aufenthalt (herkömmliches Einzelzimmer mit Nasszelle und Extrabett), Versorgung des Patienten, allgemeine Pflegekosten, Intensivstation, zusätzliche diagnostische und therapeutische Verfahren, Operationskosten, Materialien, Kreißsaal, Narkosemittel und Medikamente.
 - Ärztliche Honorare bei Einweisungen zur medizinischen oder chirurgischen Versorgung, Honorar des Chirurgen eingeschlossen, Assistenz, Anästhesisten und das medizinische Team im Allgemeinen, bis zu einer maximalen Teilhöchstgrenze pro chirurgischer Gruppe, Entbindung oder Kaiserschnitt sowie Transplantationen.
 - Bei psychiatrischen Krankenhausaufenthalten unterliegt der Aufenthalt den Einschränkungen des Abschnitts 4.6.5 der Allgemeinen Vertragsbedingungen.
 - Für chirurgische Prothesen gilt eine Höchstgrenze gemäß Abschnitt 4.7 dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen.

- Finanzielle Leistungen für jeden Tag eines stationären Aufenthalts im Krankenhaus gemäß Abschnitt 4.7 dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen.
- Alle weiteren Leistungen im Zusammenhang mit stationären Krankenhausaufenthalten zur medizinischen und chirurgischen Versorgung bei den medizinischen Indikationen und mit den Deckungsbeschränkungen, die in den Abschnitten 4.3 und 4.6 dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen, die medizinische Versorgung im Krankenhaus betreffend, festgelegt wurden.

7.3 DKV Mundisalud Plus

Eine kombinierte Erstattungsversicherung, bei der Versicherungsschutz besteht für alle medizinischen Fachgebiete und Gesundheitsleistungen, die unter Abschnitt 4 „Beschreibung der Deckungsleistungen“ dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen genannt und zusammengefasst werden.

Sie umfasst auch den Zugang zu ergänzenden Zusatzleistungen.

Dies ermöglicht es der versicherten Person, zwischen einer Gesundheitsversorgung zu wählen, die entweder durch dem DKV-Netzwerk für

Gesundheitsleistungen angehörende Leistungserbringer erbracht wird (Leistungsmodalität Eigenmittel) oder Fachkräfte, Krankenhäuser, Diagnosezentren oder ambulante Behandlungen sowohl innerhalb Spaniens als auch im Ausland aufzusuchen und in Anspruch zu nehmen, die diesem Vertragsnetz nicht angehören (Leistungsmodalität Fremdmittel) und die Erstattung der für diese Leistungen angefallenen Kosten zu beantragen (siehe Abschnitt 3.4 „Zugang zu den Deckungsleistungen“).

Um auf bestimmte Leistungen zuzugreifen, ist in beiden Fällen die Einhaltung einer Karenz- oder Ausschlussfrist einzuhalten, die unter Abschnitt 6 „Karenz- und Ausschlussfristen“ genannt wird (weitere Einzelheiten finden Sie in der den Besonderen Vertragsbedingungen angehängten Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen).

> Wenn die versicherte Person Dienstleistungen von Ärzten, Krankenhäusern, Diagnosezentren oder ambulante Behandlungen in Anspruch nimmt, die nicht dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehören (Leistungsmodalität Fremdmittel), besteht, sofern es sich um durch diese Versicherung gedeckte Leistungen handelt, Anspruch auf: Die Erstattung eines gewissen, anteiligen Prozentsatzes

vom Gesamtbetrag einer Rechnung; dieser ist davon abhängig, ob die Kosten in Spanien oder im Ausland angefallen sind (siehe Tabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen, die den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigefügt ist).

> Erstattungsanspruch besteht bis zu den Höchstgrenzen, die in der bereits genannten, den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigefügten Leistungsübersichtstabelle aufgeführt sind und die für folgende Garantien und Deckungen gelten:

- Maximal durch den Versicherungsvertrag garantiertes Kapital pro Versichertem und Kalenderjahr.
- **Ambulante Gesundheitsversorgung:**
 - Arzthonorare für Konsultationen, zusätzliche Diagnoseverfahren und ambulante Behandlungen, einschließlich Krankentransport, bis zu einer Höchstgrenze pro Versichertem und Kalenderjahr.
 - Konsultationen im Bereich der medizinischen Grundversorgung, Versorgung durch Fachärzte und der Notfallversorgung; es gilt eine Untergrenze pro Konsultation.
- Amniozentese, Triple-Screening, EBA-Screening oder Chorionbiopsie gemäß Abschnitt 4.3 der Allgemeinen Vertragsbedingungen.
- Gentest mittels pränatalem Screeningverfahren, gemäß Abschnitt 4.3 der Allgemeinen Vertragsbedingungen.
- Klinische Psychologie und psychotherapeutische Sitzungen gemäß Abschnitt 4.7 der Allgemeinen Vertragsbedingungen.
- Alle weiteren ambulant erbrachten therapeutischen Leistungen bei den medizinischen Indikationen und mit den Deckungsbeschränkungen, die in Abschnitt 4 dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen, die ambulante medizinische Versorgung betreffend, festgelegt wurden.

- Stationäre Behandlung:

- Für stationäre Versorgung im Krankenhaus (siehe Abschnitt 4.6 der Allgemeinen Vertragsbedingungen) gilt ein garantiertes Höchstkapital pro Versichertem und Kalenderjahr.
- Kosten, die für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes entstehen, unterliegen einer Höchstgrenze, die vom Land, der Art der medizinischen

Versorgung und /oder der Aufenthaltsdauer abhängen (siehe Abschnitt 4.6 Stationäre Versorgung und die den Besonderen Vertragsbedingungen beigefügte Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen), die Anwendung finden auf den Aufenthalt (herkömmliches Einzelzimmer mit Nasszelle und Extrabett), Versorgung des Patienten, allgemeine Pflegekosten, Intensivstation, zusätzliche diagnostische und therapeutische Verfahren, Operationskosten, Materialien, Kreißsaal, Narkosemittel und Medikamente.

- Ärztliche Honorare bei Einweisungen zur medizinischen oder chirurgischen Versorgung, Honorar des Chirurgen eingeschlossen, Assistenz, Anästhesisten und das medizinische Team im Allgemeinen, bis zu einer maximalen Teilhöchstgrenze pro chirurgischer Gruppe, Entbindung oder Kaiserschnitt sowie Transplantationen.
- Bei psychiatrischen Krankenhausaufenthalten unterliegt der Aufenthalt den Einschränkungen des Abschnitts 4.6.5 der Allgemeinen Vertragsbedingungen.

- Für chirurgische Prothesen gilt eine Höchstgrenze gemäß Abschnitt 4.7 dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen.
- Finanzielle Leistungen für jeden Tag eines stationären Aufenthalts im Krankenhaus gemäß Abschnitt 4.7 dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen.
- Alle weiteren Leistungen im Zusammenhang mit stationären Krankenhausaufenthalten zur medizinischen und chirurgischen Versorgung bei den medizinischen Indikationen und mit den Deckungsbeschränkungen, die in den Abschnitten 4.3 und 4.6 dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen die medizinische Versorgung im Krankenhaus betreffend festgelegt wurden.

7.4 DKV Mundisalud Classic

Eine kombinierte Erstattungsversicherung, bei der Versicherungsschutz besteht für alle medizinischen Fachgebiete und Gesundheitsleistungen, die unter Abschnitt 4 „Beschreibung der Deckungsleistungen“ dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen genannt und zusammengefasst werden.

Sie umfasst auch den Zugang zu ergänzenden Zusatzleistungen.

Dies ermöglicht es der versicherten Person, zwischen einer Gesundheitsversorgung zu wählen, die entweder durch dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörende Leistungserbringer erbracht wird (Leistungsmodalität Eigenmittel) oder Fachkräfte, Krankenhäuser, Diagnosezentren oder ambulante Behandlungen sowohl innerhalb Spaniens als auch im Ausland aufzusuchen und in Anspruch zu nehmen, die diesem Vertragsnetz nicht angehören (Leistungsmodalität Fremdmittel) und die Erstattung der für diese Leistungen angefallenen Kosten zu beantragen (siehe Abschnitt 3.4 „Zugang zu den Deckungsleistungen“).

In beiden Fällen ist eine Karenz- oder Ausschlussfrist einzuhalten, um auf bestimmte Leistungen zuzugreifen, genannt unter Abschnitt 6 „Karenz- und Ausschlussfristen“ (weitere Einzelheiten in der den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigefügten Tabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen).

> Wenn die versicherte Person Dienstleistungen von Ärzten, Krankenhäusern, Diagnosezentren oder ambulante Behandlungen in Anspruch nimmt, die nicht dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehören (Leistungsmodalität Fremdmittel), besteht, sofern es sich um durch

diese Versicherung gedeckte Leistungen handelt, Anspruch auf:

- > Die Erstattung eines gewissen, anteiligen Prozentsatzes vom Gesamtbetrag einer Rechnung;** dieser ist davon abhängig, ob die Kosten in Spanien oder im Ausland angefallen sind (siehe Tabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen, die den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigefügt ist).
- > Erstattungsanspruch besteht bis zu den Höchstgrenzen, die in der bereits genannten, den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigefügten Leistungsübersichtstabelle aufgeführt sind und die für folgende Garantien und Deckungen gelten:**
 - **Maximal garantiertes Kapital** der Versicherung pro Versichertem und Kalenderjahr.
 - **Ambulante Gesundheitsversorgung:**
 - Arzthonorare für Konsultationen, zusätzliche Diagnoseverfahren und ambulante Behandlungen, einschließlich Krankentransport, bis zu einer Höchstgrenze pro Versichertem und Kalenderjahr.
 - Amniozentese, Triple-Screening, EBA-Screening oder Chorionbiopsie gemäß Abschnitt 4.3 der Allgemeinen Vertragsbedingungen.

- Gentest mittels pränatalem Screeningverfahren, gemäß Abschnitt 4.3 der Allgemeinen Vertragsbedingungen.
- Klinische Psychologie und psychotherapeutische Sitzungen gemäß Abschnitt 4.7 der Allgemeinen Vertragsbedingungen.
- Alle weiteren ambulant erbrachten therapeutischen Leistungen bei den medizinischen Indikationen und mit den Deckungsbeschränkungen, die in Abschnitt 4 dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen, die ambulante medizinische Versorgung betreffend, festgelegt wurden.

- **Stationäre Behandlung:**

- Für stationäre Versorgung im Krankenhaus (siehe Abschnitt 4.6 der Allgemeinen Vertragsbedingungen) gilt ein garantiertes Höchstkapital pro Versichertem und Kalenderjahr.
- Kosten, die für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes entstehen, unterliegen einer Höchstgrenze, die vom Land, der Art der medizinischen Versorgung und /oder der Aufenthaltsdauer abhängen (siehe Abschnitt 4.6 Stationäre Versorgung und die den Besonderen Vertragsbedingungen beigefügte

Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen), die Anwendung finden auf den Aufenthalt (herkömmliches Einzelzimmer mit Nasszelle und Extrabett), Versorgung des Patienten, allgemeine Pflegekosten, Intensivstation, zusätzliche diagnostische und therapeutische Verfahren, Operationskosten, Materialien, Kreißsaal, Narkosemittel und Medikamente.

- Ärztliche Honorare bei Einweisungen zur medizinischen oder chirurgischen Versorgung, Honorar des Chirurgen eingeschlossen, Assistenz, Anästhesisten und das medizinische Team im Allgemeinen, bis zu einer Höchstgrenze pro Versichertem und Kalenderjahr.
- Bei psychiatrischen Krankenhausaufhalten unterliegt der Aufenthalt den Einschränkungen des Abschnitts 4.6.5 der Allgemeinen Vertragsbedingungen.
- Für chirurgische Prothesen gilt eine Höchstgrenze gemäß Abschnitt 4.7 dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen.
- **Monofokale, multifokale und/oder torische Intraokularlinsen in der Kataraktchirurgie:** Eingeschlossen

sind die Kosten der Linse für **jedes zu behandelnde Auge bis zu einem Höchstbetrag pro Jahr; dieser Höchstbetrag ist festgelegt in der den Besonderen Vertragsbedingungen beigefügten Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen** und gilt sowohl für die Versorgung in der Modalität Eigenmittel als auch für die Modalität Fremdmittel mit Erstattung der Aufwendungen.

- Finanzielle Leistungen für jeden Tag eines stationären Aufenthalts im Krankenhaus gemäß Abschnitt 4.7 dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen.
 - Alle weiteren Leistungen im Zusammenhang mit stationären Krankenhausaufenthalten zur medizinischen und chirurgischen Versorgung bei den medizinischen Indikationen und mit den Deckungsbeschränkungen, die in den Abschnitten 4.3 und 4.6 dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen, die medizinische Versorgung im Krankenhaus betreffend, festgelegt wurden.
- > Die Eigenbeteiligung ist limitiert auf 25 000 Euro pro Versichertem und Kalenderjahr bei der Erstattung von Aufwendungen (Versorgungsmodalität Fremdmittel); ab dieser Summe

liegt der Prozentsatz, den DKV für die Erstattung von Rechnungen berücksichtigt, bei 100%.

Ausgenommen hiervon sind Garantien und Deckungen, die den Einschränkungen und Ausschlüssen unterliegen, die in den Allgemeinen Vertragsbedingungen festgelegt wurden und/oder in der den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigefügten Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen.

7.5 DKV Mundisalud Élite

Eine kombinierte Erstattungsversicherung, bei der Versicherungsschutz besteht für alle medizinischen Fachgebiete und Gesundheitsleistungen, die unter Abschnitt 4 „Beschreibung der Deckungsleistungen“ dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen genannt und zusammengefasst werden.

Sie umfasst auch den Zugang zu ergänzenden Zusatzleistungen.

Dies ermöglicht es der versicherten Person, zwischen einer Gesundheitsversorgung zu wählen, die entweder durch dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörende Leistungserbringer erbracht wird (Leistungsmodalität Eigenmittel) oder Fachkräfte, Krankenhäuser, Diagnosezentren oder ambulante

Behandlungen sowohl innerhalb Spaniens als auch im Ausland aufzusuchen und in Anspruch zu nehmen, die diesem Vertragsnetz nicht angehören (Leistungsmodalität Fremdmittel) und die Erstattung der für diese Leistungen angefallenen Kosten zu beantragen (siehe Abschnitt 3.4 „Zugang zu den Deckungsleistungen“).

Um auf bestimmte Leistungen zuzugreifen, ist in beiden Fällen die Einhaltung einer Karenz- oder Ausschlussfrist einzuhalten, die unter Abschnitt 6 „Karenz- und Ausschlussfristen“ genannt wird (weitere Einzelheiten finden Sie in der den Besonderen Vertragsbedingungen angehängten Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen).

> Wenn die versicherte Person Dienstleistungen von Ärzten, Krankenhäusern, Diagnosezentren oder ambulante Behandlungen in Anspruch nimmt, die nicht dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehören (Leistungsmodalität Fremdmittel), besteht, sofern es sich um durch diese Versicherung gedeckte Leistungen handelt, Anspruch auf: Die Erstattung eines gewissen, anteiligen Prozentsatzes vom Gesamtbetrag einer Rechnung; dieser ist davon abhängig, ob die Kosten in Spanien oder im Ausland angefallen sind (siehe Tabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen, die

den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigefügt ist).

> Erstattungsanspruch besteht bis zu den Höchstgrenzen, die in der bereits genannten, den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigefügten Leistungsübersichtstabelle aufgeführt sind und die für folgende Garantien und Deckungen gelten:

- **Maximal durch den Versicherungsvertrag garantiertes Kapital** pro Versichertem und Kalenderjahr.
- **Ambulante Gesundheitsversorgung:**
 - Arzthonorare für Konsultationen, zusätzliche Diagnoseverfahren und ambulante Behandlungen, einschließlich Krankentransport, bis zu einer Höchstgrenze pro Versichertem und Kalenderjahr.
 - Amniozentese, Triple-Screening, EBA-Screening oder Chorionbiopsie gemäß Abschnitt 4.3 der Allgemeinen Vertragsbedingungen.
 - Gentest mittels pränatalem Screeningverfahren, gemäß Abschnitt 4.3 der Allgemeinen Vertragsbedingungen.

- Klinische Psychologie und psychotherapeutische Sitzungen gemäß Abschnitt 4.7 der Allgemeinen Vertragsbedingungen.
 - Alle weiteren ambulant erbrachten therapeutischen Leistungen bei den medizinischen Indikationen und mit den Deckungsbeschränkungen, die in Abschnitt 4 dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen, die ambulante medizinische Versorgung betreffend, festgelegt wurden.
- **Stationäre Behandlung:**
- Für stationäre Versorgung im Krankenhaus (siehe Abschnitt 4.6 der Allgemeinen Vertragsbedingungen) gilt ein garantiertes Höchstkapital pro Versichertem und Kalenderjahr.
 - Kosten, die für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes entstehen, unterliegen einer Höchstgrenze, die vom Land, der Art der medizinischen Versorgung und /oder der Aufenthaltsdauer abhängen (siehe Abschnitt 4.6 Stationäre Versorgung und die den Besonderen Vertragsbedingungen beigefügte Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen), die Anwendung finden auf den Aufenthalt (herkömmliches Einzelzimmer mit Nasszelle und Extrabett), Versorgung des Patienten, allgemeine Pflegekosten, Intensivstation, zusätzliche diagnostische und therapeutische Verfahren, Operationskosten, Materialien, Kreißsaal, Narkosemittel und Medikamente.
 - Ärztliche Honorare bei Einweisungen zur medizinischen oder chirurgischen Versorgung, Honorar des Chirurgen eingeschlossen, Assistenz, Anästhesisten und das medizinische Team im Allgemeinen, bis zu einer Höchstgrenze pro Versichertem und Kalenderjahr.
 - Bei psychiatrischen Krankenhausaufenthalten unterliegt der Aufenthalt den Einschränkungen des Abschnitts 4.6.5 der Allgemeinen Vertragsbedingungen.
 - Für chirurgische Prothesen gilt eine Höchstgrenze gemäß Abschnitt 4.7 dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen.
 - **Monofokale, multifokale und/oder torische Intraokularlinsen in der Kataraktchirurgie:** Eingeschlossen sind die Kosten der Linse **für jedes zu behandelnde Auge bis zu einem Höchstbetrag pro Jahr; dieser Höchstbetrag ist festgelegt in der den Besonderen**

Vertragsbedingungen beigefügten Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen

und gilt sowohl für die Versorgung in der Modalität Eigenmittel als auch für die Modalität Fremdmittel mit Erstattung der Aufwendungen.

- Finanzielle Leistungen für jeden Tag eines stationären Aufenthalts im Krankenhaus gemäß Abschnitt 4.7 dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen.
- Alle weiteren Leistungen im Zusammenhang mit stationären Krankenhausaufenthalten zur medizinischen und chirurgischen Versorgung bei den medizinischen Indikationen und mit den Deckungsbeschränkungen, die in den Abschnitten 4.3 und 4.6 dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen, die medizinische Versorgung im Krankenhaus betreffend, festgelegt wurden.

> **Die Eigenbeteiligung ist limitiert auf 25 000 Euro** pro Versichertem und Kalenderjahr bei der Erstattung von Aufwendungen (Versorgungsmodalität Fremdmittel); ab dieser Summe liegt der Prozentsatz, den DKV für die Erstattung von Rechnungen berücksichtigt, bei 100%. Ausgenommen hiervon sind Garantien und Deckungen, die den

Einschränkungen und Ausschlüssen unterliegen, die in den Allgemeinen Vertragsbedingungen festgelegt wurden und/oder in der den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigefügten Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen.

7.6 DKV Mundisalud Premium

Eine kombinierte Erstattungsversicherung, bei der Versicherungsschutz besteht für alle medizinischen Fachgebiete und Gesundheitsleistungen, die unter Abschnitt 4 „Beschreibung der Deckungsleistungen“ dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen genannt und zusammengefasst werden.

Sie umfasst auch den Zugang zu ergänzenden Zusatzleistungen.

Dies ermöglicht es der versicherten Person, zwischen einer Gesundheitsversorgung zu wählen, die entweder durch dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörende Leistungserbringer erbracht wird (Leistungsmodalität Eigenmittel) oder Fachkräfte, Krankenhäuser, Diagnosezentren oder ambulante Behandlungen sowohl innerhalb Spaniens als auch im Ausland aufzusuchen und in Anspruch zu nehmen, die diesem Vertragsnetz nicht angehören (Leistungsmodalität

Fremdmittel) und die Erstattung der für diese Leistungen angefallenen Kosten zu beantragen (siehe Abschnitt 3.4 „Zugang zu den Deckungsleistungen“).

Um auf bestimmte Leistungen zuzugreifen, ist in beiden Fällen die Einhaltung einer Karenz- oder Ausschlussfrist einzuhalten, die unter Abschnitt 6 „Karenz- und Ausschlussfristen“ genannt wird (weitere Einzelheiten finden Sie in den Besonderen Vertragsbedingungen angehängten Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen).

> Wenn die versicherte Person Dienstleistungen von Ärzten, Krankenhäusern, Diagnosezentren oder ambulante Behandlungen in Anspruch nimmt, die nicht dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehören (Leistungsmodalität Fremdmittel), besteht, sofern es sich um durch diese Versicherung gedeckte Leistungen handelt, Anspruch auf: Die Erstattung eines gewissen, anteiligen Prozentsatzes vom Gesamtbetrag einer Rechnung; dieser ist davon abhängig, ob die Kosten in Spanien oder im Ausland angefallen sind (siehe Tabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen, die den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigefügt ist).

> Erstattungsanspruch besteht bis zu den Höchstgrenzen, die in der bereits genannten, den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigefügten Leistungsübersichtstabelle aufgeführt sind und die für folgende Garantien und Deckungen gelten:

- **Maximal durch den Versicherungsvertrag garantiertes Kapital** pro Versichertem und Kalenderjahr.
- **Ambulante Gesundheitsversorgung:**
 - Arzthonorare für Konsultationen, zusätzliche Diagnoseverfahren und ambulante Behandlungen, einschließlich Krankentransport, bis zu einer Höchstgrenze pro Versichertem und Kalenderjahr.
 - Amniozentese, Triple-Screening, EBA-Screening oder Chorionbiopsie gemäß Abschnitt 4.3 der Allgemeinen Vertragsbedingungen.
 - Gentest mittels pränatalem Screeningverfahren, gemäß Abschnitt 4.3 der Allgemeinen Vertragsbedingungen.
 - Klinische Psychologie und psychotherapeutische Sitzungen gemäß Abschnitt 4.7 der Allgemeinen Vertragsbedingungen.

- Alle weiteren ambulant erbrachten therapeutischen Leistungen bei den medizinischen Indikationen und mit den Deckungsbeschränkungen, die in Abschnitt 4 dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen, die ambulante medizinische Versorgung betreffend, festgelegt wurden.

- **Stationäre Behandlung:**

- Für stationäre Versorgung im Krankenhaus (siehe Abschnitt 4.6 der Allgemeinen Vertragsbedingungen) gilt ein garantiertes Höchstkapital pro Versichertem und Kalenderjahr.
- Kosten, die für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes entstehen, unterliegen einer Höchstgrenze, die vom Land, der Art der medizinischen Versorgung und /oder der Dauer abhängen (siehe Abschnitt 4.6 Stationäre Versorgung und die den Besonderen Vertragsbedingungen beigefügte Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen), die Anwendung finden auf den Aufenthalt (herkömmliches Einzelzimmer mit Nasszelle und Extrabett), Versorgung des Patienten, allgemeine Pflegekosten, Intensivstation, zusätzliche diagnostische und therapeutische Verfahren, Operationskosten,

Materialien, Kreißsaal, Narkosemittel und Medikamente.

- Ärztliche Honorare bei Einweisungen zur medizinischen oder chirurgischen Versorgung, Honorar des Chirurgen eingeschlossen, Assistenz, Anästhesisten und das medizinische Team im Allgemeinen, bis zu einer Höchstgrenze pro Versichertem und Kalenderjahr.
- Bei psychiatrischen Krankenhausaufenthalten unterliegt der Aufenthalt den Einschränkungen des Abschnitts 4.6.5 der Allgemeinen Vertragsbedingungen.
- Chirurgische Prothesen unterliegen einer Höchstgrenze bei der Rückerstattung gemäß Abschnitt 4.7 der Allgemeinen Vertragsbedingungen, unterliegen jedoch keinen Einschränkungen innerhalb des DKKV-Netzwerkes für Gesundheitsleistungen (Eigenmittel), sofern im Voraus die entsprechende Autorisierung der Versicherung eingeholt wurde.
- Finanzielle Leistungen für jeden Tag eines stationären Aufenthalts im Krankenhaus gemäß Abschnitt 4.7 dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen.

- Alle weiteren Leistungen im Zusammenhang mit stationären Krankenhausaufenthalten zur medizinischen und chirurgischen Versorgung bei den medizinischen Indikationen und mit den Deckungsbeschränkungen, die in den Abschnitten 4.3 und 4.6 dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen, die medizinische Versorgung im Krankenhaus betreffend, festgelegt wurden.

- **Besondere Deckungen von DKV Mundisalud Premium:** Modalitäten Individual und Kollektiv.

a) **Besondere zahnmedizinische Versorgung.** Bei DKV Mundisalud Premium sind sämtliche zahnärztlichen Behandlungen eingeschlossen, **ausgenommen diejenigen, die aus ästhetischen Gründen vorgenommen werden:** Wurzelbehandlung, Parodontosebehandlung, Kieferorthopädie, Zahnfüllungen, Zahnprothesen und Kieferorthopädie, Wurzelspitzenresektion, Implantate und die damit verbundenen diagnostischen Verfahren.

Der Versicherte kann Zahnärzte oder Zahnarztpraxen, die dem DKV-Netzwerk für Leistungen zur Mund- und Zahngesundheit nicht angehören (**Fremdmittel**), sowohl in Spanien

als auch im Ausland aufsuchen und hat Anspruch auf Erstattung eines **prozentualen Anteils der abgerechneten zahnmedizinischen Dienstleistungen**, sofern diese korrekt nach zahnmedizinischen Materialien und Behandlungen aufgelistet wurden.

Zudem kann das spanienweit verfügbare DKV-Netzwerk für Leistungen zur Mund- und Zahngesundheit (Eigenmittel) in Anspruch genommen werden. **Vor Inanspruchnahme der zahnmedizinischen Leistungen zu den für das DKV-Netzwerk für Leistungen zur Mund- und Zahngesundheit geltenden Sonderpreisen muss die DKV MEDICARD® vorgelegt werden. Auf diese Weise besteht Anspruch auf Rückerstattung der gesamten für diese zahnmedizinischen Leistungen angefallenen Kosten.** Für die Summe der in Rechnung gestellten zahnmedizinischen Behandlungen beider Versicherungsmodalitäten (**Eigenmittel und Fremdmittel**) gilt eine **Höchstgrenze pro Versichertem und Jahr, die in der Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen genannt wird, die den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigefügt ist.**

b) Psychotherapie: Rückerstattung einer jeden Sitzung bei Fremdmitteln, ohne Obergrenze des Betrags (Einzelheiten zur Deckung siehe Abschnitt 4.7 zu klinische Psychologie).

c) Familienplanung: Deckung besteht auch für die Kosten des Intrauterinpessars (IUP, „Spirale“) mittels Erstattung der Kosten bei Inanspruchnahme von Fremdmitteln, ohne Höchstgrenze je Einheit (Einzelheiten zur Deckung siehe Abschnitt 4.7 zu Familienplanung).

d) Chirurgische Prothesen: Ohne Deckungshöchstgrenze bei Inanspruchnahme von Eigenmitteln und mit im Voraus bei der Versicherung eingeholter Autorisierung (Einzelheiten zu den gedeckten Prothesen in Abschnitt 4.7 zu Prothesen). **Bei Inanspruchnahme von Leistungen außerhalb des DKV-Netzwerks für Gesundheitsleistungen (Fremdmittel) werden sowohl der Prozentsatz als auch die Erstattungsobergrenze pro Versichertem und Kalenderjahr in der Tabelle festgelegt, die den Besonderen Vertragsbedingungen beigelegt ist.**

e) Monofokale, multifokale und torische Intraokularlinsen in der Kataraktchirurgie: Eingeschlossen sind die Kosten der Linse für jedes zu behandelnde Auge

bis zu einem Höchstbetrag pro Jahr; dieser Höchstbetrag ist festgelegt in der den Besonderen Vertragsbedingungen beigelegten Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen und gilt sowohl für die Versorgung in der Modalität Eigenmittel als auch für die Modalität Fremdmittel mit Erstattung der Aufwendungen.

- **Exklusive Deckungen der Versicherung DKV Mundisalud Premium in der Modalität Individual**

a) Erstattung der Kosten für Akupunkturbehandlungen: (siehe Deckungsbeschreibung in Abschnitt 2.1 des Anhangs II der Allgemeinen Vertragsbedingungen sowie die Begrenzung der Erstattungen in der Tabelle, die den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigelegt ist).

b) Erstattung der Ausgaben für Familienhilfe und/oder Pflegehilfe, mit einer Teilgrenze für Verwaltungs- und Beratungskosten, wenn unfallbedingt Pflegebedürftigkeit der Stufe drei nachgewiesen wird (siehe Beschreibung der Deckung unter Abschnitt 2.2 des Anhangs II der Allgemeinen Vertragsbedingungen sowie die Begrenzung der Erstattungen in der Tabelle, die den Besonderen Vertragsbedingungen beigelegt ist).

c) Erstattung von Ausgaben für Medikamente (Einzelheiten siehe Abschnitt 2.3 des Anhangs II der Allgemeinen Vertragsbedingungen, Prozentsatz und Erstattungsgrenzen in der Tabelle, die den Besonderen Vertragsbedingungen beigefügt ist). Hierbei handelt es sich um eine optionale Deckung in der Modalität Kollektive.

d) Erstattung der jährlich anfallenden Kosten für die Einlagerung der Nabelschnurblutstammzellen in einer Stammzellbank während der ersten sechs Jahre ab Geburt, sofern die Gewinnung und Kryokonservierung der Nabelschnur über einen Anbieter erfolgte, der dem **Leistungsnetzwerk des DKV Clubs Salud y Bienestar angehört, die Geburt durch die Versicherung gedeckt war und das versicherte Kind, dessen Stammzellen eingelagert werden, weiter im Vertrag verbleibt.** (Einzelheiten siehe Abschnitt 2.4 des Anhangs II der Allgemeinen Vertragsbedingungen, Erstattungsgrenzen in der Tabelle, die den Besonderen Vertragsbedingungen beigefügt ist).

e) Assistierte Reproduktion bei Inanspruchnahme von dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörenden Leistungsanbietern (Einzelheiten der Deckung siehe

Abschnitt zu assistierter Reproduktion in Anhang II der Allgemeinen Vertragsbedingungen, Altersgrenze und Anzahl der Versuche in der Tabelle, die den Besonderen Vertragsbedingungen beigefügt ist).

f) Dialyse und Hämodialyse, die erbracht werden in Einrichtungen von Leistungsanbietern, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehören: Zur Behandlung von chronischem Nierenversagen.

- > Die Eigenbeteiligung ist limitiert auf 25 000 Euro pro Versichertem und Kalenderjahr bei der Erstattung von Aufwendungen (Versorgungsmodalität Fremdmittel). Ab dieser Summe liegt der Prozentsatz, den DKV für die Erstattung von Rechnungen berücksichtigt, bei 100%. Ausgenommen hiervon sind Garantien und Deckungen, die den Einschränkungen und Ausschlüssen unterliegen, die in den Allgemeinen Vertragsbedingungen festgelegt wurden und/oder in der den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigefügten Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen.

7.7 Ersatzweise Erstattung der Versorgung im Krankenhaus anhand von Pauschalsätzen

Bei der Leistungsmodalität Fremdmittel von DKV Mundisalud Classic, Élite und Premium besteht die Möglichkeit, eine anhand von Tabellensätzen pauschal festgelegte Erstattung in den Fällen zu erhalten, **in denen in der Rechnung zur stationären Versorgung keine Aufschlüsselung der erstattungsfähigen Aufwendungen vorgenommen wurde** (z. B. pauschale Rechnungsstellung (Forfaits), diagnoseabhängige Fallgruppenpauschalen –DRG– oder ähnliche), die in diesem Artikel festgelegt wurden (Einzelheiten siehe Abschnitte zur stationären Versorgung 7.4 und 7.5) und die aus diesem Grund bei der Berechnung der maximalen Erstattungsobergrenzen nicht berücksichtigt werden können, die in der den Besonderen Vertragsbedingungen beigefügten Tabelle festgelegt wurden. In diesen Fällen **findet als Ersatz der aufgeschlüsselten Abrechnung der Krankenhauskosten die folgende proportionale Regelung Anwendung** (gegebenenfalls inklusive der Deckung einer Prothese), um die Erstattung der Kosten der medizinischen Versorgung anhand der folgenden Prozentsätze nachträglich vornehmen zu können:

Ein Anteil von 50% des Gesamtbetrags der Krankenhausrechnung: Wird den Kosten der Krankenhauseinweisung und des Krankenhausaufenthaltes zugewiesen (Aufenthaltsdauer von mindestens 24 Stunden); auf diesen Betrag findet der für Erstattungen festgelegte Prozentsatz Anwendung und es gilt, bezogen auf die in Rechnung gestellten Tage des Aufenthaltes, die maximale, für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes festgelegte Erstattungsobergrenze, die der für den Vertrag geltenden Modalität entsprechend festgelegt wurde.

Ein Anteil von 35% des Gesamtbetrags der Krankenhausrechnung: Wird den Kosten der Honorare für Ärzte und Chirurgen zugewiesen (Chirurg, Assistenten, Anästhesisten und dem Ärzteteam im Allgemeinen), die während einer Krankenhauseinweisung oder eines Krankenhausaufenthaltes angefallen sind (in den verschiedenen Modalitäten, Abschnitt 4.6 der Allgemeinen Vertragsbedingungen); auf diesen Betrag findet der für Erstattungen festgelegte Prozentsatz Anwendung und es gilt die maximale, für jeden Versicherten und jedes Jahr festgelegte Erstattungsobergrenze für medizinisch-chirurgische Honorare, die gemäß der für den Vertrag geltenden Modalität Gültigkeit hat.

Ein Anteil von 15 % des Gesamtbetrags der Krankenhausrechnung: Wird den Kosten für chirurgische Prothesen oder Implantate zugewiesen (siehe Abschnitt 4.7 der Allgemeinen Vertragsbedingungen); auf diesen Betrag findet der für Erstattungen festgelegte Prozentsatz Anwendung und es gilt die maximale, für Prothesen und Implantate festgelegte Erstattungsobergrenze, die gemäß der für den Vertrag geltenden Modalität Gültigkeit hat.

festgelegte Prozentsatz Anwendung und es gilt die maximale, zuvor bereits genannte Erstattungsobergrenze für medizinisch-chirurgische Honorare.

Wurden im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt keine Prothesen oder Implantate in Rechnung gestellt, erfolgt die Zuweisung der verbleibenden 15% nach folgendem Schema:

Ein Anteil von 60 % des Gesamtbetrags der Krankenhausrechnung: Wird den Kosten der Krankenhauseinweisung und des Krankenhausaufenthaltes zugewiesen; auf diesen Betrag findet der für Erstattungen festgelegte Prozentsatz Anwendung und es gilt die zuvor genannte maximale, für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes festgelegte Erstattungsobergrenze.

Ein Anteil von 40 % des Gesamtbetrags der Krankenhausrechnung: Wird den Kosten der Honorare für Ärzte und Chirurgen zugewiesen (Chirurg, Assistenten, Anästhesisten und dem Ärzteteam im Allgemeinen); auf diesen Betrag findet der für Erstattungen

8. Grundlegende Bestimmungen des Vertrages

8.1 Abschluss des Versicherungsvertrags und Laufzeit der Versicherung

Der vorliegende Vertrag ist auf Grundlage und in Übereinstimmung mit den vom Versicherungsnehmer und den versicherten Personen in dem vor Vertragsabschluss im Gesundheitsfragebogen gemachten Angaben zustande gekommen; diese Angaben haben zur Annahme des zu versichernden Wagnisses durch DKV Seguros geführt und zur Festlegung des Versicherungsbeitrages.

Der Versicherungsvertrag und daran vorgenommene Änderungen treten erst dann in Kraft, wenn der Vertrag unterschrieben wurde und die Zahlung des ersten Beitrages erfolgt ist, es sei denn, in den Besonderen Vertragsbedingungen wurde Gegenteiliges vereinbart.

Weicht der Inhalt des Versicherungsvertrags vom Inhalt des Versicherungsantrags oder den

vereinbarten Klauseln ab, kann der Versicherungsnehmer innerhalb einer Frist von einem Monat, beginnend mit dem Erhalt des Vertrags, DKV Seguros dazu auffordern, diese Unstimmigkeiten zu beheben.

Läuft diese Frist ab und der Versicherungsnehmer hat keine Behebung gefordert, gelten die im Vertrag festgehaltenen Regelungen.

Die Versicherung wird mit der in den Besonderen Vertragsbedingungen vorgesehenen Laufzeit abgeschlossen. Sofern nichts Gegenteiliges vereinbart wird, stimmt die Laufzeit der Versicherung mit einem Kalenderjahr überein.

Der Versicherungsvertrag verlängert sich automatisch um jeweils ein weiteres Jahr. **DKV Seguros kann der Verlängerung des Vertrags durch schriftliche Mitteilung an den Versicherungsnehmer mit einer Mindestfrist von zwei Monaten zum Ablauf des Jahres widersprechen,**

wenn die Versicherung den Vertrag nicht verlängern wird oder wenn sie Änderungen daran vornehmen will.

Gleichfalls kann der Versicherungsnehmer der Vertragsverlängerung widersprechen. Hierfür ist eine Frist von mindestens einem Monat vor dem im Vertrag festgelegten Ablauf einzuhalten und die Mitteilung an DKV Seguros hat in einer Weise zu erfolgen, die die Führung eines Nachweises erlaubt.

DKV Seguros kann Versicherten, die für die Dauer von drei aufeinander folgenden Jahren ununterbrochen durch einen Vertrag versichert waren, diesen Vertrag nicht mehr kündigen. Der Vertrag verlängert sich automatisch Jahr für Jahr, sofern keine Vertragsverletzung vonseiten des Versicherten vorliegt und sofern keine Ungenauigkeiten, Vorsatz oder Verschulden bei der Beantwortung der Fragen des zum Versicherungsantrag gehörenden Gesundheitsfragebogens vorliegen.

Bedingung für den Verzicht von DKV Seguros auf das Recht, einer Fortsetzung des Versicherungsvertrags zu widersprechen ist, dass der Versicherungsnehmer akzeptiert, dass die Höhe des Versicherungsbeitrages jährlich schwankt aufgrund der technischen Kriterien, die unter Abschnitt 8.4 dieses Vertrages

dargelegt werden sowie aufgrund von Änderungen der Allgemeinen Vertragsbedingungen, die sämtlichen Versicherten unterbreitet werden, die dieselbe Versicherungsmodalität unter Vertrag genommen haben.

8.2 Weitere Pflichten, Aufgaben und Rechte des Versicherungsnehmers

Der Versicherungsnehmer oder gegebenenfalls der Versicherte hat die Pflicht:

a) DKV Seguros vor dem Abschluss des Vertrages mithilfe des von ihm ausgefüllten Fragebogens Angaben zu allen ihm bekannten Umständen zu machen, die Einfluss auf die Risikobewertung haben könnten. Er ist von dieser Verpflichtung befreit, falls er von DKV Seguros keinen Fragebogen erhält, oder falls er den Fragebogen erhält, es sich um Umstände handelt, welche die Risikobewertung beeinflussen können, diese jedoch nicht in diesem Fragebogen enthalten sind (Artikel 10 des spanischen Versicherungsvertragsgesetzes Ley de Contrato de Seguro).

b) DKV Seguros während der Laufzeit des Vertrages so früh wie möglich über eine Verlegung des gewöhnlichen Wohnsitzes ins Ausland zu informieren, weiter über jede Verlegung des Wohnsitzes innerhalb Spaniens, Änderungen der gewöhnlichen,

beruflichen Beschäftigung, die Aufnahme von mit hohem oder extremem Risiko verbundenen Freizeit- oder Sportaktivitäten, die, wenn sie DKV Seguros bei Vertragsabschluss bekannt gewesen wären, das Zustandekommen der Versicherung entweder verhindert oder zu einem Abschluss zu anderen Bedingungen geführt hätten.

c) Alle ihm zur Verfügung stehenden Mittel für eine baldige Genesung und zur Reduzierung der Folgen der eingetretenen Schädigung zu nutzen.

Die vorsätzliche Nichterfüllung dieser Obliegenheiten mit der Absicht, DKV Seguros zu täuschen oder zu schädigen oder um sich einen zusätzlichen Vorteil zu verschaffen, befreit DKV Seguros von jeglicher mit diesem Versicherungsfall zusammenhängenden Leistungspflicht.

Die Abtretung und Übertragung von Rechten und Ansprüchen gemäß Abschnitt 3.5 an DKV Seguros zu ermöglichen.

Hat der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person Anspruch auf Entschädigung von Dritten, geht dieses Recht in der Höhe der für die Gesundheitsversorgung erbrachten Summe auf DKV Seguros über.

8.3 Weitere Verpflichtungen der Versicherung DKV Seguros

Neben der Erbringung der vertraglich vereinbarten Gesundheitsversorgung in der Modalität, die im Vertrag beschrieben wird, händigt DKV Seguros dem Versicherungsnehmer das Vertragsdokument, also die Versicherungspolice, aus.

Weiter händigt DKV Seguros dem Versicherungsnehmer für jeden der durch den Vertrag Mitversicherten die als Identifikationsmedium dienende Versicherungskarte aus, weiter Informationen zu dem für seine Wohnzone geltenden Cuadro Médico genannten Verzeichnis der vertragsgebundenen medizinischen Fachkräfte und Zentren (DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen), in dem das oder die permanent geöffneten Notfalleinrichtungen sowie die Anschriften und Sprechzeiten der medizinischen Fachkräfte enthalten sind, die Vereinbarungen mit DKV getroffen haben.

Nach dem Ablauf eines Jahres ab Vertragsabschluss oder der Aufnahme weiterer Versicherter, übernimmt DKV Seguros die Deckung für alle bereits zuvor vorhandenen Erkrankungen, sofern diese dem Versicherten nicht bekannt waren und er diese nicht absichtlich bei Beantwortung des Gesundheitsfragebogens verschwiegen hat.

8.4 Bezahlung der Versicherung (Beiträge oder Prämien genannt)

Der Versicherungsnehmer ist dazu verpflichtet, in dem Moment den Erstbeitrag oder den Einmalbeitrag zu bezahlen, in dem er den Versicherungsvertrag annimmt.

Die nachfolgenden Beiträge sind jeweils bei Fälligkeit zu bezahlen.

Der Versicherungsnehmer kann eine Fraktionierung des Jahresbeitrages in halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich zu bezahlende Teilbeträge beantragen.

In diesen Fällen wird der dafür vorgesehene Zuschlag erhoben. Die Fraktionierung des Versicherungsbeitrags befreit den Versicherungsnehmer jedoch nicht von seiner Pflicht, den gesamten Jahresbeitrag zu entrichten.

Ist durch das Verschulden des Versicherungsnehmers der Erstbeitrag oder der Einmalbeitrag bei Fälligkeit nicht bezahlt worden, ist DKV Seguros dazu berechtigt, den Vertrag entweder aufzulösen oder die Bezahlung des aufgrund des Vertrags fälligen Beitrags im Rahmen eines gerichtlichen Beitreibungs- und Vollstreckungsverfahrens einzufordern.

In jedem Fall gilt, sofern nichts Gegenteiliges in den Besonderen Vertragsbedingungen vereinbart wurde, für den Fall, dass der Versicherungsbeitrag nicht vor dem Eintritt eines Versicherungsfalls bezahlt worden ist, die Versicherung DKV Seguros von der Leistungspflicht befreit ist.

Wird der zweite Beitrag oder werden nachfolgende Beiträge oder die vereinbarten Teilbeträge nicht bezahlt, wird die von DKV Seguros gebotene Deckung einen Monat nach dem Tag der Fälligkeit außer Kraft gesetzt.

Fordert DKV Seguros die Zahlung nicht innerhalb der auf diesen Fälligkeitstermin folgenden sechs Monate ein, gilt der Vertrag als erloschen.

Ist der Vertrag nicht gemäß der zuvor genannten Bedingungen außer Kraft gesetzt worden oder erloschen, setzt die Deckung 24 Stunden nach dem Tag wieder ein, an dem der Versicherungsnehmer den Beitrag bezahlt hat.

In diesem Fall übernimmt DKV Seguros den Beitrag für den Zeitraum, in dem der Versicherungsschutz aufgrund der Nichtbezahlung außer Kraft gesetzt war.

Wurde der Vertrag außer Kraft gesetzt, gilt in jedem Fall, dass DKV Seguros

ausschließlich zur Forderung des Beitrages für den laufenden Zeitraum berechtigt ist.

DKV Seguros haftet nur für die von DKV Seguros ausgestellten Rechnungen.

Wird in den Besonderen Vertragsbedingungen nichts Gegenteiliges vereinbart, wird der Beitrag per Lastschrift eingezogen.

Hierzu hat der Versicherungsnehmer DKV Seguros seine Kontoverbindungsdaten für die Abbuchungen der für diese Versicherung fälligen Beiträge mitzuteilen und seinem Finanzinstitut die Genehmigung zur Vornahme zu erteilen.

Wurde in den Besonderen Vertragsbedingungen kein Erfüllungsort festgelegt, gilt der Wohnsitz des Versicherungsnehmers als Erfüllungsort für die Versicherungsbeiträge.

DKV Seguros hat das Recht, bei jeder Verlängerung des Versicherungsvertrages aufgrund der versicherungstechnischen Berechnungen den Jahresbeitrag (auch Versicherungsprämie genannt) anzupassen und gegebenenfalls die Kosten pro medizinischer Handlung. Der Beitrag für jeden Versicherten wird auf der Grundlage der folgenden objektiven Risikofaktoren berechnet: Alter und geografische Lage des Wohnsitzes.

Wenn die mathematischen, von DKV verwendeten Methoden zur Berechnung der Risikoprämie weitere objektive Risikofaktoren von Bedeutung aufzeigen, erfolgt eine Mitteilung über die Einbeziehung dieser Faktoren in die Berechnung des neuen Tarifs vor Verlängerung der Versicherung.

Bei der Berechnung des Beitrags werden zudem weitere Faktoren berücksichtigt, wie der Anstieg der Kosten für die medizinischen Versorgungsleistungen sowie die den Deckungsleistungen neu hinzugefügten technologischen Innovationen.

Im Falle der Kollektiv- oder Gruppenversicherungen wird bei Erneuerungen ebenfalls das kollektive Ergebnis und die Anzahl der Prämienteilbeträge berücksichtigt.

Die für jedes Gesundheitsprodukt in der Modalität Individual derzeit gültigen Beiträge können Sie über unsere Webseite www.dkvseguros.com konsultieren und ebenfalls in den Büros der Versicherung DKV Seguros.

Es werden jeweils die zum Zeitpunkt der Verlängerung gültigen Tarife berücksichtigt.

Die Höhe des Versicherungsbeitrags kann sich ebenfalls in Abhängigkeit vom Alter und von weiteren persönlichen Umständen der Versicherten ändern.

Bei Versicherungen in der Modalität „Colectiva“, also Gruppenversicherungen, kann in einigen Bereichen eine Einteilung nach Altersgruppen vorgenommen werden. Die Beiträge können ebenfalls aufgrund von Veränderungen in der Struktur des versicherten Kollektivs Änderungen erfahren sowie bei Kostenerstattungen aufgrund der Neubewertung des maximal versicherten Kapitals. Erreicht der Versicherte während der Laufzeit der Versicherung ein Alter, das einer anderen Altersgruppe zugeordnet ist, ändert sich dementsprechend der Beitrag und es wird bei der nächsten jährlichen Verlängerung der für diese Altersgruppe gültige Beitrag erhoben.

Für die jährlichen Beitragsanpassungen unterliegt DKV Seguros keinerlei Begrenzungen. Der nach Aufnahme der entsprechenden Zuschläge festgesetzte Jahresbeitrag berücksichtigt die Prinzipien von Angemessenheit und technischer Ausgewogenheit gemäß der die Versicherungsgeschäfte regelnden Vorschriften.

Diese Berechnungen finden ebenfalls Anwendung in den Fällen, in denen der Versicherte das bereits beschriebene Recht hat, dass ihm die Verlängerung seines Vertrages vonseiten von DKV Seguros nicht mehr verweigert werden kann.

Wenn der Versicherungsnehmer von DKV Seguros die Mitteilung über die Anpassung des Beitrags für das nächste Jahr der Laufzeit erhält, kann er zwischen der Verlängerung des Vertrags und der Beendigung zum Ablauf der aktuellen Laufzeit wählen. Im zweiten Fall hat der Versicherungsnehmer seinen Wunsch, die Vertragsbeziehung zum Ende der Laufzeit zu beenden, DKV Seguros schriftlich mitzuteilen.

8.5 Verlust von Rechten

Der Versicherte verliert das Recht auf die garantierte Leistung:

a) Wenn der Versicherungsnehmer oder der Versicherte die im Gesundheitsfragebogen gestellten Fragen oder solche, die ihm zur weiteren Klärung gestellt wurden, nicht wahrheitsgemäß beantwortet hat, sei es dadurch, dass er wissentlich relevante Umstände verschweigt oder dadurch, dass er bei der Bereitstellung der von ihm verlangten Daten nicht mit ausreichender Sorgfalt handelt (Artikel 10 des spanischen Versicherungsvertragsgesetzes).

8.6 Aussetzung und Kündigung des Versicherungsvertrags

a) DKV Seguros hat das Recht, den Vertrag zu kündigen, indem eine schriftliche Erklärung an den Versicherungsnehmer ergeht; dies hat

innerhalb eines Monats zu geschehen, gerechnet ab dem Zeitpunkt, zu dem die Versicherung Kenntnis über die verschwiegenen Umstände oder die fehlende Sorgfalt bei Beantwortung des Gesundheitsfragebogens erhalten hat (Artikel 10 des spanischen Versicherungsvertragsgesetzes).

b) Sollte sich das Risiko durch Verlegung des ständigen Wohnsitzes ins Ausland, Änderung des Wohnsitzes innerhalb Spaniens, Änderung der beruflichen Tätigkeit, Freizeitaktivitäten oder Extremsportaktivitäten ändern, hat DKV Seguros das Recht, vom Vertrag zurückzutreten. Die Vertragskündigung wird dem Versicherungsnehmer oder Versicherten innerhalb eines Monats ab Kenntnisnahme der Risikohöherhöhung schriftlich mitgeteilt. (Artikel 12 des spanischen Versicherungsvertragsgesetzes).

c) DKV Seguros hat das Recht, den Vertrag zu kündigen, wenn durch das Verschulden des Versicherungsnehmers die erste Prämie oder die Einmalprämie bei Fälligkeit nicht bezahlt worden ist.

Wird der zweite Beitrag oder werden nachfolgende Beiträge oder die vereinbarten Teilbeträge nicht bezahlt, wird die von DKV Seguros gebotene Deckung einen Monat nach dem Tag der Fälligkeit dieses Beitrags

oder seines Teilbetrages außer Kraft gesetzt.

Fordert DKV Seguros die Zahlung nicht innerhalb der auf diesen Fälligkeitstermin folgenden sechs Monate ein, gilt der Vertrag als erloschen.

Ist der Vertrag nicht gemäß der zuvor genannten Bedingungen außer Kraft gesetzt worden oder erloschen, setzt die Deckung 24 Stunden nach dem Tag wieder ein, an dem der Versicherungsnehmer den Beitrag bezahlt hat. Sie entfaltet jedoch keine rückwirkende Wirkung.

8.7 Mitteilungen

Mitteilungen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Personen an DKV Seguros sind an den Sitz der Versicherung zu richten. Unabhängig davon haben auch Mitteilungen Gültigkeit, die in einer Art und Weise, die die Führung eines Nachweises erlaubt, an den Vertreter von DKV Seguros gerichtet sind, der den Vertrag vermittelt hat.

Von einem Versicherungsvertreter im Namen des Versicherungsnehmers oder den versicherten Personen an DKV Seguros weitergeleitete Mitteilungen haben die gleiche Rechtswirkung, wie es von diesen direkt an DKV Seguros gerichtete haben würden.

Jedoch gelten Mitteilungen, die vom Versicherungsnehmer oder den versicherten Personen an den Versicherungsvertreter gerichtet werden, so lange als nicht gemacht, bis DKV Seguros diese erhalten hat.

Mitteilungen, die DKV Seguros an den Versicherungsnehmer oder den Versicherten richtet, gehen an den Wohnsitz, den diese im Vertrag angegeben haben, es sei denn, diese haben DKV einen Wohnsitzwechsel mitgeteilt.

8.8 Besondere gesundheitlichen Risiken

Der Versicherungsnehmer kann mit DKV Seguros die Deckung von Risiken vereinbaren, die durch diese Allgemeinen Vertragsbedingungen ausgeschlossen werden oder von diesen nicht ausdrücklich erfasst werden.

Diese werden »besondere gesundheitliche Risiken« genannt. Damit diese vom Versicherungsschutz erfasst werden, ist es notwendig, sie in den Besonderen Vertragsbedingungen ausdrücklich festzulegen und es ist dafür ein Zusatzbeitrag zu bezahlen.

8.9 Steuern und Gebühren

Übertragbare Steuern und Gebühren gehen zulasten des Versicherungsnehmers und/oder der versicherten Person.

Anhang I: Reiseversicherung (Reiseassistenz)

1. Einleitende Regelungen

1.1 Versicherte Personen

Natürliche Personen, die in Spanien ihren Hauptwohnsitz haben und Begünstigte der DKV-Krankenversicherung sind.

1.2 Geltungsbereich der Versicherung
Die Versicherung gilt weltweit und setzt ein nach Überschreiten der Grenze der Provinz, in der sich der gewöhnliche Wohnsitz des Versicherten befindet. Ausgenommen davon sind die Deckungen, die in diesem Anhang unter den Abschnitten 2.1.1, 2.1.3, 2.1.14, 2.1.20 genannt werden sowie unter 2.1.6 und 2.1.8 bezogen auf Hotelkosten, diese gelten nicht innerhalb Spaniens und die Leistungen werden nur bei Auslandsreisen des Versicherten erbracht.

1.3 Laufzeit der Versicherung

Die Laufzeit stimmt mit derjenigen der Krankenversicherung überein, die den Hauptversicherungsschutz bietet.

1.4 Geltung

Um die garantierten Leistungen in Anspruch nehmen zu können, muss der Versicherte seinen gewöhnlichen Wohnsitz in Spanien haben und sich dort auch gewöhnlich aufhalten, sodass Reisen oder Aufenthalte außerhalb dieses gewöhnlichen Wohnsitzes **eine Dauer von 180 aufeinanderfolgenden Tagen nicht überschreiten dürfen.**

2. Beschreibung der Deckungen

2.1 Gesundheitsversorgung

2.1.1 Ausgaben für medizinische und chirurgische Versorgung, Medikamente, Versorgung und Aufenthalt im Krankenhaus sowie Transport im Krankenwagen im Ausland
 DKV Seguros trägt die Ausgaben für medizinische und chirurgische Versorgung, durch einen Arzt verschriebene Medikamente, für Versorgung und Aufenthalt im Krankenhaus sowie für Transport im

Krankenwagen, wenn diese Kosten infolge einer Erkrankung oder eines Unfalls anfallen, der sich während einer Auslandsreise ereignet; **es gilt eine maximale Obergrenze von 20 000 Euro.**

Die maximale Obergrenze dieser Deckungsleistungen gilt für jeden einzelnen Versicherungsfall, der eintreten kann, und für jeden einzelnen Versicherten.

2.1.2 Ausgaben bei zahnmedizinischen Notfällen

Treten während der Reise akute Zahnprobleme wie Entzündungen, Zahnschmerzen oder Verletzungen auf, die eine Notfallbehandlung erforderlich machen, trägt DKV Seguros die Kosten dieser Behandlung, **bis maximal 300 Euro.**

2.1.3 Verlängerung eines Hotelaufenthaltes im Ausland

Wenn der Versicherte im Ausland krank oder verletzt ist und die Rückreise nicht zum geplanten Zeitpunkt möglich ist, übernimmt DKV Seguros für den Versicherten die Aufwendungen für eine durch einen Arzt verordnete Verlängerung des Aufenthaltes in einem Hotel nach einem Krankenhausaufenthalt, **bis zu einem Betrag von 80 Euro pro Tag und bis maximal 800 Euro.**

2.1.4 Krankenrücktransport und Verlegung

Erkrankt der Versicherte während einer Reise oder erleidet er einen Unfall, kümmert sich DKV Seguros um Folgendes:

a) Die Kosten für den Transport im Krankenwagen bis zur am nächsten gelegenen Klinik oder Krankenhaus.

b) Kontaktaufnahme mit dem Arzt, der den erkrankten oder verletzten Versicherten behandelt, um geeignete Maßnahmen und die am besten geeignete und durchzuführende Behandlung festzulegen sowie das am besten geeignete Transportmittel für eine mögliche Verlegung in ein anderes, besser geeignetes Krankenhaus, sofern erforderlich, oder nach Hause.

c) Die Kosten einer Verlegung des Verletzten oder Erkrankten mit dem am besten geeigneten Transportmittel bis zu einem anderen Krankenhaus oder den Transport nach Hause.

Sollte der Versicherte in einem Krankenhaus untergebracht sein, das nicht in der Nähe seines Wohnsitzes liegt, kümmert sich DKV Seguros zur gegebenen Zeit, wenn die Krankenhausentlassung vorliegt, um den Transport nach Hause.

Das in Europa und den Mittelmeerländern benutzte Transportmittel ist, wenn es Dringlichkeit und Schwere des Falles erfordern, ein Spezialflugzeug für Krankentransporte.

Andernfalls und weltweit erfolgt der Transport in einem regulären Linienflugzeug oder je nach den Umständen mit dem schnellsten oder am besten geeigneten Transportmittel.

2.1.5 Rückführung von Verstorbenen und deren Begleitern

DKV Seguros kümmert sich um alle Formalitäten, die am Ort des Ablebens des Versicherten zu erledigen sind und um die Rückführung und Überführung des Leichnams bis zum Bestattungsort in Spanien.

Ist der verstorbene Versicherte in Begleitung von Familienangehörigen gereist, die ebenfalls versichert sind, und können diese nicht mit den ursprünglich für die Rückreise vorgesehenen Verkehrsmitteln zurückkehren, oder weil das gekaufte Rückreiseticket dies nicht zulässt, kümmert sich DKV Seguros um deren Transport bis zum Ort des Begräbnisses oder zu ihrem Wohnsitz in Spanien.

Handelt es sich bei diesen Familienangehörigen um die Kinder des Versicherten, der verstorben ist, und sind diese jünger als 15 Jahre und gibt

es keinen Familienangehörigen oder eine Person ihres Vertrauens, die die Kinder auf der Rückreise begleiten kann, stellt DKV Seguros eine Begleitperson, die gemeinsam mit ihnen bis zum Bestattungsort oder zum Wohnsitz in Spanien reist.

2.1.6 Begleitung der sterblichen Überreste

Sollte niemand da sein, der die sterblichen Überreste des verstorbenen Versicherten bei deren Überführung begleitet, stellt DKV der Person, die von den Familienangehörigen des Verstorbenen dazu bestimmt wird, ein Hin- und Rückreiseticket bereit, um diese Begleitung wahrzunehmen.

Tritt der Todesfall im Ausland ein, trägt DKV Seguros zudem die Kosten des Aufenthalts dieser Person oder stattdessen, die Kosten des Aufenthalts einer anderen Person, die bereits vor Ort ist, das sie mit dem verstorbenen Versicherten gemeinsam auf Reisen war, sofern diese durch die Familienangehörigen als Begleitperson für den Leichnam bestimmt wurde; **es gilt eine Obergrenze von 80Euro pro Tag für einen maximalen Zeitraum von drei Tagen.**

2.1.7 Rücktransport oder Transport der weiteren Versicherten

Ist der Transport oder Rücktransport aus dem Ausland eines der Versicherten aufgrund Krankheit oder Unfall erfolgt

und verhindert dieser Umstand, dass die anderen, ebenfalls versicherten, Familienmitglieder mit den ursprünglich vorgesehenen Mitteln die Rückkehr zu Ihrem Wohnsitz vornehmen, übernimmt DKV Seguros die Kosten für:

a) Die Beförderung der übrigen Versicherten bis zu ihrem gewöhnlichen Wohnsitz oder dem Ort, an dem sich der transportierte oder aus dem Ausland zurückgeholte Versicherte im Krankenhaus befindet.

b) Die Bereitstellung einer Person, die mit den unter dem vorstehenden Punkt a) genannten verbleibenden Versicherten reist und diese begleitet, wenn es sich dabei um die Kinder des zurücktransportierten Versicherten handelt, diese jünger als 15 Jahre sind und kein Familienangehöriger oder eine Person ihres Vertrauens vorhanden ist, die diese auf der Heimreise begleiten kann.

2.1.8 Reise einer Begleitperson

Wird der Versicherte mehr als 5 Tage stationär behandelt, übernimmt DKV Seguros die Aufwendungen für ein Hin- und Rückreisicket für einen Familienangehörigen zur Unterstützung der versicherten Person. Sofern die stationäre Behandlung im Ausland erfolgt, trägt DKV Seguros die Kosten des Hotelaufenthalts des Familienangehörigen. Erstattet werden bei Vorlage der dazugehörigen

Zahlungsbelege **bis 80 Euro täglich und maximal für zehn Tage.**

2.1.9 Vorzeitige Rückreise an den gewöhnlichen Wohnsitz

Ereignet sich während einer Reise des Versicherten, bei der er sich nicht an seinem gewöhnlichen Wohnsitz aufhält, ein Brand oder ein schwerer Schadensfall, oder verstirbt ein Familienangehöriger ersten Grades, stellt DKV Seguros dem Versicherten ein Ticket für die Heimreise zur Verfügung, wenn das Ticket, das er für seine geplante Rückreise hat, eine vorzeitige Reise nicht erlaubt.

Will der Versicherte nach Klärung der für die vorzeitige Rückkehr an seinen gewöhnlichen Wohnsitz verantwortlichen Situation an den Ort zurückkehren, an dem er sich auf seiner Reise befand und diese unterbrechen musste, stellt DKV Seguros ihm erneut ein Ticket für die Rückreise an diesen Ort bereit.

2.1.10 Versand von Medikamenten

DKV Seguros koordiniert den Versand von Medikamenten, die für den Heilungsprozess des Versicherten erforderlich sind und die an dem Ort, an dem dieser sich befindet, nicht erhältlich sind.

2.1.11 Telefonische Arztberatung

Benötigt der Versicherte während seiner Reise ärztliche Informationen,

kann er diese beantragen, indem er die Betreuungszentrale anruft.

Angesichts der Unmöglichkeit, telefonisch eine Diagnose zu stellen, ist die erhaltene Auskunft als reine Orientierungshilfe zu betrachten und es kann daher davon keine Haftung für DKV Seguros abgeleitet werden.

2.1.12 Hilfe bei der Gepäcksuche

Bei einem Verlust des Gepäcks bietet DKV Seguros Unterstützung bei Anforderung und Abwicklung der Suche und Lokalisierung an; sobald das Gepäck gefunden wurde, trägt die Versicherung die Kosten für den Versand an den Wohnsitz des Versicherten.

2.1.13 Versand von Dokumenten

Sollte der Versicherte ein Dokument benötigen, das er vergessen hat, kümmert sich DKV Seguros um die Erledigung der entsprechenden Formalitäten und leitet die notwendigen Schritte ein, damit er dieses an seinem Aufenthaltsort entgegennehmen kann.

2.1.14 Aufwendungen für einen Rechtsbeistand und Vorschuss einer Prozessbürgschaft im Ausland

Falls sich während der Reise im Ausland ein Verkehrsunfall ereignet und die versicherte Person einen Rechtsbeistand hinzuziehen muss, übernimmt DKV Seguros die dadurch entstehenden Aufwendungen **bis zu einer Höchstgrenze von 1500 Euro**.

Ist der Versicherte nicht dazu in der Lage, einen Anwalt zu beauftragen, wird DKV Seguros dies für ihn tun, ohne dass dies jedoch dazu führt, das in Bezug auf das anwaltliche Handeln später Haftungsansprüche an die Versicherung gestellt werden können.

Fordern die zuständigen Behörden des Landes, in dem sich der Unfall ereignet hat, eine Strafkautions, streckt DKV Seguros diese vor, **begrenzt auf einen Höchstbetrag von 6000 Euro**.

Der Versicherte hat diese vorgestreckte Kautions **innerhalb einer Frist von maximal drei Monaten** zurückzuzahlen, gerechnet ab dem Zeitpunkt, an dem DKV den geliehenen Betrag geleistet hat. Erstaten die zuständigen ausländischen Behörden dem Versicherten den Betrag vor Ablauf dieser dreimonatigen Frist, so hat dieser den vorgestreckten Betrag umgehend an DKV Seguros zurückzuzahlen.

2.1.15 Reiseberatung unterwegs

Benötigt der Versicherte Informationen über die Länder, die er besuchen möchte, wie zum Beispiel Einreiseformalitäten, Visa, Währung, wirtschaftliches und politisches Regime, Bevölkerung, Sprache, Gesundheitslage etc., stellt DKV Seguros diese allgemeinen Informationen zur Verfügung; hierfür hat sich der Versicherte über die angegebene Rufnummer telefonisch mit der

Versicherung in Verbindung zu setzen und dort um Beantwortung seiner Fragen zu bitten; die Antworten erhält er auf Wunsch durch einen Telefonanruf oder per E-Mail.

2.1.16 Zustellung von Mitteilungen

DKV Seguros übernimmt die Zustellung dringender Mitteilungen an Familienangehörige von Versicherten, die infolge von Ereignissen gemacht werden müssen, die durch die Garantien der hier vorliegenden Versicherung gedeckt sind.

2.1.17 Familienhilfe

Bleiben infolge der für ein Familienmitglied aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes oder des Todes des Versicherten gegebenen Reisegarantie Kinder im Alter von unter 15 Jahren oder behinderte Kinder alleine zu Hause zurück, wird eine Aufsichtsperson bereitgestellt **und es werden die Kosten bis zu 60 Euro pro Tag und maximal für sieben Tage getragen.**

2.1.18 Sperrung von Karten

Bei Raub, Diebstahl oder Verlust von Bank- und anderen Karten, die von Ausstellern in Spanien ausgegeben wurden, verpflichtet sich DKV Seguros, dies auf Bitte des Versicherten hin dem Aussteller zur Vornahme der Sperrung der Karte mitzuteilen.

2.1.19 Sperrung von Mobiltelefonen

Meldet der Versicherte den Diebstahl oder Verlust seines Mobiltelefones, teilt DKV Seguros diesen Umstand dem entsprechenden Telefonanbieter mit und beantragt die Sperrung des Geräts. DKV Seguros haftet in keinem Fall für eine missbräuchliche Nutzung.

2.1.20 Vorauszahlung von Geldern im Ausland

Fallen aufgrund einer im Ausland aufgetretenen Erkrankung oder eines Unfalls außergewöhnliche Kosten an, leistet DKV Seguros, wenn dies notwendig sein sollte, eine Vorauszahlung **bis maximal 1500 Euro** an den Versicherten; hierzu hat der Versicherte ein Schriftstück zu unterzeichnen, mit dem er die Schuld anerkennt oder einen Bankscheck über den als Vorauszahlung bereitgestellten Betrag beziehungsweise den Gegenwert in Euro; immer unter Berücksichtigung der in Bezug auf Devisenkontrolle geltenden Rechtsnormen.

Der Versicherte verpflichtet sich, DKV Seguros den vorgestreckten Betrag innerhalb von maximal 30 Tage zurückzuzahlen, gerechnet ab dem Zeitpunkt, an dem die Versicherung die Mittel übergeben hat.

2.2 Gepäck

2.2.1 Bearbeitungskosten für verlorene Dokumente

Gedeckt werden, **bis maximal 120 Euro**, begründete Ausgaben, die dem Versicherten während der Reise entstehen, um Ersatz für Kreditkarten, Bankschecks, Reiseschecks, Tankkarten, Transporttickets, seinen Reisepass oder sein Visum zu erhalten, der im Zusammenhang mit Verlust oder Diebstahl steht, der im Verlauf einer Reise oder eines Aufenthaltes außerhalb seines gewöhnlichen Wohnsitzes erfolgt ist.

Von der Deckung ausgeschlossen und folglich nicht erstattungsfähig sind Schäden infolge von Verlust, Diebstahl oder der missbräuchlichen Verwendung der vorgenannten Dokumente durch dritte Personen sowie zusätzliche Ausgaben, die nicht direkt mit der Ausstellung von Duplikaten in Verbindung stehen.

2.3 Verspätungen

2.3.1 Das Nichterreichen einer Anschlussverbindung aufgrund von Verspätung des Verkehrsmittels

Wenn das öffentliche Verkehrsmittel sich aufgrund einer technischen Störung, Streik, extremen Witterungsbedingungen oder Naturkatastrophen, gewaltsamem Eingreifen zuständiger Autoritäten

oder anderer Personen verspätet und infolgedessen der fahrplanmäßige Anschluss an das nächste öffentliche Verkehrsmittel nicht erreicht wird, das reserviert und gemäß Reiseticket vorgesehen war, erstattet DKV Seguros die mit der Verspätung verbundenen Ausgaben für Unterkunft und Verpflegung bis zu einem Höchstbetrag von 120 Euro.

3. Begrenzungen und leistungseinschränkende Regelungen des Vertrages

3.1 Ausschlüsse

3.1.1 Die Garantien und Leistungen, die bei DKV Seguros nicht beantragt wurden und die ohne das Einverständnis der Versicherung oder nicht von ihr erbracht wurden, ausgenommen in Fällen von höherer Gewalt oder tatsächlich und nachgewiesener Unmöglichkeit.

3.1.2 Alle Krankheiten oder Verletzungen, die infolge von chronischen oder bereits vor der Abreise bestehender Leiden auftreten sowie damit zusammenhängende Komplikationen und Rückfälle.

3.1.3 Tod durch Selbstmord oder Krankheiten und Verletzungen infolge eines Selbstmordversuchs oder solcher, die der Versicherte

sich absichtlich selbst zugefügt oder verursacht hat sowie diejenigen, die infolge von direkten oder indirekten kriminellen Handlungen des Versicherten eintreten.

3.1.4 Die Behandlung von Erkrankungen oder pathologischen Zuständen, die durch Einnahme oder Verabreichung toxischer Substanzen (Drogen), narkotisierender Substanzen oder der Verwendung und Einnahme von Medikamenten ohne ärztliche Verschreibung verursacht werden.

3.1.5 Die Ausgaben für Prothesen, Brillen und Kontaktlinsen, Geburten und Schwangerschaften außer bei unvorhergesehenen Komplikationen während der ersten sechs Monate, sowie jede Art von psychischer Störung.

3.1.6 Ereignisse, die verursacht werden durch Wettkampfsport und geleistete Hilfe für in Seenot, Bergnot und in der Wüste in Not geratene Menschen.

3.1.7 Sämtliche Arten von ärztlichen, medizinischen oder pharmazeutischen Aufwendungen mit einem Betrag von unter 10 Euro.

3.1.8 Die Kosten für Bestattung und Trauerfeier.

3.1.9 Schadensfälle, die eintreten im Zusammenhang mit Kriegen, Pandemien, Demonstrationen, Volksbewegungen, Terrorakten, Sabotageakten, Streiks, Festnahmen durch Befehlsgewalten aufgrund von Straftaten, die nicht die Folge von Verkehrsunfällen sind, Beschränkungen der Bewegungsfreiheiten oder jeder anderen Art höherer Gewalt; es sein denn, der Versicherte weist nach, dass der eingetretene Schadensfall nicht mit einem der vorgenannten Umstände in Zusammenhang steht.

3.1.10 Schadensfälle aufgrund von Bestrahlung infolge von nuklearer Transmutation oder Kernzerfall oder Radioaktivität sowie Schadensfälle infolge von biologischen oder chemischen Stoffen.

3.1.11 Schäden, die vorsätzlich vom Versicherten verursacht werden oder infolge seiner groben Fahrlässigkeit entstehen.

4. Zusatzbestimmungen

Bei Telefonanrufen, mit denen die Inanspruchnahme der hier genannten Versicherungsgarantien angefordert wird, ist der Name des Versicherten, die Nummer des Krankenversicherungsvertrags oder die Nummer der Gesundheitskarte, der Ort, an dem sich der Versicherte

befindet, eine Telefonnummer zur Kontaktaufnahme und die Art der Hilfe, die benötigt wird, anzugeben.

Für eintretende Verzögerungen oder eine Nichterfüllung aufgrund von höherer Gewalt oder verwaltungstechnischer oder politischer Besonderheiten eines bestimmten Landes wird keine Haftung übernommen. Sollte ein direktes Eingreifen nicht möglich sein, werden dem Versicherten bei seiner Rückkehr nach Spanien oder falls erforderlich, sobald er sich in einem Land befindet, in dem die vorstehend genannten Umstände nicht gegeben sind, die entstandenen Kosten für von der Versicherung gedeckte Leistungen nach Vorlage der entsprechenden Nachweise erstattet.

Medizinische Handlungen und ein Krankenrücktransport dürfen erst nach erfolgter Rücksprache zwischen dem Arzt des Krankenhauses, in dem sich der Versicherte befindet und der ihn behandelt, und dem Ärzteteam von DKV Seguros vorgenommen werden.

Hat der Versicherte Anspruch auf Erstattung des nicht in Anspruch genommenen Anteils seines Tickets, da er den durch die Versicherung gedeckten Rücktransport in Anspruch nimmt, hat er den Erstattungsbetrag an DKV weiterzugeben.

Die in den garantierten Deckungen festgelegten Entschädigungsleistungen sind in jedem Fall nur eine Ergänzung zu den Verträgen, die der Versicherte gegebenenfalls zur Deckung derselben Risiken abgeschlossen hat, sowie der Leistungen der öffentlichen Gesundheitsversorgung oder eines anderen kollektiven, der Gesundheitsversorgung dienenden Systems.

Die Rechte und Aktionen, die dem Versicherten zustehen aufgrund der Umstände, die zur Erbringung der Versicherungsleistung geführt haben, gehen in Höhe der für die Leistungen bezahlten Summen auf DKV Seguros über.

Um die mit den vorgenannten Deckungen verbundenen Leistungen von DKV Seguros zu erhalten, ist es unabdinglich, dass der Versicherte die Intervention der Versicherung beim Eintritt des Ereignisses beantragt; dazu ist die folgende Rufnummer anzuwählen: +34 913 790 434.

**Anhang II: Exklusive
Deckungen der
Versicherung
DKV Mundisalud
in der Modalität
Individual**

1. Einleitende Regelungen

1.1 Versicherte Personen

Natürliche Personen, die in Spanien ihren Hauptwohnsitz haben und Begünstigte der DKV-Krankenversicherung in der Vertragsmodalität Individual sind.

1.2 Versicherung Vertragsmodalität Individual

Im Sinne des Vertragsabschlusses wird eine Versicherung als Modalität Individual oder Einzelversicherung bezeichnet, wenn mindestens eine und maximal neun Personen durch den Vertrag versichert sind und alle, unabhängig vom bestehenden Interesse, versichert zu sein, eine Verbindung haben. Es handelt sich um Familienangehörige ersten Grades (der Inhaber der Versicherung, der Ehe- oder Lebenspartner und deren noch nicht selbstständige Kinder, die das 30. Lebensjahr noch nicht erreicht haben und die alle in einem gemeinsamen Familienhaushalt wohnen). Die Versicherung wird in keinem Fall

aufgrund obligatorischen Anschlusses (colectivo cerrado/geschlossene Kollektive) oder freiwillig (colectivos abiertos/offene oder cofinanciados/kofinanzierte Kollektive) und auch nicht zu bestimmten im Voraus zwischen DKV Seguros und dem Kollektiv vereinbarten Vertragskonditionen und/oder einem Gesamtvertrag geschlossen.

1.3 Laufzeit der Versicherung

Die Laufzeit stimmt mit derjenigen der Krankenversicherung überein, die den Hauptversicherungsschutz bietet.

1.4 Geltung

Um die garantierten Leistungen in Anspruch nehmen zu können, muss der Versicherte seinen gewöhnlichen Wohnsitz in Spanien haben und dort auch leben.

2. Exklusive ergänzende Deckungsleistungen

Nur der Abschluss der Versicherung DKV Mundisalud in der Modalität Individual als Krankenversicherung mit Komplettschutz ermöglicht dem Versicherten den Zugang zu den folgenden zusätzlichen Deckungsleistungen:

a) Biomechanische Lauf- und Ganganalyse. Zugang nur über dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörende, darauf spezialisierte Referenzzentren.

Eingeschlossen ist eine anatomische und funktionale Untersuchung, **die bei Erwachsenen alle fünf Jahre und bei Kindern im Alter von unter fünfzehn Jahren alle zwei Jahre gedeckt wird;** erforderlich ist die Verschreibung durch einen dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörenden Facharzt für Traumatologie. **Mit einer Karenzzeit von 6 Monaten.**

b) Programm zur Behandlung und Kontrolle von Fettleibigkeit durch einen Diätassistenten.

Nach vorheriger Verschreibung durch einen Facharzt für Endokrinologie und Ernährung oder einen Kinderarzt bei Kindern; umfasst Konsultationen zur Behandlung von Adipositas, **wenn**

der Body - Mass - Index 30 oder mehr beträgt, bis zu einer jährlichen Höchstgrenze von 20 Konsultationen pro Versicherungsnehmer (es werden die durch Eigenmittel und durch andere Mittel durchgeführten Sitzungen zusammengezählt) und mit einer maximalen Erstattung von 40 €/Konsultation bei Inanspruchnahme der Versorgungsmodalität Fremdmittel.

Diese exklusiven Leistungen werden nur gedeckt in der Modalität und dem territorialen Gebiet, Ziel, Zugangsform, Deckungsbeschränkungen und den ausgeschlossenen Risiken, die in diesem Anhang II festgelegt wurden und/oder in den folgenden Abschnitten der Allgemeinen Vertragsbedingungen, welche den Deckungsumfang der Versicherung eingrenzen: Abschnitt 2 »Grundkonzepte. Definitionen«, Abschnitt 3 »Modalität und Umfang der Versicherung«, Abschnitt 4 »Beschreibung der Deckungsleistungen«, Abschnitt 5 »Von der Deckung ausgeschlossene Leistungen« und Abschnitt 6 »Karenz- und Ausschlusszeiten«.

Nur der Abschluss der Versicherung DKV Mundisalud in der Modalität Individual als Krankenversicherung mit Komplettschutz ermöglicht dem Versicherten den Zugang zu weiteren Deckungen durch Kostenerstattung:

2.1 Erstattung der Kosten für Akupunkturbehandlungen

Akupunkturbehandlungen sind dann versichert, **wenn sie durch einen Arzt vorgenommen** und als ergänzende Behandlungstechnik im Rahmen einer medikamentösen Schmerzmittelbehandlung bei den folgenden Indikationen eingesetzt werden: **Spannungskopfschmerzen, Migräne, postoperativen Zahnschmerzen nach dem Ziehen von Backenzähnen und unspezifischen muskuloskelettalen Schmerzzuständen der Lenden- und Halswirbelsäule.** Ausdrücklich von der Deckung ausgeschlossen sind Behandlungen bei anderen als den genannten Indikationen.

Der Prozentsatz, zu dem die Erstattung der Kosten erfolgt, die Höchstgrenze der Erstattung je Konsultation oder Sitzung und die maximale Anzahl von Akupunktur-Sitzungen, die pro Versichertem und Kalenderjahr gedeckt werden, finden sich in der Tabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen, die den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigelegt ist.

2.1.1 Begrenzung der Deckung

Akupunkturbehandlungen sind im Deckungsumfang der Versicherung DKV Mundisalud der Modalität Individual mit medizinischer Komplettversorgung bei den Indikationen enthalten, die

unter Abschnitt 2.1 genannt werden und es gelten die Einschränkungen, die in der Tabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen festgelegt wurden, die als Anhang den Besonderen Vertragsbedingungen beigelegt ist.

Ebenfalls sind ausgeschlossen alle alternativen Therapien, die unter Abschnitt 5.g „ausgeschlossene Deckungsleistungen“ der Allgemeinen Vertragsbedingungen genannt werden.

2.2 Rückerstattung der Ausgaben für Leistungen im Rahmen der Familienhilfe und/oder Pflegehilfe, wenn eine Pflegebedürftigkeit 3. Grades, verursacht durch Unfall, nachgewiesen wird.

2.2.1 Deckungsumfang

Erstattung der Kosten für Leistungen der Familienhilfe und/oder Betreuung Pflegebedürftiger, wenn nachgewiesen wird, dass eine Pflegebedürftigkeit der Stufe drei aufgrund eines Unfalls vorliegt. DKV garantiert eine Erstattung zu 100% der für Leistungen zu Familienhilfe und/oder Betreuung Pflegebedürftiger in Rechnung gestellten Beträge bis zu einer maximalen Obergrenze von 12 000 Euro während der gesamten Laufzeit des Vertrages oder des Lebens des Versicherten; es besteht eine Teilgrenze von 2000 Euro für Beratungs- und Bearbeitungsdienstleistungen für

diese Hilfen bei Pflegebedürftigkeit, wenn der Versicherte und/oder eine in seinem Namen handelnde Person (Vormund) einen Zustand der Pflegebedürftigkeit der Stufe drei nachweist, der durch das spanische „Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia“ (SAAD) anerkannt wurde und dieser Zustand die Folge eines Unfalls ist, der nach dem Eintritt des Inkrafttretens dieser Deckung durch die Versicherung gedeckt wird.

Die Erstattung wird dann garantiert, wenn es sich um Aufwendungen im Zusammenhang mit erbrachten Leistungen oder soziosanitären Serviceleistungen handelt, die im hier gebotenen Versicherungsschutz enthalten sind; **es gelten die Begrenzungen und Ausschlüsse, die in den Allgemeinen Vertragsbedingungen (siehe Absätze 5.a, 5.c, 5.d, 5.e des Abschnitts »Von der Deckung ausgeschlossene Leistungen«) und im Anhang II (Abschnitt 2.2.3) genannt werden.**

Für die Zwecke dieser Versicherungsleistung ist Pflegebedürftigkeit der Stufe drei aufgrund eines Unfalls definiert als ein irreversibler Zustand, der es der pflegebedürftigen Person weder ermöglicht, wieder selbstständig zu sein, noch einen geringeren Grad der Pflegebedürftigkeit zu erreichen.

Die soziosanitären und die im Rahmen der Familienhilfe oder der Betreuung Pflegebedürftiger durch hauptberufliche Pflegekräfte erbrachten Leistungen, auf welche im Rahmen dieser Deckung Anspruch besteht, sind:

2.2.1.1 Häusliche Hilfsleistungen.

Hierunter fallen Serviceleistungen, die durch qualifiziertes Personal erbracht werden und eine Reihe von nützlichen Betreuungsleistungen für Personen, die eine Minderung ihrer Selbstständigkeit und ihrer persönlichen Bewegungsfähigkeit haben, verbunden mit Schwierigkeiten beim Aufstehen, Duschen, Ankleiden sowie der Zubereitung der täglichen Mahlzeiten und die einen ständigen Betreuer benötigen.

a) Persönliche Betreuung:

- > Persönliche Hygiene, Mobilisierung zu Hause, Änderung der Körperhaltung und persönliche Hygiene bei bettlägerigen Personen, Begleitung im häuslichen Umfeld

b) Hauswirtschaftliche Hilfe:

- > Hausreinigung, Haushaltseinkäufe, Zubereitung der täglichen Mahlzeiten

2.2.1.2 In Einrichtungen erbrachte

Betreuungsleistungen. Hierbei handelt es sich um Leistungen, die

in Seniorenwohnheimen sowie in Tages- und Nachtzentren durch hochqualifiziertes Personal erbracht werden, um eine umfassende Betreuung zu gewährleisten. Hierzu gehören unter anderem Ärzte, Krankenschwestern und Krankenpfleger, Physiotherapeuten, Psychologen und Beschäftigungstherapeuten. Diese Leistung ermöglicht den Zugang zu vorübergehenden Aufenthalten, Daueraufenthalten und zu Tageszentren.

- > Seniorenwohnheime, **Tageszentren** mit besonderer Betreuung, **Nachtzentren**

2.2.1.3 Teleassistenz-Service mit fest installierten und mobilen Geräten.

Es handelt sich um mobile oder fest installierte Kommunikationsgeräte, die für Notfälle gedacht und permanent mit einer Alarmzentrale verbunden sind.

Der Zugang zu diesem Service erfolgt über ein spezielles Gerät und ist individuell angepasst; er wird durch Sozialarbeiter, Psychologen und Ärzte 24 Stunden täglich und an 365 Tage im Jahr innerhalb und außerhalb der Wohnräume gewährleistet.

Die einzige Einschränkung besteht darin, dass die Person, die die Serviceleistung in Anspruch nehmen möchte, über ausreichende kognitive Fähigkeiten zur Nutzung der Geräte verfügen muss.

2.2.1.4 Leistungen zur Anpassung des Wohnumfeldes. Es handelt sich um eine Vielzahl von Gegenständen, die dazu bestimmt sind, das Wohnumfeld an Ihre Bedürfnisse anzupassen. Diese Produkte erlauben es, den Zugang und die Mobilität innerhalb ihres Zuhauses zu verbessern.

2.2.1.5 Beratungs- und Bearbeitungsdienstleistungen für Hilfen bei Pflegebedürftigkeit.

Eingeschlossen sind weiter die Beratungs- und Bearbeitungsdienstleistungen für Hilfen bei Pflegebedürftigkeit; **es gilt hier eine maximale Teilobergrenze von 2000 Euro während der gesamten Laufzeit des Vertrages oder des Lebens des Versicherten.**

Die versicherte Person und/ oder eine Person in ihrem Namen (gesetzlicher Pfleger) kann die Rückerstattung aller für den Service für die Familienunterstützung und/ oder für Pflege entstehenden Kosten, die in diesem Artikel beschrieben werden, bis zu einem maximalen Höchstbetrag von 12000 Euro pro versicherter Person bei DKV Seguros beantragen. Dabei gilt eine Teilgrenze von 2000 Euro für die Verwaltung von Pflegehilfen. **Es ist unerlässlich, dass ein Bescheid vorgelegt wird, der durch die zuständige Behörde des spanischen „Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia“ (SAAD)**

der Autonomen Gemeinschaft ausgestellt wurde, in welcher der Versicherte seinen Wohnsitz hat, und durch den dem Versicherten sein Zustand der Pflegebedürftigkeit der Stufe drei (ersten oder zweiten Grades) bescheinigt wird und aus dem weiter die Gründe und Umstände der Pflegebedürftigkeit zu entnehmen sind.

Die Deckung für Pflegebedürftigkeit endet automatisch und definitiv, wenn die versicherte Person während der Laufzeit der Versicherung durch Erstattung der Kosten den maximal garantierten Höchstbetrag für diese Leistung von 12 000 Euro erhalten hat, oder die Teilgrenze von 2000 Euro für Beratungs- und Bearbeitungsdienstleistungen für Hilfen zur Pflegebedürftigkeit.

2.2.2 Zugang zu dieser Deckungsleistung

a) Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, um in den Genuss der Deckungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit zu kommen:

> Es muss ein Anspruch auf den Erhalt von Pflegegeld in Spanien bestehen und es müssen die rechtlichen Anforderungen für den Zugang erfüllt sein.

> Der Pflegebedürftige muss zu dem Zeitpunkt, an dem sich der Unfall ereignet und an dem der Antrag auf Erstattung der aufgrund der Pflegebedürftigkeit dritten Grades entstandenen Ausgaben als Versicherter in die Krankenversicherung eingeschlossen sein und ebenfalls zum Zeitpunkt der Leistungserbringung.

> Bei dem Unfall, der sich ereignet hat, darf es sich nicht um eine Folge von Aktivitäten oder Umständen handeln, die vom allgemeinen Versicherungsschutz der Krankenversicherung ausgeschlossen sind (Absätze 5.a, 5.c, 5.d und 5.e des Abschnitts »Von der Deckung ausgeschlossene Leistungen« der Allgemeinen Vertragsbedingungen) oder ausdrücklich vom Versicherungsschutz bei Pflegebedürftigkeit (Absatz 2.2.3 dieses Anhangs).

> Der Versicherte muss sich in einer Situation von Pflegebedürftigkeit der Stufe drei befinden, gemessen an den Stufen, die durch das spanische Gesetz Ley de Dependencia 39/2006 vom 14. Dezember festgelegt wurden und anhand der Bewertungsskala für den Grad der Pflegebedürftigkeit (spanisches Gesetz Real Decreto 504/2007 vom 20. April), die in Spanien Gültigkeit hat.

- > Es ist ein Bescheid vorzulegen, mit Datum und mit Unterschrift versehen, der durch die zuständige Behörde des spanischen „Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia“ (SAAD) der Autonomen Gemeinschaft ausgestellt wurde, in welcher der Versicherte seinen Wohnsitz hat, aus dem die Bewertung und Anerkennung des Zustandes der Pflegebedürftigkeit der Stufe drei hervorgeht und in dem die Gründe und Umstände der Pflegebedürftigkeit dargelegt werden.

b) Unterlagen, die zur Anerkennung des Anspruchs auf die Versicherungsleistung notwendig sind:

Um in den Genuss der Erstattung von Kosten für Pflegeleistungen zu kommen, muss der Versicherte die vollständigen, seine Pflegebedürftigkeit betreffenden Nachweise vorlegen; es sind die folgenden Dokumente vorzulegen (im Original oder beglaubigte Abschriften bzw. Kopien):

1. Angabe der persönlichen Daten, Angaben zu Familie und Beruf des Versicherten, für den die Leistung erbracht werden soll.
2. Der Bescheid der zuständigen Behörde des spanischen „Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia“, aus dem die Bewertung und Anerkennung des Zustandes der

Pflegebedürftigkeit hervorgeht und in dem die Gründe und Umstände dieser Pflegebedürftigkeit dargelegt werden.

3. Arztberichte bezüglich des Gesundheitszustandes des Pflegebedürftigen sowie ein von einem Sozialarbeiter erstellter sozialer Bericht.

4. Sämtliche zusätzlichen Unterlagen, die notwendig sind oder sein könnten, um damit den Anspruch auf den Erhalt der Versicherungsleistung zu belegen.

5. Der Bescheid, mit Datum und mit Unterschrift versehen, aus dem die Bewertung und Anerkennung des Zustandes der Pflegebedürftigkeit der Stufe drei hervorgeht und ab dessen Erlass der Anspruch auf die Erstattung dieser soziosanitären Leistung besteht.

Die Nichterfüllung der vorgenannten Voraussetzungen kann dazu führen, dass der Anspruch auf Erstattung abgelehnt wird.

c) Die Erstattung der Ausgaben wird wie folgt vorgenommen:

- > Nachdem das Erstattungsformular eingereicht wurde, dem als Nachweis für die erhaltenen Leistungen die Originale der Rechnungen und Berichte beizufügen sind, nimmt DKV die Erstattung der bezahlten Rechnungen vor, und zwar zu dem Prozentsatz

und unter Berücksichtigung der Deckungsgrenzen, die zuvor genannt wurden.

- > Die Zahlung erfolgt durch Überweisung auf das dafür angegebene Konto. Die auf dieses Konto vorgenommene Überweisung ist in vollem Umfang rechtsgültig, wirksam und schuldbefreiend für DKV Seguros.
- > Sind die Rechnungen durch den Versicherten in einer Fremdwährung bezahlt worden, erfolgt die Gutschrift in Spanien in Euro und zu dem Wechselkurs, der an dem Tag Gültigkeit hatte, an dem die Rechnung bezahlt wurde. Sollte dieser Wechselkurs nicht zu ermitteln sein, wird der am Ausstellungsdatum der Rechnung oder gegebenenfalls am Tag der Erbringung der Dienstleistung gültige Kurs herangezogen.
- > Die für Übersetzungen von Berichten, Rechnungen oder Belegen über Arzthonorare anfallenden Kosten trägt DKV Seguros ausschließlich dann, wenn diese in den Sprachen Englisch, Deutsch, Französisch oder Portugiesisch abgefasst sind.

Sind diese in einer anderen Sprache abgefasst, gehen diese Kosten zulasten des Versicherten.

2.2.3 Vom Versicherungsschutz ausgeschlossene Risiken

Von der Deckung aufgrund Pflegebedürftigkeit ausgeschlossen sind:

1. Die Erstattung von Kosten für erbrachte Leistungen der Familienhilfe und/oder Betreuung Pflegebedürftiger, die in Anhang II der Allgemeinen Vertragsbedingungen nicht aufgeführt werden.

2. Die Erstattung von Kosten für erbrachte Leistungen der Familienhilfe und/oder Betreuung Pflegebedürftiger, die in Anhang II der Allgemeinen Vertragsbedingungen aufgeführt werden, wenn die Pflegebedürftigkeit dritten Grades:

a) Als Folge eines Unfalls eingetreten ist, der sich ereignet hat aufgrund von Aktivitäten oder Umständen, die ausdrücklich vom allgemeinen Versicherungsschutz der Krankenversicherung ausgeschlossen sind (Absätze 5.c, 5.d und 5.e der Allgemeinen Vertragsbedingungen).

b) Es sich dabei um Folgen, Auswirkungen oder Komplikation von Verletzungen handelt, die bei einem Unfall entstanden sind, der vor dem Zeitpunkt stattgefunden hat (Vorexistenz), zu dem der Versicherte in die Versicherung aufgenommen wurde.

c) Auf einen Unfall zurückzuführen ist, der sich im Zustand geistiger Umnachtung ereignet hat unter dem Einfluss von alkoholischen Getränken oder Drogen jeglicher Art oder von psychotropen Substanzen im Allgemeinen. Dies gilt auch dann, wenn diese nicht die Ursache für den Unfall waren.

d) Es sich um die Folgen eines Unfalls handelt, der sich ereignet hat infolge von grob fehlerhaftem Verhalten oder grober Fahrlässigkeit, eines Selbstmordversuches oder der Teilnahme an Wetten, Wettbewerben, Herausforderungen, Kämpfen oder Aggressionen.

e) Durch einen Unfall verursacht wurde, der sich infolge der Ausübung einer der folgenden Sportarten ereignet hat: Auto- und Motorradsport in allen seinen Formen, Jagd, Tauchen, Bootssport auf Booten, die nicht für den öffentlichen Passagiertransport bestimmt sind, Reiten, Klettern, Bergsteigen, Höhlenwandern bzw. Caving, Boxen, Ringen in allen seinen Formen, Kampfsport, Fallschirmspringen, Ballon- und Luftschiff-Fahren, Gleitfliegen, Segelfliegen und im Allgemeinen jede Art von Sport oder Freizeitaktivität, die offenkundig gefährlich ist.

f) Die Folge eines Unfalls ist, der sich während einer Reise mit einem Flugzeug ereignet hat, unabhängig davon, ob als Passagier oder als Besatzungsmitglied, wenn das Flugzeug eine Kapazität von weniger als zehn Plätzen für Passagiere hat.

3. Die Rückerstattung der Kosten für Familienhilfe oder für Betreuung bei Pflegebedürftigkeit und die Teilkosten für Beratung und Verwaltungsdienstleistungen, wenn der Anspruch auf Deckungsleistungen erloschen ist, weil der Versicherte die dafür vorgesehene maximale Summe während der Laufzeit dieser Versicherung oder einer anderen Krankenversicherung mit Komplettversorgung in der Modalität Individual oder Kollektiv, die vorher bereits mit DKV abgeschlossen wurde, bereits erhalten hat.

2.3 Erstattung von Medikamenten

2.3.1 Gegenstand und Beschreibung der Deckung.

Umfasst die **Rückerstattung von 50% (bei DKV Mundisalud Premium 70%) des Rechnungsbetrags allopathischer Medikamente** (verwendet der konventionellen Medizin), **die in spanischen und ausländischen Apotheken** im Rahmen der Leistungsmodalität Fremdmittel erworben wurden. Die Rückerstattung **unterliegt einer**

jährlichen Höchstgrenze von 100 Euro pro Versichertem (bei DKV Mundisalud Premium einer Höchstgrenze von 500 Euro) und es ist erforderlich, dass die Medikamente durch einen Arzt verschrieben wurden, sie im Arzneimittelregister („Vademécum Internacional“ in Spanien) eingetragen sind und sie zur Behandlung der erlittenen und vom Versicherungsschutz gedeckten Krankheiten verabreicht werden.

Für eine einfachere Verwaltung der Auszahlung muss sich der Mindestbetrag der Rechnung bzw. Rechnungen, die mit einem Erstattungsantrag eingereicht werden, auf mindestens 10 Euro belaufen.

2.3.2 Zugang zur Versicherungsleistung

Zur Erstattung verauslagter Kosten für Medikamente hat der Versicherungsnehmer oder gegebenenfalls der Versicherte DKV Seguros innerhalb einer Frist von maximal vierzehn Tagen die folgenden Unterlagen einzureichen:

1. Die Originale der Rechnungen und Zahlungsnachweise für die Medikamente, aus denen hervorgeht, dass die Produkte in der Apotheke bezahlt wurden. Die Rechnung hat den Vor- und Nachnamen oder den Firmennamen der natürlichen oder juristischen Person auszuweisen, die sie ausstellt, ihre Adresse,

Telefonnummer, Steuernummer und gegebenenfalls die Zulassungsnummer; weiter die detaillierte Aufschlüsselung der Medikamente mit Namen und Präsentationsform, Format, Einzelpreis, Anzahl der Packungen, Kaufdatum sowie den vollständigen Namen des Versicherten, der diese empfängt.

2. Originale der verschriebenen Rezepte.

Das Rezept oder die Verordnung, mit der das Medikament verschrieben wurde, muss den Vor- und Nachnamen des verschreibenden Arztes, dessen Fachgebiet, seine Zulassungsnummer, die Adresse, die Telefonnummer, das Ausstellungsdatum und / oder Abgaben zur Ausgabe (Behandlung chronischer Krankheiten) enthalten, weiter den vollständigen Vor- und Nachnamen der versicherten Person, für die die Medikamente bestimmt sind.

Werden Medikamente auf offiziellen Rezeptvordrucken verschrieben, **die zur pharmazeutischen Versorgung innerhalb des Nationalen Gesundheitssystems und der Versicherungsgesellschaften auf Gegenseitigkeit von Beamten verwendet werden, so können diese nur dann erstattet werden, wenn in dem für „Contingencia“ vorgesehenen Feld der Code der Krankenversicherungskarte von Nutzern mit Aportation erscheint, die zwischen TSI 002 und TSI 006**

liegen (beide inklusive) und DAST (grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung).

Zur Einreichung dieser Unterlagen stellt DKV Seguros ein Erstattungsformular zur Verfügung, das die für das Abrechnungsverfahren notwendigen Mindestanforderungen nennt, die die Rechnungen erfüllen müssen, damit eine Erstattung erfolgen kann.

Der Versicherte und seine Angehörigen haben alle Berichte und Nachweise zur Verfügung zu stellen, die DKV Seguros für notwendig erachtet.

Die Nichterfüllung dieser Verpflichtung kann dazu führen, dass das Recht auf Erstattung verweigert wird.

2.3.3 Einschränkungen und Ausschlüsse von Risiken

1. Es sind ausgeschlossen von der Deckung durch diese Versicherung: Medikamente, die nicht im Register der zugelassenen Medikamente (Vademecum Internacional in Spanien) enthalten sind, Medikamente im Zusammenhang mit Indikationen, für deren Verwendung sie durch die spanische Agentur für Arzneimittel und Gesundheitsprodukte nicht zugelassen sind, Produkte mit geringem therapeutischem Nutzen (die über Rezepte des staatlichen Gesundheitsversorgungssystems nicht

bezahlt werden) und solche, deren therapeutische Wirksamkeit nicht durch den klinischen Führer, der als internationale Referenz dient (NICE), bestätigt wird, weiter beworbene Medikamente, homöopathische Arzneimittel, pflanzliche Arzneimittel (Pflanzenextrakte) sowie Heil- und Hilfsmittel aller Art.

2. Nicht als Medikamente gelten und daher ausgeschlossen werden Impfungen zur Desensibilisierung bei allergischen Prozessen, als Gegenmittel bei infektiösen Erregern eingesetzte Impfungen, Nahrungsergänzungsprodukte, Wohlfühlpräparate, dermoästhetische Produkte, kosmetische Produkte, Mineralwässer, Körperpflege- und Hygieneprodukte sowie Badezusätze.

3. Werden Medikamente auf offiziellen Rezeptvordrucken verschrieben, die zur pharmazeutischen Versorgung innerhalb des Nationalen Gesundheitssystems und der Versicherungsgesellschaften auf Gegenseitigkeit von Beamten verwendet werden, können diese nicht erstattet werden, wenn in dem für „Contingencia“ vorgesehenen Feld der Code der Krankenversicherungskarte TSI 001 von Nutzern erscheint, die von einer Aportation befreit sind, oder die den Code NOFIN für Medikamente und Sanitätsprodukte enthalten, die nicht finanziert werden, oder die den Code ATEP enthalten, der

ausschließlich vorgesehen ist für Rezepte, die im Zusammenhang mit Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten verwendet werden.

4. Für alles, was auf Medikamente bezogen, nicht ausdrücklich in den vorstehenden Absätzen geregelt wurde, gelten die in den Allgemeinen Vertragsbedingungen getroffenen Regelungen, durch welche die Deckungen der Versicherung festgelegt und eingegrenzt werden: Abschnitt 2 »Grundlagen. Definitionen«, Abschnitt 3 »Modalität und Umfang der Versicherung«, Abschnitt 4 »Beschreibung der Deckungsleistungen«, Abschnitt 5 »Von der Deckung ausgeschlossene Leistungen« und Abschnitt 6 »Karenz- und Ausschlusszeiten«.

2.4 Erstattung der jährlich anfallenden Kosten für die Einlagerung der Nabelschnurblutstammzellen in einer Stammzellbank während der ersten sechs Jahre ab Geburt, sofern die Gewinnung und Kryokonservierung der Nabelschnur über einen Anbieter erfolgte, der dem Leistungsnetzwerk des DKV Clubs Salud y Bienestar angehört, die Geburt durch die Versicherung gedeckt war und das versicherte Kind, dessen Stammzellen eingelagert werden, weiter im Vertrag verbleibt. DKV Seguros bietet die Gewinnung von Nabelschnurblut beim Neugeborenen und die

Kryokonservierung als Service mit Selbstbeteiligung über den DKV Club Salud y Bienestar an. Bei diesem Verfahren beteiligt sich DKV mit 300 Euro an den Kosten für die Gewinnung und der Versicherte **trägt 690 Euro**, wenn er sich für die Modalität FIRST entscheidet, beziehungsweise 990 Euro, wenn er die Modalität ADVANCE wählt. **Darüber hinaus trägt die Versicherung in den ersten sechs Jahren im Wege über Erstattungen maximal 90 Euro pro Jahr zu den Kosten der Einlagerung der Nabelschnur bei, sofern die Geburt von der Versicherung gedeckt war und das Kind, dessen Zellen aufbewahrt werden, ab dem Zeitpunkt der Geburt weiterhin als Versicherter im Versicherungsvertrag verbleibt.**

DKV Seguros kann jedes Jahr bei Vertragsverlängerung den dem DKV Club Salud y Bienestar angehörenden Leistungsanbieter wechseln, ebenso die Höhe der Kostenbeteiligung der Versicherung an der Gewinnung, die Voraussetzungen für den Zugang, die vom Versicherten zu leistenden Zahlungen und die maximal von der Versicherung erstatteten Kosten für die Einlagerung.

3. Exklusive Deckungen der Modalitäten DKV Mundisalud Classic, Élite und Premium in der Modalität Individual mit medizinischer Komplettversorgung

Nur der Abschluss einer Versicherung DKV **Mundisalud Classic, Élite und Premium** in der Modalität Individual mit medizinischer Komplettversorgung ermöglicht dem Versicherten den Zugang zur folgenden zusätzlichen Deckungsgarantie:

3.1 Assistierte Reproduktion

3.1.1 Deckungsumfang

Die assistierte menschliche Reproduktion beinhaltet die Entwicklung und Anwendung alternativer Reproduktionstechniken **zur Behandlung der Unfruchtbarkeit von Paaren, einschließlich gleichgeschlechtlicher Paare, während der Zeit der maximalen Fruchtbarkeit** (bei Frauen von 18 bis 42 Jahren und bei Männern von 18 bis 55 Jahren).

3.1.2 Zugang zu den Deckungsleistungen

Anforderungen: Um einen Anspruch auf die Deckung und Zugang zu den hier eingeschlossenen Behandlungen der assistierten Reproduktion zu haben, ist es erforderlich, dass **beide Partner des**

Paares in den Versicherungsvertrag aufgenommen und über diesen versichert sind, sie kein gemeinsames Kind haben und die dafür festgelegte Karenzzeit erfüllt wurde (siehe Abschnitt 3.1.5 Karenzzeit).

3.1.3 Versorgungsmodalität

Gesundheitsversorgung über **Eigenmittel. Der Versicherte hat Zugang zu den Leistungen der auf assistierte Reproduktion spezialisierten Zentren und Kliniken, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen (Eigenmittel) innerhalb Spaniens angehören; es ist zuvor eine Autorisierung durch DKV Seguros zu erteilen und das zu behandelnde Paar hat sich durch die Vorlage der DKV MEDICARD® auszuweisen.**

Die Techniken für assistierte Reproduktion werden im Rahmen des **Gesetzes für die assistierte menschliche Reproduktion** sowie der Verwendungskriterien durchgeführt, die in den Bewertungsberichten der **Agenturen zur Beurteilung von Gesundheitstechnologien des Nationalen Gesundheitssystems festgelegt sind.**

3.1.4 Beschreibung der Deckung

Es gelten die folgenden Kriterien für die Deckung der Reproduktionstechniken und ihrer Einschränkungen bezüglich der Anzahl an Behandlungen und dem Alter der Frau:

1. Künstliche Insemination (AI):
maximal zwei Versuche bis zu einem Alter von 40 Jahren, während der Laufzeit der Police, bzw. der Lebensdauer des Versicherten.

2. In vitro-Fertilisation (IVF):
maximal ein Versuch bis zu einem Alter von 42 Jahren, während der Laufzeit der Police, bzw. der Lebensdauer des Versicherten.

3.1.5 Karenzzeit

Für den Zugang zu den in dieser Garantie enthaltenen Techniken der assistierten Reproduktion gilt eine **Karenzzeit von 48 Monaten**, die, da beide Partner des Paares über den Vertrag versichert sein müssen, ab der zuletzt erfolgten Aufnahme in den Vertrag berechnet wird, falls der Vertrag nicht zur selben Zeit von beiden abgeschlossen wurde.

3.1.6 Einschränkungen und Ausschlüsse des Risikos

Von dieser Deckung ausgeschlossen, sind:

a) Jede Fortpflanzungs- oder Befruchtungstechnik, die nicht ausdrücklich in Anhang II, Abschnitt 3 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt ist.

b) Die Behandlung von Sterilität oder Unfruchtbarkeit mit Techniken der assistierten Reproduktion, wenn dieser Zustand durch eine früheren kontrazeptive Operation (Vasektomie, hysteroskopischen Eileiterverschluss oder Tubenligatur) verursacht wurde.

c) Die Kosten für die Spende des Samens, bzw. der Eizellen (Samen- und Eizellenbanken), und gegebenenfalls der Embryonen.

d) Die Kosten für Kryokonservierung der eigenen Gameten (Spermien oder Eizellen) und der Embryonen aus jeglichem Grund sowie die Übertragung dieser in abgetautem Zustand in die Gebärmutter.

e) Die uterine Leihmutterschaft zu reproduktiven Zwecken.

f) Die Präimplantationsdiagnostik und die Verwendung der Reproduktionstechniken zur Prävention und Behandlung von genetischen oder erblich bedingten Erkrankungen oder zu jedem sonstigen Zweck, der nicht zur Behandlung der Unfruchtbarkeit des Paares dient.

g) Die ergänzenden Techniken zur Gewinnung von Spermien (Aspiration von Hodengewebe); zur spermatischen, immunomagnetischen (MACS) und morphologischen Selektion (IMSI); zur Embryonenkultur

(lange Kultur in Inkubatoren bis Blastozyste) und zur Einpflanzung in den Uterus (assistiertes Hatching oder Aufbrechen).

h) Inkubatoren mit Echtzeit-Überwachungssystemen für embryonale Kulturen (z. B. Embryoscope oder Primo Vision) und die Kosten für ambulante Medikation, deren Verabreichung während der assistierten Reproduktionsbehandlung des Versicherten erforderlich ist.

i) Die stationäre Einweisung oder der stationäre Krankenhausaufenthalt (> 24 Stunden), um die Behandlungen zur Befruchtung mit Techniken der assistierten Reproduktion durchzuführen.

Für jeden anderen Aspekt, der nicht ausdrücklich in Abschnitt 4.8 Exklusive Deckungen (assistierte Reproduktion) geregelt ist, gelten jene Abschnitte der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, welche die Abdeckung eingrenzen, diese definieren und im Zusammenhang stehen mit: Abschnitt 2 »Grundlagen. Definitionen«, Abschnitt 3 »Modalität und Umfang der Versicherung«, Abschnitt 4 »Beschreibung der Deckungsleistungen«, Abschnitt 5 »Von der Deckung ausgeschlossene Leistungen« und Abschnitt 6 »Karenz- und Ausschlusszeiten«.

Der Versicherungsnehmer erklärt zum Zweck der in Artikel 3 des spanischen Versicherungsvertragsgesetzes, Ley de Contrato de Seguro, getroffenen Regelungen, dass er eine Ausfertigung der hier vorliegenden und zum Vertrag gehörenden Allgemeinen Vertragsbedingungen und der dazugehörigen Anhänge erhalten hat. Durch die Leistung seiner Unterschrift nimmt er diese an. Mit seiner Unterschrift bestätigt er weiter sein Einverständnis zu den darin enthaltenen begrenzenden und eingrenzenden Klauseln und insbesondere zu den unter Abschnitt 5 ausdrücklich hervorgehobenen und separat aufgeführten Ausschlüssen von der Leistungspflicht. Er kennt dessen Inhalt und hat ihn verstanden, da er ihn gelesen hat.

Der Versicherungsnehmer

Die versicherte Person

Für DKV Seguros
y Reaseguros, S.A.E.
Dr. Josep Santacreu
CEO

A handwritten signature in black ink, consisting of a horizontal line that curves upwards and then loops back down to the right, ending in a vertical stroke.

976 814 983 | dkvseguros.com



Laden Sie unsere
Apps herunter



Telefonische Beratung
durch:

Fundación

INTEGRALIA DKV

OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

Verantwortungsvoll im Umgang mit
Ihrer Gesundheit, mit der Gesellschaft
und mit unserer Erde.



Gesundes Unternehmen



DKV, das von Versicherungsmaklern
am besten bewertete Unternehmen
im Sektor der individuellen Gesundheit.

DKV Seguros y Reaseguros S.A.E. Torre DKV, Avda. María Zambrano 31,
50018 Zaragoza, eingetragen im Handelsregister der Provinz Saragossa,
Band 1.711, Bogen 214, Blatt Nr. Z-15.152, span. Steuer-ID CIF A-50004209.