

DKV RESIDENTES

ALLGEMEINE VERTRAGSBEDINGUNGEN



WIR WOLLEN UNS WIE ZU HAUSE FÜHLEN!

Versicherungsvertrag
DKV Residentes

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-04306
2DNP1.CG/28_V18a
Aktualisierte Ausgabe Januar 2022

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**

Zusätzliche Gesundheitsdienstleistungen **20**

- 21** 1. Ärztliche Fernberatung
 - 24** 2. Digitale Gesundheitsleistungen: App Quiero Cuidarme Más (QC+)
 - 27** 3. DKV Call Center zur Kundenbetreuung
-

DKV Club Salud y Bienestar (DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden) **28**

- 30** 1. Club DKV Salud y Bienestar Premium (DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden Premium)
-

Bedingungen Allgemeines **37**

- 38** 1. Einleitende Klausel
- 40** 2. Grundlegende Konzepte, Definitionen
- 55** 3. Modalität, Umfang und territorialer Geltungsbereich der Versicherung
 - 55** 3.1 Gegenstand der Versicherung
 - 56** 3.2 Modalität der Versicherung
 - 57** 3.3 Territorialer Geltungsbereich
 - 57** 3.4 Zugang zu den Deckungsleistungen
 - 61** 3.5 Klausel zu Forderungsübergang und der Abtretung von Rechten
- 62** 4. Beschreibung der Deckungen
 - 62** 4.1 Medizinische Grundversorgung
 - 63** 4.2 Notfallversorgung
 - 63** 4.3 Medizinische und chirurgische Fachgebiete
 - 68** 4.4 Diagnosemittel und Diagnoseverfahren
 - 73** 4.5 Therapeutische Verfahren

81	4.6 Medizinische Versorgung im Krankenhaus
85	4.7 Ergänzende Deckungen
94	4.8 Besondere Deckungen
105	4.9 Exklusive Deckungsleistungen
106	4.10 Reiseversicherung
107	5. Von der Deckung ausgeschlossene Leistungen
115	6. Karenzzeiten
117	7. Versicherungsleistungen in Abhängigkeit von der unter Vertrag genommenen Modalität der Versorgung
118	8. Grundlegende Bestimmungen des Vertrages
118	8.1 Abschluss des Vertrags und Laufzeit der Versicherung
119	8.2 Weitere Pflichten, Aufgaben und Befugnisse des Versicherungsnehmers sowie des Versicherten
120	8.3 Weitere Verpflichtungen der Versicherung DKV Seguros
121	8.4 Bezahlung der Versicherung (Beiträge oder Prämien genannt)
123	8.5 Verlust von Rechten
123	8.6 Aussetzung und Beendigung des Versicherungsvertrages
124	8.7 Mitteilungen
125	8.8 Besondere gesundheitlichen Risiken
125	8.9 Steuern und Gebühren

Anhang I:	Reiseversicherung	126
Anhang II:	Überführung	136
Anhang III:	Best Care	139

**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?

Bestandteil des Versicherungsvertrages sind der Versicherungsantrag, die Gesundheitserklärung, die Allgemeinen und die Besonderen Versicherungsbedingungen, Zusatzvereinbarungen und Nachträge sowie die Speziellen Versicherungsbedingungen, die hierzu ausgefertigt werden.

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 wird 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 Residentes“ auszeichnet?

DKV Residentes ist eine auf einem gemischten System beruhende Versicherung, bei der der Versicherte frei 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 fünfzehn Tagen eingereicht werden; sind Dienstleistungen von Leistungserbringern erbracht worden, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsdienstleistungen nicht angehören, sind mit diesen Rechnungen gemeinsam eine Aufschlüsselung der vorgenommenen ärztlichen oder medizinischen Handlungen, die Verschreibungen und 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 Gesundheitsdienstleistungen angehören?

Bei DKV Residentes wird, es sei denn es wurde Gegenteiliges vereinbart, der Gesamtbetrag der Rechnungen erstattet, die in Spanien ausgestellt wurden. Es gibt hier keine Obergrenzen, ausgenommen diejenigen, die in den Allgemeinen Vertragsbedingungen oder in der zu den besonderen Vertragsbedingungen gehörenden Tabelle zu Deckungen und Obergrenzen

für einige medizinische Fachgebiete und/oder konkrete Leistungen genannt werden:

- > In der Zahnmedizin: Es erfolgt eine Erstattung der Rechnungen, bei der unterschieden wird, ob Eigenmittel oder Fremdmittel in Anspruch genommen wurden. Insgesamt gilt eine Obergrenze pro Versichertem und Jahr, wofür die Ausgaben der beiden Betreuungsmodalitäten zusammengezählt werden.
- > Bei Akupunktur: **Es wird eine maximale Anzahl von Sitzungen pro Versichertem und Kalenderjahr erstattet, jeweils bis zu einem Höchstbetrag je Beratung und/oder Sitzung.**
- > Klinische Psychologie: Es erfolgt eine Erstattung bis zu einem gewissen Höchstbetrag pro Konsultation und/oder Sitzung bei Inanspruchnahme von Fremdmitteln. Insgesamt gilt eine Obergrenze sowohl pro Versichertem und Jahr als auch bei der Anzahl der Konsultationen und/oder Sitzungen, zu deren Ermittlung die Ausgaben der beiden Betreuungsmodalitäten zusammengezählt werden (Eigenmittel und Fremdmittel).
- > Für Brillenfassungen gilt, dass diese bis zu einem Höchstbetrag erstattet werden. Ab einem Lebensalter von 15 Jahren müssen seit der letzten

Erstattung für diesen Zweck mehr als zwei Jahre vergangen sein.

- > die Kosten für maßgeschneiderte orthopädische Schuhe werden durch die Versicherung gedeckt, es gilt jedoch eine Eigenbeteiligung, die der Versicherte zu erbringen hat; diese erhöht sich ab dem 16. Lebensjahr.

Was gehört zum territorialen Geltungsbereich?

Der Versicherte kann in ganz Spanien Leistungserbringer und Zentren aufsuchen, die nicht dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehören (und auch in Deutschland, bei Inanspruchnahme von Fremdmitteln, für eine Dauer von maximal 100 Tagen, sofern die Modalität Grunddeckung + Rückführung + Best Care unter Vertrag genommen wird), und hat dabei Anspruch auf Erstattung der Kosten, die im Zusammenhang mit der medizinischen und operativen Versorgung entstanden sind, sofern er seinen Wohnsitz in Spanien hat und sich mindestens für sechs Monate (183 Tage) im Jahr in Spanien aufhält.

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 vertragsgebundener 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; ausgenommen von dieser Regelung ist das Fachgebiet der Zahnheilkunde.

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

Sich mit DKV Seguros in Verbindung setzen.

Wir schicken Ihnen eine neue Karte zu.

Wie können Sie sich mit DKV Seguros in Verbindung setzen?

Telefonisch unter der Rufnummer des DKV Call Centers zur Kundenbetreuung 900 814 390, per Internet unter Verwendung der E-Mail-Adresse www.dkvseguros.com oder indem Sie sich an eines der Büros von DKV Seguros wenden.

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. Eine Ausnahme von dieser Regelung gilt für Versicherte in der Modalität »Grunddeckung + Rückführung + Best Care«, wenn Leistungen im Rahmen von Beste Care in Deutschland beantragt werden.

Für welche der innerhalb des DKV-Netzwerks für Gesundheitsleistungen vorzunehmenden Tests und Leistungen ist eine Autorisierung notwendig?

Komplexe diagnostische Untersuchungen, Beförderungen mit dem Krankenwagen, Prothesen und chirurgische Implantate, Psychotherapie-Sitzungen, Fußchirurgie, Vorsorgeprogramme und Früherkennungs-Check-ups, ärztliche Behandlungen in jeder Modalitäten für medizinische Versorgung (persönlich oder online), chirurgische Eingriffe 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 unter der Rufnummer des DKV Call Centers zur Kundenbetreuung 900 814 390, 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 Jahresbeitrages im Wege eines Mahnverfahrens einzufordern.

Gesundheitsleistungen

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

Ja. Ab dem Tag, an dem Ihre Versicherung in Kraft tritt. Ausgeschlossen hiervon sind diejenigen Leistungen, für die eine Karenzzeit einzuhalten ist oder eine Ausschlusszeit gilt (siehe Abschnitt 6 „Karenz- und Ausschlusszeiten“).

Muss für das Aufsuchen oder die Präsenz- oder Fernberatungen durch angeschlossene Fachärzte der einzelnen medizinischen oder chirurgischen Fachgebiete des DKV-Netzwerks für Gesundheitsleistungen zuvor eine Genehmigung eingeholt werden?

Nein. Es besteht freier Zugang zu Terminen von Ärzten medizinischer oder chirurgischer Fachgebiete, sowohl innerhalb des „DKV-Netzwerks für

Gesundheitsleistungen“ (**Modalität Gesundheitsleistungen mit Eigenmitteln**) als auch außerhalb mittels Kostenrückerstattung (**Modalität Fremdmittel**). Ferntermine sind jedoch zugänglich und werden nur durch das DKV-Netzwerk abgedeckt (**Modalität Gesundheitsleistungen mit Eigenmitteln**).

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?

Wenn vom Arzt aufgrund des Gesundheitszustands des Patienten von einem Arztbesuch bzw. einem Besuch im Krankenhaus abgeraten wird.

Auch der Besuch von 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?

Alle zahnärztlichen Leistungen sind eingeschlossen, **ausgenommen solche, die aus ästhetischen Gründen vorgenommen werden:**

Wurzelbehandlungen, Paradontose, Kieferorthopädie, Zahnfüllungen und -versiegelungen, Zahnprothesen, Wurzelspitzenresektion, Implantologie und die diagnostischen Verfahren zur Durchführung dieser Behandlungen.

Wie erhält man Zugang zu den Leistungen der Zahn- und Mundheilkunde?

Der Versicherte kann in ganz Spanien (und auch in Deutschland für eine Dauer von maximal 100 Tagen, sofern die Modalität Grunddeckung + Rückführung + Best Care unter Vertrag genommen wird) Zahnärzte, Praxen und Kliniken aufsuchen, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen nicht angehören, sogenannte Fremdmittel, und hat ein Recht auf Erstattung der für die erbrachten Leistungen angefallenen

Kosten in dem Umfang, der in der Tabelle der Deckungsleistungen und Begrenzungen genannt wird, die als Anhang zu den Besonderen Vertragsbedingungen gehört.

Zudem haben Sie Zugriff zum DKV-Netzwerk für Leistungen zur Mund- und Zahngesundheit (Eigenmittel), das in ganz Spanien verfügbar ist. Vor Inanspruchnahme einer verschriebenen zahnmedizinischen Leistung zu den im DKV-Netzwerk für Leistungen zur Mund- und Zahngesundheit geltenden Sonderpreisen müssen Sie dem Leistungserbringer Ihre DKV MEDICARD® vorlegen, wodurch Sie Anspruch auf Rückerstattung des Gesamtbetrags der zahnmedizinischen Leistungen erhalten.

Gibt es für Leistungen zur Mund- und Zahngesundheit eine Deckungsobergrenze pro Versichertem und/oder pro Jahr?

Ja. Es gibt eine Jahreshöchstsgrenze pro Versichertem und Jahr, die in der Tabelle der Deckungsleistungen und Begrenzungen genannt wird. Berücksichtigt werden dabei sowohl die für Zahnbehandlung in der Behandlungsmodalität Eigenmittel (DKV-Netzwerk für Leistungen zur Mund- und Zahngesundheit) angefallenen Beträge als auch die Beträge der erstatteten Rechnungen für in der Behandlungsmodalität Fremdmittel erfolgte Behandlungen.

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 Residentes die Kosten für Medikamente gedeckt?

Es werden die Kosten für sämtliche Medikamente erstattet, mit Ausnahme der biologischen Medikamente und medikamentös verwendeten Biomaterialien, die nicht unter Abschnitt 4.7 chirurgische Prothesen genannt werden. Voraussetzung dabei ist, dass die Medikamente von einem Arzt verschrieben und in einer Apotheke erworben wurden, im Arzneimittelregister aufgelistet sind und therapeutischen Nutzen haben; weiter gilt eine jährliche Höchstgrenze für jeden Versicherten, die der Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen entnommen werden kann, die den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigefügt ist. Impfstoffe und Extrakte im Zusammenhang mit allergenen Prozessen werden hiervon erfasst.

Welche alternativen und zusätzlichen Therapien werden durch „DKV Residentes“ gedeckt?

DKV Residentes deckt Leistungen der Akupunktur als komplementäre Therapie bei Schmerzbehandlung (nur

bei den unter Abschnitt 4.8 „besondere Deckungen“ genannten Indikationen), wenn diese Leistung durch einen Arzt erbracht wird und bis zu einer jährlichen Höchstzahl von Sitzungen, für die jeweils eine Erstattungshöchstgrenze pro Konsultation oder Sitzung gilt; diese ist der Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen zu entnehmen, die als Anhang zu den Besonderen Vertragsbedingungen gehört.

Werden die Kosten einer Periduralanästhesie während einer Geburt gedeckt?

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

Werden bei DKV Residentes die Kosten für Interventionen bei Myopie, also Kurzsichtigkeit, 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 (DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden) einen Gutschein erwerben.

Werden bei DKV Residentes die Kosten für klinische Psychologie gedeckt?

Ja. Die Sitzungen der Psychotherapie sind bei Einzelpersonen und ambulanter Behandlung abgedeckt. Die Behandlung muss von einem Facharzt für Psychiatrie

oder Pädiatrie (bei Kindern) verschrieben und von einem Psychologen durchgeführt werden, sie wird bis zu einer in diesem Abschnitt genannten jährlichen Höchstgrenze von Sitzungen pro Versichertem (Summe der mit Eigenmitteln und Fremdmitteln finanzierten Behandlungen) und einer maximalen Rückerstattung je Sitzung bei Fremdmitteln erstattet. Die Höchstgrenzen werden in der den Besonderen Vertragsbedingungen beigefügten Leistungsübersichtstabelle festgelegt. Fernberatung in der Psychotherapie ist nur zugänglich und abgedeckt über das DKV-Netzwerk (Modalität Gesundheitsleistungen mit Eigenmitteln), es werden die Präsenzsitzungen berechnet (Summe der Eigen- und Fremdmittel) zur Festlegung der jährlichen Höchstgrenze pro Versichertem. Sie sind in der Tabelle der Deckungen und Beschränkungen genannt wird, die als Anhang den Besonderen Vertragsbedingungen beigefügt ist.

Psychische 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.

Werden bei DKV Residentes die Kosten einer assistierten Reproduktion gedeckt?

DKV deckt die Kosten für Befruchtungstechniken ausschließlich bei den Individualversicherungen von DKV Residentes, sofern bei dem Paar eine Unfruchtbarkeit vorliegt, dieses kein gemeinsames Kind hat und sich beide im gebärfähigen Alter befinden (älter als 18 Jahre und höchstens bis zu 42 Jahren bei Frauen und bis 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, 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?

Die medizinische Versorgung wird im Ausland nur im Notfall bei Krankheit oder Unfall gedeckt; diese Deckung erfolgt durch eine ergänzende Reiseversicherung, durch welche die medizinische Versorgung im Ausland bis zu maximal 180 Tagen je Reise oder Aufenthalt gewährleistet wird (Siehe Anhang I).

Wird der Vertrag in der Modalität Grunddeckung + Rückführung + Best Care geschlossen, ist die Gesundheitsversorgung in Deutschland für eine maximale Aufenthaltsdauer von 100 Tagen pro Jahr ebenfalls eingeschlossen.

Welche Rufnummer 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.

Wurde der Vertrag mit der Modalität Grunddeckung + Rückführung + Best Care abgeschlossen, umfasst die Deckung bei Krankenhausaufhalten in Deutschland ein Einzelzimmer.

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 sich auch telefonisch an unsere Kundenbetreuung unter 900 814 390 wenden.

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 zum Verfahren finden Sie in der einleitenden Klausel).

Zusätzliche Gesundheits- dienstleistungen

1. Ärztliche Fernberatung

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 Beratung 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 Ärztinnen 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 Arzneimitteln.

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) Zweite ärztliche Meinung bei schwerer Erkrankung

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.

c) Zweite bioethische Meinung bei schwerer Erkrankung

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.

2. Digitale Gesundheitsleistungen: App **Quiero cuidarme Más (QC+)**

Bei DKV Seguros setzen wir auf Technologie, um Ihnen zu helfen, sich um Ihre Gesundheit zu kümmern. Daher haben wir eine breite Palette von Leistungen im Bereich e-Health entwickelt, die im Versicherungsumfang unserer Versicherten enthalten sind und über die App **Quiero cuidarme Más** verfügbar sind. Dazu gehören:

2.1. Selbstversorgungstools und personalisierte Präventionspläne

2.1.1 Der Index für gesundes Leben (IVS)

Er besteht in einer Umfrage zur Gesundheit. Dabei wird ein Wert zwischen 0 und 1000 über das Gesundheitsniveau mithilfe von neun zuvor eingegebenen Indikatoren (BMI, Glucose, Cholesterin, Blutdruck, Schlafqualität, emotionales Wohlbefinden, körperliche Betätigung, Zigarettenkonsum und Ernährung) ermittelt. Die angegebenen Daten können mit Apple Health, Google und anderen Geräten der nächsten Generation synchronisiert werden.

Zusätzlich zu diesen neun Parametern besitzt der Benutzer weitere Faktoren wie persönliche und familiäre Vorgeschichte, Allergien, natürliche Anteile usw.

2.1.2 Achten Sie auf Ihre psychische Gesundheit

Tool, mit dem Sie psychologische Beratung per Chat anfordern können. Dafür ist lediglich erforderlich, die Anliegen bzw. Beschwerden anzugeben und einen individuellen Fragebogen auszufüllen, damit der Psychologe die Anfrage beurteilen kann. Darüber hinaus werden der Zugang zu einer psychologischen und psychiatrischen Videosprechstunde sowie die Nutzung anderer Leistungen und Tools für den Erhalt der psychischen Gesundheit ermöglicht.

2.1.3. Individuell erstelltes Vorsorgeprogramm

Mit den Gesundheitsdaten kann der Versicherte auf individuelle Vorsorgeprogramme mit Unterstützung eines Coachs zur Auswertung und

Nachverfolgung zugreifen. Für eine individuelle Beratung hat der Coach nach Zustimmung des Nutzers Zugang zu den Indikatoren und die Personalakte des Versicherten.

Der Versicherte kann sich ferner bezüglich der Gesundheitsindikatoren, die er verbessern möchte, Ziele setzen.

2.1.4. Gesundheitscoach

Im Chat werden Fragen geklärt und Tipps für eine gesunde Lebensweise gegeben. Je nach den speziellen Risikofaktoren des Versicherten und nach Alter und Geschlecht können individuelle Gesundheitsprogramme erstellt werden.

2.2. Orientierungshilfe zu Diagnose und Behandlung

2.2.1. Symptom-Checker

Die App Quiero Cuidarme Más enthält einen Symptomchecker, der dem Versicherten eine schnelle und zuverlässige Orientierung zu bestimmten Gesundheitsfragen bietet. Sie bietet auch die Möglichkeit, sich nach der Auswertung an einen Spezialisten zu wenden.

2.2.2 Virtuelle Konsultation

Sie können sich auch direkt per Mobiltelefon an die einzelnen Fachärzte des QC + Ärzteteams wenden. In der Allgemeinmedizin und der Kinderklinik wird dieser Service per Chat, telefonisch oder per Videoanruf angeboten.

All das auf eine einfache, sichere Art und Weise und unter vollständiger Wahrung der Vertraulichkeit.

2.2.3. 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.

2.3 Die Online-Vorgänge mit dem Unternehmen: Terminanfrage, Gesundheitsordner und -tagebuch und elektronisches Rezept

2.3.1 Online-Terminvergabe

Zur Terminvereinbarung in vielen Gesundheitszentren ohne Telefonanruf oder persönliches Erscheinen.

2.3.2 Ihr persönlicher Gesundheitsordner

Im Gesundheitsordner können Sie Ihre ärztlichen Gutachten empfangen, aufbewahren, einsehen und auf sichere Weise herunterladen und automatisch Ihre Anfrage nach Analyseergebnissen und bildgebenden Untersuchungen empfangen, die vom Arzt während der Sprechstunde erstellt werden. Sie haben ebenfalls Zugriff

auf die Untersuchungsergebnisse. An den Gesundheitsordner wird auch das zugelassene elektronische Rezept geschickt, das vom Facharzt über die App ausgestellt wird. Mit diesem Rezept erhalten Sie Ihr Medikament in der Apotheke.

Dieser Service ist ferner mit den Produkten und Dienstleistungen des DKV Clubs für Gesundheit und Wohlbefinden bezüglich Medikamenten und parapharmazeutischen Waren für den Online-Kauf verbunden.

2.3.3 Diario de salud- das Gesundheitstagebuch

Das Gesundheitstagebuch ist Ihr persönlicher Terminplaner zur Aufzeichnung Ihrer Arzttermine und zur Einsicht in den Verlauf der medizinischen Vorgänge.

2.3.4. Meine Apotheke

Mit dieser Funktion können Sie bei der Allgemeinmedizin elektronische Rezepte anfordern, die Medikamente des Versicherten einsehen und einen Live-Chat mit pharmazeutischen Fachkräften zur Klärung von Fragen führen.

Das elektronische Rezept ermöglicht dem Arzt die Ausstellung von Arzneimittelrezepten. Der Versicherte erhält sie automatisch in seiner Gesundheitsmappe und kann sich damit direkt an seine Apotheke wenden. Wir verwenden dafür das REMPe-System, ein von der Ärztekammer, Organización Médica Colegial (OMC), zugelassenes Verschreibungs- und Ausgabesystem.

3. 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.

**DKV Club Salud
y Bienestar
(DKV Club für
Gesundheit
und Wohlbefinden)**

Der Vertragsabschluss der Krankenversicherung „DKV Residentes“ ermöglicht Versicherten den Zugriff auf zusätzliche Leistungen des DKV Clubs für Gesundheit und Wohlbefinden („DKV Club Salud y Bienestar“), die sich wie nachfolgend aufgeführt vom Versicherungsschutz unterscheiden.

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. Club DKV Salud y Bienestar Premium (DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden Premium)

Der Versicherte hat mittels Ermäßigungsgutschein Zugang zum Leistungsnetzwerk des „**DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden**“, wobei die dafür anfallenden Kosten selbst zu tragen sind. Dadurch hat er die Möglichkeit, verschiedene ergänzende Leistungen in Anspruch zu nehmen, die zur Verbesserung der Gesundheit, zur Vorsorge, für Schönheitsleistungen, zur Gesundheitspflege, Umstellung und für das körperliche und emotionale Wohlbefinden angeboten werden, sowie zu medizinischen Leistungen und verschiedener familiärer Unterstützung. Dafür gibt es Ermäßigungen und/oder mit Spezialtarife, die unter den marktüblichen Preisen liegen.

Abhängig von der Art der Serviceleistung, die die versicherte Person im „**Red de Servicios DKV Club Salud y Bienestar (DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden)**“ in Anspruch nehmen will, werden zwei Arten des Zugangs unterschieden:

1) Reservierung der Leistung mit Gutschein: Der Versicherte sucht auf der Website www.dkvclubdesalud.com die Preise der zur Verfügung stehenden Leistungserbringer, reserviert den Gutschein, vereinbart mit dem ausgewählten direkt einen Termin und weist sich bei seiner Ankunft dort mit dem Gutschein und seiner Versicherungskarte von DKV Seguros aus. Das ist erforderlich, damit der Leistungserbringer den für den DKV Club Salud y Bienestar geltenden Sondertarif anrechnen kann. Zum Abschluss zahlt der Versicherte die erbrachte Leistung direkt an den Erbringer.

2) Online-Zahlung der Leistung: in anderen Fällen ist zur Inanspruchnahme einiger Serviceleistungen des „DKV Club Salud y Bienestar“ eine Vorauszahlung erforderlich. Der Kunde informiert sich auf der Internetseite www.dkvclubdesalud.com über die Tarife der verfügbaren Zentren oder Spezialisten, reserviert seinen Gutschein und bezahlt ihn mit einer Kredit- oder Debitkarte.

Ferner muss direkt mit dem Arzt ein Termin vereinbart werden und beim Eintreffen in der Klinik muss sich der Patient mit seiner Karte von DKV Seguros ausweisen, um die Leistung zu erhalten.

Weitere Informationen erhalten Sie auf der Internetseite

www.dkvclubdesalud.com telefonisch unter der Rufnummer 900 810 670 oder direkt in einer der Zweigstellen von DKV Seguros.

Im Rahmen jeder erfolgreichen Verlängerung des Versicherungsvertrags hat DKV das Recht, das Leistungsnetzwerk des DKV Clubs Salud y Bienestar (DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden) 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.

1.1 Serviceleistungen zur Gesundheitsförderung

1.1.1 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.

1.1.2 Fitnessstudios und Fitness
Zugang zu günstigen Bedingungen mittels eines Rabattgutscheins zu den dem Leistungsnetzwerk des DKV Clubs Salud y Bienestar (DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden) angehörenden Fitness-Studios.

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

1.2 Präventive Serviceleistungen

1.2.1 Prädiktive genetische Untersuchungen

Bei nicht durch die Versicherung gedeckten Indikationen, mit Rabattgutschein Zugang zu Untersuchungen, die Informationen zum Risiko einer bestimmten Person liefern, an einer konkreten, genetisch bedingten Krankheit 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.

1.2.2 Programm zur Raucherentwöhnung

Zugang über einen Ermäßigungsgutschein zu günstigen Preisen zu einer neuartigen Dienstleistung, um mithilfe verschiedener Techniken das Rauchen aufzugeben.

1.2.3 Kryokonservierung in Datenbanken für Stammzellen aus dem Nabelschnurblut

Die Transplantation von Nabelschnurblutstammzellen ist derzeit

eine gängige Behandlungsmethode bei vielen schweren Erkrankungen (u.a. Leukämie, Lymphdrüsenkrebs, Neuroblastome, Thalassämie [Erkrankung der roten Blutkörperchen]). Die versicherten Personen, die Zugang zu diesen Serviceleistungen zu finanziell vorteilhaften Bedingungen wünschen, können einen Ermäßigungsgutschein erwerben, der die Gewinnung, den Transport, die Voruntersuchungen und die Einlagerung der hämopoetischen Stammzellen aus der Nabelschnur ihrer Kinder in einer privaten Stammzellenbank für einen Zeitraum von 20 Jahren umfasst (mit der Möglichkeit einer Verlängerung).

1.2.4 Biomechanische Ganganalyse

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.

1.3 Medizinische kosmetische oder Schönheitsleistungen

1.3.1 Refraktive Laser-Chirurgie zur Korrektur von Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit und Hornhautverkrümmung

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.

1.3.2 Laser-Chirurgie der Alterssichtigkeit

Bei Presbyopie (Altersweitsichtigkeit) 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.

1.3.3 Laser-Chirurgie der Alterssichtigkeit

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.

1.4 Ergänzende medizinische Serviceleistungen

1.4.1 Behandlung zur medizinisch unterstützten Fortpflanzung

Versicherungsnehmer, die diese Leistung nicht mittels der Modalität ihrer Versicherung gedeckt haben, oder die die höchstmögliche Anzahl von Versuchen überschritten haben, können über den Erwerb eines Ermäßigungsgutscheins auf ein Netzwerk von auf die Diagnose und Behandlung von Unfruchtbarkeit spezialisierter Kliniken zugreifen; unter Verwendung der fortschrittlichsten Techniken für assistierte Reproduktion, wie zum Beispiel In-vitro-Fertilisation, künstliche Befruchtung, Übertragung von Präembryonen, und/oder Kryokonservierung von Eizellen, Spermata und Embryonen.

1.4.2 Psychologie

Zugang zu vorteilhaften Preisen über das Leistungsnetzwerk des „DKV Clubs Salud y Bienestar“ zur Vornahme psychologischer und psychometrischer Tests und/oder Konsultationen der klinischen Psychologie, in den Fällen, in denen die für jeden Versicherten festgelegte maximale Obergrenze pro Jahr überschritten wurde (Summe der Besuche und/oder Sitzungen durch Inanspruchnahme von Eigenmitteln und von Fremdmitteln); diese Obergrenze ist ausgewiesen in den Allgemeinen Vertragsbedingungen und in der

Tabelle der Deckungsleistungen und Beschränkungen, die den für die Versicherung geltenden Besonderen Vertragsbedingungen beigelegt ist.

1.5 Serviceleistungen zur persönlichen Selbstbeobachtung

1.5.1 Hörgesundheit

Ermöglicht über den Erwerb eines Ermäßigungsgutscheins die Durchführung eines Hörtests im Netzwerk der Hörzentren des DKV Clubs Salud y Bienestar (DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden) sowie den Erwerb von Hörgeräten zu vorteilhaften finanziellen Konditionen.

1.5.2 Gesundheit der Haargefäße

Diese Leistung ermöglicht mithilfe des Erwerbs eines Ermäßigungsgutscheins den Zugang zu einem Verfahren zur personalisierten Diagnose, zu der 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.

1.5.3 Serviceleistungen optische Einrichtungen

Die versicherte Person kann über den Erwerb eines Rabattgutscheins über das Netzwerk der Augenoptiker, die dem Leistungsnetzwerk des DKV Clubs Salud y Bienestar (DKV Club für Gesundheit

und Wohlbefinden) angehören, bedeutende Preisnachlässe beim Erwerb von Sehhilfen (Brillenfassungen und Brillengläser), Kontaktlinsen sowie von Hygiene- und Reinigungsmitteln erhalten.

1.5.4 Serviceleistungen der Orthopädie

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

1.5.5 Online-Parapharmazie

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.

1.6 Serviceleistungen der Heilgymnastik oder Rehabilitation

1.6.1 Umschulungstherapie für die Wiedererlangung von gestörten Lautbildungen, der Sprache oder Zunge

DKV Seguros stellt den Versicherten logopädische Leistungen zur Behandlung von Störungen der Aussprache, 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.).

1.6.2 Therapien der obstruktiven 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)

1.6.3 Programm zu Training oder Rehabilitation des Beckenbodens

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

1.7 Sozio-sanitäre Serviceleistungen und Familienhilfeleistungen

1.7.1 Unterstützung für Familienangehörige oder Alleinstehende im Krankenhaus.

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

1.7.2 Postpartale Betreuung zu Hause

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.

1.7.3 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.

1.7.4 Teleassistentz-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.

1.7.5 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.

1.7.6 Netzwerk von Seniorenheimen

Sozialfürsorge, medizinische und psychologische Rehabilitation, zur Steigerung der Lebensqualität von

Personen, die aus gesundheitlichen, familiären oder sozialen Gründen nicht selbstständig sind.

1.7.7 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.

Bedingungen Allgemeines

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 auf telefonischem Weg, indem Sie die Rufnummer 900 814 390 unseres Kundenservice wählen.

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 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

Akupunktur

Eine auf der traditionellen chinesischen Medizin basierende therapeutische Praktik, bei der spezifische anatomische Punkte zu therapeutischen Zwecken stimuliert werden, was im Allgemeinen durch Punktierung der Haut mit speziellen Nadeln geschieht.

Alter, fortpflanzungsfähiges

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

Alternative und komplementäre Therapien

Hierunter zusammengefasst werden vielfältige Therapiearten und

medizinische Praktiken, die derzeit nicht als Teil der herkömmlichen Schulmedizin betrachtet werden.

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 Bereichsnarkose oder Sedierung am Patienten von einem Chirurgen durchgeführt werden und die wenig intensive und kurzfristige postoperative Versorgung erfordern. Deshalb ist kein stationärer Krankenhausaufenthalt erforderlich und der Patient kann wenige Stunden nach dem Eingriff nach Hause entlassen werden.

Ambulant durchgeführte kleinere chirurgische Eingriffe

Gesundheitsversorgung des Patienten bei Prozessen, die einfache chirurgische Verfahren oder einfache Eingriffe an oberflächlichem Gewebe erfordern, die in der Praxis vorgenommen werden und für die im Allgemeinen Lokalanästhesie erforderlich ist. Die am häufigsten verwendeten Techniken sind chirurgische Exzision und Kryotherapie.

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.

Große ambulant durchgeführte Operationen werden von diesem Konzept nicht erfasst.

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.

Arzttermin ohne direkte Anwesenheit (CNP) bzw. Fernberatung

Sie wird in den Allgemeinen Geschäftsbedingungen als „Fernberatung“ oder auch als E-Sprechstunde, virtuelle oder telematische Sprechstunde bezeichnet. Die Sprechstunde wird ohne direkte Anwesenheit auf digitalem Weg abgehalten. Der Arzt orientiert, diagnostiziert und / oder behandelt den Patienten und verschreibt Behandlungen. **Die Leistung wird ausschließlich durch das von der Einrichtung vertraglich abgeschlossene „DKV-Netzwerk für Fernmedizin“ (Modalität Gesundheitsleistungen mit Eigenmitteln) erbracht.**

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

Best Care

Der Service Best Care garantiert die ärztliche Untersuchung durch einen anerkannten Spezialisten in Deutschland zur Erstellung einer Diagnose bei bestimmten schweren Erkrankungen.

Begrenzungsklausel

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

Bereits bestehender Gesundheitsstatus (umgangssprachlich: 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

Chiomassage oder Chiropraktik

Manipulationen von Wirbelsäule, Weichgewebe und des Muskel-Skelett-Systems, durchgeführt zu therapeutischen Zwecken durch einen darauf spezialisierten Facharzt oder Physiotherapeuten und vorgenommen in einer dafür geeigneten Einrichtung.

Chirurgische Prothesen

Dies sind medizinische Instrumente, 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

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.

Enzymhemmung 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

Implantat

Darunter zu verstehen ist ein medizinisches Instrument, 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.

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, 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.

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 benachbarte gesunde 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 (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, fachärztliche Versorgung sowie ergänzende Diagnose- und Behandlungsmittel sowie für Versorgung bei stationärem Aufenthalt und Chirurgie, wenn dies am direkt am Patienten vorgenommen wird.

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 artifizuell 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.

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 direkt am Patienten in Arztpraxen, beim Patienten zu Hause und/oder in einem Krankenhaus oder einer Klinik erbracht wird, üblicherweise ohne Übernachtung und bei der ein Aufenthalt von weniger als 24 Stunden vorgesehen ist (z. B. Box für Notfallpatienten, Tagesklinik, etc.).

O

Operationen mit Kurzeitenaufenthalt

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

Orthopädisches Material oder 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

Persönliche Beratung oder Beratung:

Sie wird in den Allgemeinen Bedingungen als konventionelle „Beratung“ bezeichnet. Es handelt sich um eine Sprechstunde als Unterstützung, die auf der Anwesenheit bzw. der persönlichen Beziehung des Arztes zum Patienten basiert. Ihr Zweck besteht darin, eine Diagnose zu erhalten, eine Behandlung durchzuführen und / oder eine Prognose über die Krankheit oder den Gesundheitszustand eines Versicherten zu erstellen. **Die Leistung wird sowohl durch das von der Einrichtung vertraglich abgeschlossene „DKV-**

Netzwerk für Gesundheitsleistungen“ (Modalität Gesundheitsleistungen mit Eigenmitteln) als auch mittels Kostenrückerstattung (Modalität Gesundheitsleistungen mit Fremdmitteln) erbracht.

Pflegebedürftigkeit

Ein dauerhafter Zustand, in dem sich Menschen befinden, die aus verschiedenen Gründen (Alter, Krankheit, Behinderung usw.) die Hilfe einer oder mehrerer anderer Menschen benötigen oder bei der Ausübung der grundlegenden Aktivitäten des täglichen Lebens Hilfe benötigen. **Es werden drei Pflegeniveaus unterschieden: Grad I:** Moderate Abhängigkeit; **2. Grad II:** Schwere Abhängigkeit; **3. Grad III:** Große Abhängigkeit.

Phytotherapie

Ausschließlich bezogen auf Beratungen zur Diagnosestellung, vorgenommen durch einen auf diese Behandlungsart spezialisierten Arzt. Phytotherapeutische Medikamente sind nicht inbegriffen.

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

Prostataerkrankung vor, steigt seine Synthese an.

Psychotherapie

Therapiemethode, die bei einer Person zur Anwendung kommt, die an einem psychischen Konflikt leidet. Die Therapie erfolgt entweder auf Anweisung oder mit Verschreibung eines Psychiaters oder eines Kinderarztes und basiert auf der Anwesenheit von Therapeut und Patient.

Die Leistung wird sowohl durch das von der Einrichtung vertraglich abgeschlossene „DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen“ (Modalität Gesundheitsleistungen mit Eigenmitteln) als auch mittels Kostenrückerstattung (Modalität Gesundheitsleistungen mit Fremdmitteln) erbracht.

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 ferngesteuerten laparoskopischen Roboters, den Anweisungen eines im OP-Saal befindlichen Chirurgen folgend, durchgeführt werden. Der Eingriff erfolgt durch ein aus der Distanz geführtes virtuelles oder navigationsgestütztes Computersystem mithilfe einer speziellen Software mit 3D-Bildern, die mithilfe eines Computers erhalten werden.

S

Selbstbeteiligung

Im Versicherungsvertrag festgelegte Summe, bis zu der selbst bezahlt werden muss, und ab deren Überschreiten die Deckung von DKV Seguros einsetzt. erstattet wird ab dem Betrag, der über die Selbstbeteiligung hinausgeht.

Stationär im Krankenhaus erfolgende medizinische Versorgung

Die medizinische Versorgung und Krankenhausaufnahme erfolgt direkt am eingewiesenen Patienten durch einen Facharzt und/oder Chirurgen. Der Versicherte hält sich mindestens 24 Stunden stationär im Krankenhaus auf, in das er zur medizinischen oder chirurgischen Behandlung aufgenommen wurde.

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 haben. 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.

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.

Telemedizin

Sie basiert auf der sicheren Übertragung von Daten und medizinischen Informationen durch Text, Ton, Bild oder andere Formen, die für die Vorbeugung, Diagnose, Behandlung und Überwachung des Patienten erforderlich sind. Dazu gehören zahlreiche Unterstützungsmodi, u. a. Fernberatung, Ferntherapie, Fernüberwachung, Fernradiologie, Fernpathologie, Ferndermatologie, Fernophthalmologie und Fernchirurgie.

Teletherapie

Geplante virtuelle Behandlungen, die über das entsprechende „DKV-Netz Fernmedizinischer Gesundheitsleistungen“ je nach Art der abgeschlossenen Versicherungsmodalität, nach

vorheriger Genehmigung durch das Unternehmen über verschiedene Kommunikationswege (Sprache, Text, Videoanruf) ohne Anwesenheit, angeboten werden. Sie variieren je nach Art der Behandlung.

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 Schichten) 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

Überführung

Verstirbt ein Versicherter, dessen Vorbereitung für die Bestattung sowie der Transport des Leichnams von dem Ort aus in Spanien, an dem er verstorben ist, bis zu dem internationalen Flughafen, der dem Bestattungsort in Deutschland am nächsten liegt.

Unanfechtbarkeit des Versicherungsvertrags

In den Versicherungsvertrag aufgenommener Vorteil, wodurch DKV Seguros die Deckung für jede Vorerkrankung eines Versicherten übernimmt, nachdem ab dem Zeitpunkt seiner Aufnahme in den Versicherungsvertrag 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 Straßenverkehrswegenetzes.

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.

Versicherungsantrag oder informativer Vertragsentwurf

Enthält neben den im Vertragsentwurf enthaltenen Information und der Datenschutzrichtlinie einen von der 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 mit ihrer Unterschrift bestätigt, alle in diesem Vertrag festgelegten Verpflichtungen zu erfüllen, sofern es sich nicht um solche handelt, die durch die versicherten Personen zu erfüllen sind.

Versicherungsvertrag (manchmal auch Police genannt)

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.

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.

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 (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.

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 spanischen Agenturen für die Beurteilung von Gesundheitstechnologien, die den regionalen Gesundheitsbehörden oder dem Gesundheitsministerium unterstellt sind, positiv bewertet und genehmigt werden; im Fall von Antitumor- und onkologischen Medikamenten nimmt diese Bewertung das Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE) vor.
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 Residentes 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 seiner 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; ausgenommen von dieser Regelung ist das Fachgebiet der Zahnheilkunde.

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.

3.3 Territorialer Geltungsbereich

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

Bei der Deckungsmodalität Fremdmittel können die stationären und ambulanten medizinischen und chirurgischen Leistungen von Fachkräften und Zentren in ganz Spanien erbracht werden. Wurde die Modalität Grunddeckung + Rückführung + Best Care unter Vertrag genommen, auch in Deutschland und für eine Dauer von maximal 100 Tagen pro Jahr, sofern sich der gewöhnliche Wohnsitz des Versicherten für mindestens sechs Monate (183 Tage) im Jahr in Spanien befindet.

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 mitversicherten Personen als Identifikationsmedium gegenüber den Leistungserbringern die nicht übertragbare Versichertenkarte DKV MEDICARD® zur persönlichen Nutzung aus. Weiter erhält er Informationen zum DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen, zu dem auch das DKV-Netzwerk für Leistungen zur Mund- und Zahngesundheit gehört, und in dem alle im Versicherungsschutz eingeschlossenen Leistungen, Ärzte und Fachkräfte, Diagnostik-Zentren, Krankenhäuser und Kliniken, Notfalldienste und ergänzende Dienstleistungen unter Angabe der jeweiligen Adressen, Öffnungs- oder Sprechstunden 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 Terminen oder Fernberatungen im Bereich der medizinischen Grundversorgung, zu Fachärzten der medizinischen und chirurgischen Fachgebiete, grundlegenden Untersuchungen und Notfallterminen.

Eine Autorisierung ist erforderlich für Krankenseinweisungen, chirurgische Eingriffe, Prothesen und chirurgische Implantate, Psychotherapiesitzungen, Fußchirurgie, Vorsorgeprogramme und Vorsorgeuntersuchungen, Krankenwagenbeförderung, Fernbehandlungen, ärztliche Behandlungen und komplexe Diagnoseuntersuchungen, die „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 (ausgenommen im Fachgebiet der Zahnheilkunde) und es werden auch keine Kosten für erbrachte Leistungen übernommen, für die eine Autorisierung

erforderlich ist, wenn diese 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 Versicherungskarte **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 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 Vorgehensweise oder den Krankenhausaufenthalt nicht deckt.

Unter Notfall wird in diesem Fall diejenige Hilfeleistung (medizinischer oder sanitärer Art) verstanden, die, wenn sie nicht unverzüglich und ohne Aufschub geleistet wird, das Leben

des Patienten oder seine körperliche Unversehrtheit gefährden oder seine Gesundheit auf Dauer ernsthaft beeinträchtigen kann.

f) Autorisierungen können telefonisch beim DKV Call Center zur Kundenbetreuung angefordert werden, den Sie unter der Nummer 900 814 390 erreichen, oder über unsere Webseite www.dkvseguros.com oder in jeder der Zweigstellen von DKV Seguros.

Besondere Regelungen für die Versorgungsmodalität Fremdmittel Gesundheitsversorgung außerhalb des DKV-Netzwerkes für Gesundheitsleistungen:

a) Für die Zwecke dieser Versicherung gilt der Eintritt eines Versicherungsfalles 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.

> DKV Residentes erstattet den Gesamtbetrag der Rechnungen, die infolge der Erbringung von Leistungen in ganz Spanien angefallen sind (und auch in Deutschland für eine Dauer von maximal 100 Tagen, sofern die Modalität Grunddeckung + Rückführung + Best Care unter Vertrag genommen wird), ausgenommen hiervon sind Leistungen der Zahnheilkunde; hier besteht ein Recht auf Erstattung der Kosten in dem Umfang, der in der Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen für Fremdmittel genannt wird, die als Anhang zu den Besonderen Vertragsbedingungen gehört.

Darüber hinaus werden in den Allgemeinen und/oder den Besonderen Vertragsbedingungen Begrenzungen und/oder Eigenbeteiligungen für einige Fachgebiete und/oder konkrete Leistungen festgelegt (siehe Abschnitt 4 »Beschreibung der Deckungen«).

> 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) Ein keinem Fall übernimmt oder erstattet DKV Seguros dem Versicherten Kosten für Rechnungen, die durch öffentliche Krankenhäuser, Gesundheitszentren oder andere Gesundheitseinrichtungen für ärztlich-chirurgische oder im Krankenhaus stationär erbrachte Versorgungsausgestellt werden, die dem staatlichen spanischen Gesundheitssystem angehören

und/oder die den Autonomen Provinzen unterstehen, es sei denn, es liegt ein Notfall vor, dessen Definition, diesem Schriftstück zu entnehmen ist und sofern eine ausdrückliche Genehmigung von DKV Seguros vorliegt.

Unter Notfall wird in diesem Fall diejenige Hilfeleistung (medizinischer oder sanitärer Art) verstanden, die, wenn sie nicht unverzüglich und ohne Aufschub geleistet wird, das Leben des Patienten oder seine körperliche Unversehrtheit gefährden oder seine Gesundheit auf Dauer ernsthaft beeinträchtigen kann.

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 ausüben, die dem Versicherten aufgrund des verursachten 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

Dieser Vertrag berechtigt zum Zugang zu den folgenden medizinischen Fachgebieten, Gesundheitsversorgungsleistungen und den folgenden weiteren Leistungen:

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, Ultraschall des Unterleibs und einfache, konventionelle Radiographie (ohne Kontrastmittel).

Leistungen der Krankenpflege (Injektionen und Wundversorgung):

Versorgung durch examinierte Krankenpflegekräfte in der Arztpraxis oder zu Hause, nach vorheriger schriftlicher Anforderung durch den Arzt, der den Versicherten betreut.

Beförderung 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).

Eingeschlossen sind Transporte im Inkubator und Transporte mit dem Rettungshubschrauber zum Krankenhaus.

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

Notfalldienst, ambulant: 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:

Umfasst die Kosten für Impfungen und die Extrakte bei allergenen Prozessen.

Diese Kosten werden bei der allgemeinen für jedes Jahr festgelegten Erstattungsobergrenze für Medikamente mit berücksichtigt.

Anästhesiologie und Reanimation:

Einschließlich Epiduralanästhesie / Periduralanästhesie.

Angiologie und Gefäßchirurgie

Verdauungssystem: Umfasst virtuelle Koloskopie, auch CT-Kolonographie genannt (3D), durchgeführt ausschließlich durch dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörende Leistungserbringer (Eigenmittel).

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 (morbid 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: Inbegriffen sind die chirurgischen Techniken und die endovaskuläre Ablation durch Laser oder Radiofrequenz von **Krampfadern des Grades C3 oder höher gemäß der klinischen Einstufung von chronischen Venenerkrankungen (CEAP), außer den unter Abschnitt 5 f aufgeführten Ausnahmen ("Deckungsausschlüsse") in den Allgemeinen Bedingungen.**

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

Geriatric

Gynäkologie: Eingeschlossen sind Diagnose und Behandlung von Frauenkrankheiten. Deckung besteht für Familienplanung, Laserbehandlungen (CO₂, Erbium und Diode), Sterilitätsdiagnose und Früherkennung gynäkologischer Krebserkrankungen mittels zwei Screening-Modalitäten, alternativ und untereinander inkompatibel, 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 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 der 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 im letzten der drei Schwangerschafts quartale** 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:

Es sind alle zahnärztlichen Leistungen eingeschlossen, ausgenommen diejenigen, die aus ästhetischen Gründen vorgenommen werden (siehe Abschnitt 4.8 »Besondere Deckungen«).

Augenheilkunde: 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 Gaumensegeloperationen, 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 beigefügt ist (gezählt wird die gesamte Anzahl der Sitzungen, die sowohl unter Inanspruchnahme von Eigenmitteln als auch von Fremdmitteln durchgeführt werden).**

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 und für Rehabilitation spezifiziertes Zentrum, **welches der Wiederherstellung der Gesundheit dient und mittels der erforderlichen behördlichen Genehmigungen im Register der Zentren, Services und medizinischen Einrichtungen der jeweiligen Autonomen Provinz eingetragen 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-, Tulum-, 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 Diagnosemittel und Diagnoseverfahren

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 durch das DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen (Modalität Eigenmittel), wenn eine vorherige ärztliche Verschreibung und die ebenfalls im Voraus erteilte Autorisierung durch die Versicherung vorliegen, und wenn anhand eines Gutachtens nachgewiesen wird: a) Pflegebedürftigkeitsgrad 3 (große Abhängigkeit) b)

Pflegebedürftigkeitsgrad 2 (schwere Abhängigkeit) gekennzeichnet durch die Schwierigkeit des Versicherten, seine Wohnung ohne ständige Unterstützung oder Aufsicht eines Dritten zu verlassen. **In diesem Fall wird eine Höchstgrenze von 2 Entnahmen pro Versicherten im Kalenderjahr festgelegt.**

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

Diagnostische Darmspiegelungen: zur Früherkennung von Verletzungen des oberen Verdauungstraktes (Ösophagoskopie, Gastroskopie und Duodenoskopie) und des unteren (Koloskopie, Sigmoidoskopie und Rektoskopie).

Kapselendoskopie: zur Diagnose verborgener Blutungen/Darmblutungen unbekannter Herkunft

Therapeutische diagnostische

Darmspiegelungen: inbegriffen sind die Biopsie der Verletzungen und / oder die chirurgische Behandlung der Pathologie des oberen und unteren Verdauungstrakts.

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) nach akutem Myokardinfarkt und postoperativ bei Herzpathologien die Herzspektographie oder Stress-Ruhe-Myokardperfusion SPECT, einschließlich Radiopharmaka, um die koronare Perfusion bei ischämischer Herzkrankheiten und allgemeine oder regionale ventrikuläre Funktion bei Herzinsuffizienz und Kardiomyopathien.

Ferner ist inbegriffen die Herz-Magnetresonanz zur Beurteilung und Überwachung bei koronarer Arteriopathie, kardialen Valvulopathien, kongenitalen Kardiopathien, nicht-ischämische Kardiomyopathien, Aortenkrankheit, Perikardie und Herztumoren.

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-Diagnosetechnik:

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 Aneurysmen, vaskulärer Malformationen und

Koartationen, unabhängig von ihrer Lage.

b) Magnetresonanzenz-Arthrographie (MR-Arthrographie) bei osteochondralen und tendinösen Pathologien bei schwieriger Diagnosestellung, Magnetresonanzenz-Cholangiographie (MRC) und Magnetresonanzenz-Cholangiopankreatikographie (MRCP) zum Ausschluss von Choledocholithiasis 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 ist.

d) Eingeschlossen sind Positronen-Emissions-Tomographie (PET), einzeln oder in Kombination mit einer Computertomographie (PET-CT) oder Magnetresonanzenztomographie (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 Fluordesoxyglucose (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 Magnetresonanzenzspektroskopie (MRS) oder NMR-Spektroskopie hoher Auflösung oder Feldstärke (3 Tesla MRT): Zu onkologischer Diagnostik und/oder bei nicht auf medizinische 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 DQ.2 und DQ8 zur Diagnose von Zöliakie oder Glutunverträglichkeit ist bei Kindern,

die Symptome zeigen und deren serologische Marker Veränderungen aufweisen, bis zum Alter von 16 Jahren gedeckt; ebenfalls für Erwachsene, für die Endoskopie und/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) **Mit positiven Hormonrezeptoren**
- c) **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 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) zu Kontrolle und Überwachung fibrozystischer Pathologien und zur onkologischen Frühdiagnose bei dichtem Brustgewebe, wodurch unnötige Biopsien vermieden werden.

j) Colonographie durch Computertomographie oder virtuelle Koloskopie (3D). Ausschließlich gedeckt, wenn durch dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörende Leistungserbringer (Eigenmittel) erbracht, zur Erkennung von Darmkrebs und entzündlicher Darmerkrankungen bei Risikogruppen gemäß allgemein anerkannter Protokolle.

k) 3D und 4D Ultraschall in der Schwangerschaft: Diese ermöglichen einen Gesamtüberblick über die Anatomie des Fötus in Echtzeit. Eingeschlossen bei Vorlage der Verschreibung durch einen Facharzt und

maximal für eine Untersuchung pro Versicherter und Jahr.

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

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

n) Multiparameter-Magnetresonanztomographie (mpMRT), um weitere Indikationen zur Früherkennung des verborgenen Prostatakarzinoms festzustellen bei folgenden Indikationen:

1. Hohes klinisches Risiko, wenn mindestens zwei dieser Kriterien erfüllt sind: Ein anhaltend erhöhtes prostataspezifisches Antigen im Blut über mehr als drei Monate (im folgenden PSA) von zwischen 4 bis 10 ng/ml, ein PSA-Wert (frei/insgesamt) von unter 20 % und/oder eine verdächtige Prostataoberfläche bei der rektalen Untersuchung durch Abtasten (bewertet werden Größe, Festigkeit,

Konsistenz sowie im Vergleich zu normalen Referenzwerten vorhandene Abweichungen).

2) Zuvor erfolgte ultraschallgeführte Prostata-Biopsie negativ

3) Feststellung lokaler Ausbreitungsgrad des Prostatakarzinoms

4) Aktive Überwachung oder Planung von Fokaltherapie

5) Rezidivverdacht nach onkologischer Behandlung

Magnetresonanz-Elastographie 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.

Das Medikament ist bei ambulanter Versorgung mit eingeschlossen, bis die jährliche allgemeine Deckungsgrenze für Medikamente erreicht wird.

Analgesie und Schmerzbehandlung: Behandlungen sind gedeckt, wenn diese in auf diese Techniken spezialisierten Einheiten vorgenommen werden, die Medikamente eingeschlossen, bis zum Erreichen der jährlichen allgemeinen Deckungsgrenze für Medikamente (siehe Abschnitt 4.8)

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) größer als 30. Eingeschlossen ist die respiratorische Polygraphie zur Dosistitration, 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: Diese Leistung wird sowohl ambulant als auch stationär zur Behandlung von Niereninsuffizienz bereitgestellt.

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: Umfasst Fußchirurgie und Operationen für einen eingewachsenen Nagel und Plantarpapillome **mit einer Wartezeit von sechs Monaten.**

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

Gedeckt werden alle Kosten, die mit der Transplantation des Organs für den Empfänger im Zusammenhang stehen 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 bei der Gelenkersatzchirurgie (Endoprothetik) und in der chirurgischen Behandlung von unkonsolidierten Frakturen (Pseudarthrose) mit Plasma, das reich an Plättchen oder Thrombozyten-Wachstumsfaktoren ist (PRGF)

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**“).

Ebenfalls ist in der Versicherung inbegriffen die Physiotherapie beim Versicherten zu Hause, begrenzt auf maximal 20 Sitzungen pro Kalenderjahr nach einem Krankenhausaufenthalt (von mehr als 24 Stunden), ausschließlich beim „DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen“ (Modalität Eigenmitteln) und wenn zuvor eine Verschreibung durch einen der im vorstehenden Absatz genannten Fachärzte erfolgt und die Versicherung die Autorisierung erteilt hat und wenn dies durch ein ärztliches Gutachten nachgewiesen wurde:

a) Pflegebedürftigkeitsgrad 3 (schwere Abhängigkeit) mit der absoluten Unfähigkeit des Versicherten, seine Wohnung zu verlassen oder b) Pflegebedürftigkeitsgrad 2 (schwere Abhängigkeit) mit der Schwierigkeit des Versicherten, seine Wohnung ohne ständige Unterstützung oder Aufsicht eines Dritten zu verlassen.

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 aufgrund Insertion (mehr als 3 Monate Dauer) des Schulter-, des Ellenbogengelenks, der Kniescheibe, der Ferse und Sohle, wenn eine medizinische oder rehabilitative Behandlung 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 Metasthasen (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**

e) System zum intraoperativen neurophysiologischen Monitoring (MNIO) des Nervensystems bei intrakranialen Eingriffen, bei Schilddrüsen- oder Nebenschilddrüsen-Operationen und Operationen zu Fusion oder Arthrodese 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) Kognitive 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 drei 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: Zur Durchführung von umfassenden diagnostischen 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 Submukosadissektion (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

h) Transperineale Prostatabiopsie durch Bildfusion von multiparametrischer Magnetresonanztomographie (RMNmp) und transrektalem Echtzeit-Ultraschall (ERT): Aufnahme in den Deckungsumfang zur Früherkennung von okkultem Prostatakrebs, **wenn die Erhöhung des prostataspezifischen Antigens (PSA zwischen 4-10 ng / ml)**

länger als drei Monate anhält (mit einem PSA-Verhältnis (frei / gesamt) von weniger als 20% (0, 2) **und negativen Ergebnis einer zuvor vorgenommenen ultraschallgeführten Biopsie.**

i) Moderne laparoskopischer Chirurgie, durchgeführt mit dem roboterassistierten Da-Vinci-Operationssystem, wird aufgenommen für Teilneprektomien beim Nierenmarzinom, sofern die folgenden die Ein- und / oder Ausschlusskriterien erfüllt werden:

a) Einschlusskriterien:

1. Alter: Älter als 18 Jahre und jünger als 70 Jahre
2. Narkose-Risikogruppe ASA I/II
3. Überwiegend exophytischer Tumor (nach außen wachsend), kleiner als 4 cm (Durchschnitt an der weitesten Stelle)
4. **Tumor kleiner als 4 cm bei Monorenen** (Patienten mit nur einer Niere)

b) Ausschlusskriterien:

- > Narkose-Risikogruppe ASA III (schwere Gerinnungsstörungen, schwere Atemstörungen, schweres Glaukom, früherer Herzinfarkt) oder darüberliegend

- > Bereits früher erfolgte Nierenoperationen
- > Unfähigkeit, Pneumoperitoneum zu ertragen
- > Thrombose der Vena renalis
- > Mehrere Tumoren

Ohne Deckungseinschränkung innerhalb des DKV-Netzwerks für Gesundheitsleistungen (Deckungsmodalität Eigenmittel), nach vorheriger Autorisierung durch DKV Seguros und, wenn der Versicherte Leistungserbringer in Anspruch nimmt, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen nicht angehören (Deckungsmodalität Fremdmittel) einer Erstattungshöchstgrenze der Ausgaben pro Versichertem und Jahr, die in der Tabelle der Leistungsübersicht zu Deckungen und Höchstgrenzen, die den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigelegt ist, genannt wird. 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 Art. 4.6 Versorgung im Krankenhaus).

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 zugreift, die nicht dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehören und eine Sitzungsobergrenze 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.

Was die Arzneimittel angeht, so deckt DKV Seguros die Kosten der Zytostatika, die auf dem spanischen Markt verbreitet werden, sofern sie vom spanischen Gesundheitsministerium zugelassen wurden und unter Abschnitt 2 »Grundkonzepte. Definitionen« genannt werden, weiter die Kosten für **endovesikale Behandlungen (Instillationen), Arzneimittel der Palliativmedizin** 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.

Dies 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 Verschlussstherapie (VAC) oder Therapie mit topischem Unterdruck

- (PNT) bei Indikationen und **mit den Beschränkungen, die genannt werden in 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.
 - > Größere ambulante Operationen, therapeutische Endoskopien des Verdauungstraktes und diagnostische und / oder therapeutische Fibrobronchoskopien
 - > 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 erfolgender 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 oder medikamentöse Biomaterialien, die nicht im bereits genannten Abschnitt 4.7 erwähnt sind sowie die Therapien des Abschnitts 5. r »Von der Deckung ausgeschlossene Leistungen«.

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 Diagnosestellung 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 durchgeführte 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 Tagen.

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 in Tagen pro Kalenderjahr, begrenzt, der in der 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.

4.7 Ergänzende Deckungen

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. Dazu gehört ebenfalls die präventive postpartale Beckenboden-Rehabilitation (**Deckung besteht für einen Zeitraum von maximal vier Monaten nach der Geburt**); weiter gilt, dass die Deckung für maximal 10 Sitzungen pro Jahr und nur dann besteht, wenn die Leistungen bei einem Leistungserbringer in Anspruch genommen wird, der dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehört (Eigenmittel).> Weiter die Gesundheitsuntersuchungen des Neugeborenen; inklusive Neugeborenen-Screening auf Stoffwechselerkrankungen (Phenylketonurie und angeborene Hypothyreose), das

Neugeborenenhörscreening (NHS) zur Früherkennung von Schwerhörigkeiten, Test auf Sehstörungen sowie Neugeborenen-Ultraschall.

- > Das für Spanien geltende obligatorische Impfprogramm für Kinder, unter Berücksichtigung der festgelegten Höchstgrenze pro Jahr für die Erstattung von Kosten für Medikamente.
- > 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 Nüchtern glukose (GB) im Plasma.
- > **Bei Personen mit hohem Diabetesrisiko:** bei Vorgeschichte von Diabetes in der nahen Verwandtschaft, metabolischem Syndrom oder gestörter Nüchtern glukose (IFG 110 -125 mg/dl) wird die Untersuchung jährlich durchgeführt. Im Fall einer gestörten Nüchtern glukose ist es nötig, eine Untersuchung zum glykierten Hämoglobin

(HbA1c) oder einen oralen Glukosetoleranztest durchzuführen.

- > **Liegt eine Diagnose von Prädiabetes vor**, aufgrund einer gestörten Nüchtern glukose zwischen 110-125 mg/dl und glykiertem Hämoglobin unter 6,5%, werden beide Werte einmal jährlich kontrolliert.
- > **Wird Diabetes diagnostiziert**, aufgrund von gestörter Nüchtern glukose 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 **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. Bei positivem Ergebnis wird eine Kolposkopie durchgeführt: Bei negativem Ergebnis wird in drei Jahren eine Überprüfung durchgeführt und bei positivem Ergebnis eine Behandlung eingeleitet, die auf ärztliche

Verordnung einen HPV-Test oder einen Hochrisiko-Papillomtest beim Menschen beinhaltet.

> Frauen im Alter von zwischen 35 und 65 Jahren wird eine Liquid Based Cytology (LBC) zur Bestimmung des Hochrisiko-Papillomvirus (HPV) im Abstand von jeweils fünf Jahren angeboten. Sollte das Testergebnis positiv ausfallen, wird eine zytologische Untersuchung durchgeführt. Bei negativem Ergebnis werden sie in einem Jahr zum HPV-AR-Test einbestellt und bei positivem Ergebnis wird eine Kolposkopie durchgeführt. Bei negativem Ergebnis wird eine Überprüfung in fünf Jahren vorgenommen und bei positivem Ergebnis eine Behandlung eingeleitet.

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 Verschlüsse (Füllungen)
- > Zahnsteinentfernung bzw. Mundhygiene, falls erforderlich

9.2 Schwangerschaft, Gesundheit für Mutter und Kind: Ausgerichtet auf die Einführung von Regeln zur Prävention; erfolgt 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

10. Vorbeugendes Ultraschall-Screening-Programm für abdominale Aortenaneurysmen (AAA)

Dazu gehört:

- > Beratung im Rahmen der medizinischen Grundversorgung und Ultraschalluntersuchung des Abdomens zur Früherkennung eines Aneurysmas bei Personen, die zur Risikogruppe gehören, jedoch asymptomatisch sind: Für Männer im Alter von über 65 Jahren (zwischen 65 und 75 Jahren) und für Risikogruppen, dazu gehören Raucherinnen und Personen über 50 mit Familienangehörigen ersten Grades mit einer Vorgeschichte von abdominalem Aortenaneurysma.

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:

- > Psychische Erkrankungen: Depression, Schizophrenie und psychotische Störungen
- > Verhaltensstörungen: Neurosen, Angstzustände, Persönlichkeitsstörungen und Zwangsstörungen
- > Essstörungen: Magersucht und Bulimie
- > Bei Mobbing in der Schule, Cybermobbing und/oder geschlechtsspezifischer oder häuslicher Gewalt
- > Schlafstörungen: Einnässen, Schlaflosigkeit, Schlafwandeln und Nachtangst
- > Anpassungsstörungen: Arbeits- und posttraumatischer Stress, Trauer, Scheidung, Pubertät, Posturlaubssyndrom usw.
- > Lernstörungen: Hyperaktivität und Schulversagen

Für den Fall, dass der Versicherte für die Sitzungen Fremdmitteln in Anspruch nimmt, also einen Leistungserbringer, die dem DKV-

Netzwerk für Gesundheitsleistungen nicht angehört, gilt für die Kostenerstattung jeder Psychotherapie-Sitzung eine Höchstgrenze. 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** 0 años, 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 in der den Besonderen Vertragsbedingungen angehängten Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen aufgeführt ist.

Familienplanung Umfasst die folgenden Leistungen:

- > Einsetzen der Spirale (IUP):
Einschließlich Erstattung der Kosten des IUP gemäß dem in der Versicherungs-Modalität festgelegten Prozentsatz, **bis zu einer Erstattungshöchstgrenze, die in der Tabelle der Deckungen und Höchstgrenzen festgelegt ist, welche an die Besonderen Versicherungsbedingungen angehängt 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 (Schienen, Metallplatten zur Fixierung und Schrauben) und intersomatische Abstandhalter oder Zwischenwirbelkäfge 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 Wirbelsäulen Chirurgie 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, extraskeletale externe Fixierungen, neutrale monofokale, multifokale und/oder torische Intraokularlinsen bei Katarakten, bis zur maximalen, in der der den Besonderen

Vertragsbedingungen angehängten Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen aufgeführter Obergrenze, 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.

Es existiert keine jährliche Deckungsgrenze in Bezug auf Prothesen und Implantate-Material, welche über das „DKV-Netzwerk für Gesundheitsdienste“ bezogen werden (eigene Mittel), sofern Sie die erforderliche vorherige Genehmigung der DKV Seguros haben, **mit Ausnahme der zuvor in diesem Abschnitt beschriebenen Gefäß- und Herzprothesen, deren Deckungshöchstgrenze pro Versichertem und Jahr in der den Besonderen Vertragsbedingungen angehängten Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen aufgeführt wird.**

Bei der Deckungsmodalität Fremdmittel werden die in diesem Abschnitt aufgeführten Implantate und Prothesen, die nicht in Zentren des Vertragsnetzes „Red DKV de Servicios Sanitarios“ erworben wurden und/oder vor dem operativen

Eingriff keine Genehmigung von DKV Seguros erhalten haben, bis zu einem prozentualen Anteil und der Höchstgrenze, die in der den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängten Deckungs- und Deckungseinschränkungstabelle festgelegt ist, erstattet.

Zur Berechnung der jährlichen Deckungshöchstgrenze für Prothesen pro Versicherten 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 es 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:

Deckt 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 Gesamt-Höchstgrenze 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 Besondere Deckungen

Medikamente Eingeschlossen ist die Erstattung der Kosten für die im Arzneimittelregister (dem für Spanien gültigen International Vademecum) aufgeführten Medikamente, der Kosten für Impfstoffe und für mit ärztlicher Verschreibung verordnete allergene Extrakte, die in einer Apotheke gekauft und zu therapeutischen Zwecken verabreicht werden. **Die Erstattung erfolgt pro Jahr und Versichertem in dem Umfang, der in der den Besonderen Vertragsbedingungen angehängten Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen genannt wird.**

Nicht zu den Medikamenten zählen und daher vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind beworbene Fachgebiete, homöopathische Arzneimittel und Produkte mit geringem therapeutischem Nutzen.

Ebenalls vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Nahrungsergänzungsprodukte, Wohlfühlpräparate, dermoästhetische Produkte, kosmetische Produkte, Mineralwässer sowie Körperpflege- und Hygieneprodukte.

Medizinische Heil- und Hilfsmittel. Mit zuvor erfolgter ärztlicher Verschreibung werden Wundverbandsmaterial,

Brillengläser und Brillengestelle gedeckt bis zu einem Betrag, der in der den Besonderen Vertragsbedingungen angehängten Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen genannt wird (ab einem Alter von 15 Jahren müssen seit der letzten Zahlung für diese Mittel mehr als zwei Jahre vergangen sein).

Orthopädisches Material: Einlagen zur Fußkorrektur, Gehhilfen, Hörgeräte, Stützstrümpfe, Kontaktlinsen, Korrekturschienen, künstliche Gliedmaßen, Steh- und Liegehilfen, orthopädische Rumpf-, Arm-, Bein-Stützapparaturen. Von der Versicherung gedeckt werden auch maßgefertigte orthopädische Schuhe, hierbei wird, je nach Alter des Versicherten, der Teil der Kosten bezahlt, der die Beträge übersteigt, die in der den Besonderen Vertragsbedingungen beigefügten Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen aufgeführt werden.

Besondere medizinische Heil- und Hilfsmittel: Rollstühle, Sauerstoffgeräte, Inhalationsgeräte, Geräte zur Behandlung von Schlafapnoe (CPAP oder BiPAP), Überwachungsmonitore für Säuglinge, Infusionspumpen, elektronische Lesehilfen, Blindenführgeräte und Blindenhund (Ausbildung zu Orientierung und Mobilität eingeschlossen).

Für den Erwerb dieser Hilfsmittel ist eine im Voraus zu erteilende Autorisierung durch DKV Seguros erforderlich.

DKV Seguros kann diese Hilfsmittel dem Versicherten direkt zur Nutzung bereitstellen.

Durch die Versicherung werden ebenso die Reparaturkosten für die Hilfsmittel gedeckt, diese sind erstattungsfähig, mit Ausnahme von Sohlen und Absätzen maßgefertigter orthopädischer Schuhe.

Die maximale Erstattung von Kosten für Heil- und Hilfsmittel pro Versichertem und Jahr wird festgelegt in der Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen, die den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigefügt ist. Zur Ermittlung dieser Höchstgrenze werden sowohl die Kosten berücksichtigt, die bei dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörenden Leistungserbringern angefallen sind als auch Kosten, die in der Modalität Versorgung durch Fremdmittel angefallen sind.

Zahnmedizin. Bei DKV Residentes 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 in ganz Spanien (und auch in Deutschland für eine Dauer von maximal 100 Tagen pro Jahr, sofern die Modalität Grunddeckung + Rückführung + Best Care unter Vertrag genommen wurde) Zahnärzte, Zahnarztpraxen und -kliniken aufsuchen, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen nicht angehören, sogenannte Fremdmittel, und hat ein Recht auf Erstattung der für erbrachte zahnärztliche Leistungen in den Rechnungen ausgewiesenen Beträge in dem Umfang, der in der Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen genannt wird, die den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigefügt ist.

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.

Techniken der assistierten

Reproduktion. Gedeckt werden die Techniken der assistierten Reproduktion **ausschließlich in der Modalität Individual von DKV Residentes** zur Behandlung der Unfruchtbarkeit des Paares, einschließlich gleichgeschlechtlicher Paare, in der Zeit der maximalen Fruchtbarkeit der Partner (bei Frauen ab 18 und bis zum Alter von 42 Jahren und bei Männern bis 55 Jahre) **mit einer Karenzzeit von 48 Monaten.**

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 Karenzzeit erfüllt wurde, die in der den Besonderen Vertragsbedingungen angehängten Leistungsübersichtstabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen

genannt wird. Zur Berechnung dieser Karenzzeit berücksichtigt wird, da beide Partner des Paares über den Vertrag versichert sein müssen, die zuletzt erfolgte Aufnahme in den Vertrag, falls der Vertrag nicht zur selben Zeit von beiden gemeinsam abgeschlossen wurde.

Modalität: 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 Befruchtung werden in Übereinstimmung mit den im **Gesetz für menschliche assistierte Reproduktion** getroffenen Regelungen gedeckt und im Rahmen der Richtlinien für deren Einsatz, die wiederum in den Bewertungsberichten festgelegt werden, **die von den Agenturen für die Beurteilung von Gesundheitstechnologien des Nationalen Gesundheitssystems herausgegeben werden.**

Beschreibung: Die Kriterien für die Deckung der Reproduktionstechniken und die **für die Anzahl der Versuche**

und das Alter der Frau geltenden Grenzen sind:

1. Künstliche Insemination (AI):

Maximal zwei Versuche, bis zu einem Alter von 40 Jahren, während der Laufzeit der Versicherung oder im Leben der Versicherten.

2. In vitro-Fertilisation (IVF): Maximal ein Versuch, bis zu einem Alter von 42 Jahren, während der Laufzeit der Versicherung oder im Leben der Versicherten.

Einschränkungen und Ausschlüsse des Risikos. Ausgeschlossen sind:

a) Jede Fortpflanzungs- oder Befruchtungstechnik, die nicht ausdrücklich in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannt wird oder die das Ergebnis einer zuvor vorgenommenen chirurgischen Verhütungsmethode ist (Vasektomie, hysteroskopischer Eileiterverschluss oder Tubenligatur).

b) Die Präimplantationsdiagnostik und die Übertragung aufgetauter Embryonen

c) Besondere ergänzende 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).

d) 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.

e) 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 wird, gelten diejenigen Abschnitte der Allgemeinen Vertragsbedingungen, durch welche die Deckung eingegrenzt und definiert werden und die damit im Zusammenhang stehen: 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«.

Erstattung der Kosten für Akupunkturbehandlungen.

Im Versicherungsschutz, den DKV Residentes bietet, sind **Akupunkturbehandlungen** in der Weise versichert, dass eine Erstattung der Ausgaben für unter Inanspruchnahme von Fremdmitteln erbrachte Leistungen erfolgt, **sofern diese durch einen Arzt erbracht und bei den nachfolgend genannten Indikationen zur Schmerzbehandlung eingesetzt werden: Spannungskopfschmerzen, Migräne, postoperativen Zahnschmerzen und unspezifischen muskuloskelettalen Schmerzzuständen der Lenden- und Halswirbelsäule. Ausdrücklich von der Deckung ausgeschlossen sind Behandlungen bei anderen als den vorstehend genannten Indikationen.**

- > Akupunkturbehandlungen: Erstattung der Kosten je Konsultation oder Sitzung bis zu einer gewissen Höchstgrenze und einer maximalen Anzahl von Sitzungen pro Versichertem und Kalenderjahr; diese werden genannt in der Tabelle zu Deckungen und Höchstgrenzen, die den Besonderen Vertragsbedingungen als Anhang beigefügt ist.

Fernmedizin Inbegriffen sind die folgenden Leistungen ausschließlich durch das von der Einrichtung vertraglich abgeschlossene „DKV-Netzwerk für Fernmedizin“

(Modalität Gesundheitsleistungen mit Eigenmitteln).

1. Ferntermin: Virtueller Arzttermin:

In der vom „DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen der Fernmedizin“ geltenden Einrichtung (Eigenmittel) kann der Versicherte über die App Quiero Cuidarme Más auf unterschiedlichem Weg (mündlicher, schriftlich oder online) und nach Termin auf die unterschiedlichen Fachrichtungen mit Spezialisten zugreifen (Information über die Ärzteliste).

2. Ferntherapie: ohne Anwesenheit

In der vom „DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen der Fernmedizin“ geltenden Einrichtung (Eigenmittel) kann der Versicherte nach Anfrage und Genehmigung durch DKV Seguros auf Spezialisten für Fernrehabilitationsbehandlungen auf unterschiedlichem Weg (mündlicher, schriftlich oder online) je nach Behandlung zugreifen. **Die abgedeckten virtuellen Rehabilitationstherapien sind:**

a) Fernphysiotherapie

b) Fernpsychotherapie

Die Ferntherapien und alle anderen, die hinzugefügt werden können, werden ausschließlich in der

Modalität Gesundheitsleistungen mit Eigenmitteln durch die gleichen Indikationen und mit den gleichen Deckungsgrenzen und Ausschlüssen abgedeckt wie die homologen Präsenztherapien; sie werden zusammen mit diesen berechnet (Summe der mit Eigenmitteln finanzierten Präsenzsitzungen und mit Fremdmitteln bei Online-Sitzungen).

Erstattung der Kosten für die Leistungen der Familienpflege, bzw. für pflegebedürftige Menschen, bei einer Abhängigkeitssituation dritten Grades aufgrund eines Unfalls.

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 mit einer Teilgrenze von 2000 Euro für Beratungs- und Bearbeitungsdienstleistungen; Anspruch auf diese Hilfen besteht 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 durch die Versicherung gedeckt wird, ab dem**

Zeitpunkt an dem diese Deckung in Kraft tritt.

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 genannt werden (siehe Absätze 5.a, 5.c, 5.d, 5.e des Abschnitts »Von der Deckung ausgeschlossene Leistungen«).**

Für die Zwecke dieser Versicherungsleistung ist Pflegebedürftigkeit der Stufe drei aufgrund eines Unfalls wie folgt definiert: 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:

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 neben weiteren Leistungen einen ständigen Betreuer benötigen.

a) Persönliche Betreuung:

- > Persönliche Hygiene
- > Häusliche Mobilisation
- > Umlagern und Positionswechsel sowie persönliche Hygiene bettlägeriger Personen
- > Häusliche Begleitung

b) Hauswirtschaftliche Hilfe:

- > Reinigung des Wohnraumes
- > Haushaltseinkäufe
- > Zubereitung der Mahlzeiten

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 Aufhalten, Daueraufhalten und zu Tageszentren.

- > Seniorenwohnheime / Altersresidenzen
- > Tageszentren mit besonderer Betreuung
- > Nachtzentrum

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 Tagen 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.

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.

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.**

Der Versicherte und/oder sein Vertreter (gesetzlicher Vormund) kann bei DKV Seguros die Rückerstattung der gesamten Kosten für die Familienunterstützung und/oder Pflegehilfe beantragen, die in diesem Abschnitt aufgeführt werden. **Dabei gilt eine Höchstgrenze von 12 000 Euro pro Versichertem, mit einer Teilgrenze von 2000 Euro für die Verwaltung der 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 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 während der Laufzeit der Versicherung durch Rückerstattung der Kosten.

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 4.8 »Besondere Deckungen«).
- > 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 vom Sozialarbeiter erstellter 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.

> Ist die Rechnungsstellung für Ausgaben in einer Fremdwährung erfolgt und durch den Versicherten auch in dieser bezahlt worden, erfolgt die Erstattung 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.

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 Abschnitt 4.8 der Allgemeinen Vertragsbedingungen nicht aufgeführt werden.

2. Die Erstattung von Kosten für erbrachte Leistungen der Familienhilfe und/oder Betreuung Pflegebedürftiger, die in Abschnitt 4.8 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 entstanden ist, 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 Erstattung der Kosten für Familienhilfen und/oder Pflegehilfen, da kein Anspruch auf die Deckung mehr besteht, da der Versicherte das während der Versicherungslaufzeit maximal für dieses Leistungskonzept garantierte Kapital erhalten hat, oder dieses bei einer Krankenversicherung mit Komplettabsicherung in der Modalität Individual oder gegebenenfalls der Modalität für Kollektive erhalten hat, die zuvor abgeschlossen wurde.

Rückerstattung der jährlich anfallenden Kosten für die Einlagerung von Nabelschnurblut in einer Nabelschnurblutbank; während der ersten sechs Jahre nach der Geburt, exklusiv bei Modalität Individual von DKV Residentes, sofern die Gewinnung und Kryokonservierung der Nabelschnur über einen dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörenden Leistungserbringer erfolgte, die Geburt von der Versicherung gedeckt war und die Person, deren Zellen aufbewahrt werden, weiterhin als Versicherter im Versicherungsvertrag 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 deckt die Versicherung in den ersten sechs Jahren im Wege über Erstattungen maximal 90 Euro pro Jahr zu den Kosten der Einlagerung der Nabelschnur, sofern die Geburt von der Versicherung gedeckt war und die Person, deren 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.

4.9 Exklusive Deckungsleistungen

Nur der Abschluss der Versicherung DKV Residentes in der Modalität Individual ermöglicht dem Versicherten den Zugang zu den folgenden zusätzlichen Deckungsleistungen:

1. Biomechanische Untersuchung des Ganges und der Laufflächen. Zugang

nur über dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehörende, darauf spezialisierte Referenzzentren (Eigenmittel).

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.**

2. Vorbeugungs- und Kontrollprogramm für Übergewicht bei Kindern unter 14 Jahren und Behandlung von Fettleibigkeit bei Kindern und Erwachsenen durch einen Ernährungsspezialisten.

Nach vorheriger Verschreibung durch einen Facharzt für Endokrinologie und Ernährungsmedizin oder einen Kinderarzt; umfasst Sprechstunden zur Vorbeugung und Kontrolle von Übergewicht bei einem Body-Mass-Index von 25-29,9 bei Kindern unter 14 Jahren und die Behandlung von Übergewicht bei einem BMI über 30 sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen, bis zu einer jährlichen Höchstgrenze von 20 Sprechstunden pro Versicherungsnehmer. (In die Berechnung gehen Fremd- und Eigenmittel ein) und eine Erstattung

vom maximal 40 Euro/Sitzung bei der Assistenz-Modalitäten von Eigenmitteln.

Diese exklusiven Leistungen werden nur gedeckt in der Modalität und dem territorialen Gebiet, Ziel, Zugangsform, Deckungsbeschränkungen und den ausgeschlossenen Risiken, die in diesem Abschnitt festgelegt wurden, 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«.

4.10 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) Schönheitsoperationen sowie alle anderen zu ästhetischen oder kosmetischen Zwecken durchgeführten Behandlungen, Infiltrationen oder Vorgänge, es sei denn, es liegt eine funktionelle Störung des betroffenen Körperteils vor (reinpsychologische Gründe sind hierbei nicht ausreichend). Die Geschlechtsumwandlungsoperation, Lymphödemen oder Lypödem sowie die ärztlichen Behandlungen für beide. Krampfaderbehandlungen aus ästhetischen Gründen, ambulante oder stationäre Schlankheitskuren und 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 bei den nicht genannten Indikationen, 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 dem Gesundheitsbereich, 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 Gesuntheitsversorgung, 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) Hochtechnologischer diagnostischer und/oder therapeutischer Verfahren, Lithotripsie, mit Ausnahme der in Artikel 4.4 „Diagnostische Verfahren“ und/oder 4.5 „Therapeutische Verfahren“ dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen genannten. Darüber hinaus sind

fernmedizinische Leistungen, die nicht ausdrücklich in den Allgemeinen Geschäftsbedingungen angegeben sind sowie der Zugang zu ihnen über die Kostenrückerstattung in der Modalität Gesundheitsleistungen mit Fremdmitteln ausgeschlossen.

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 „Strahlungstherapie“ 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) Präventivmedizin und Check-ups oder Vorsorgeuntersuchungen allgemeiner Art, außer den in den spezifischen Vorsorgeprogrammen genannten, die von Abschnitt 4.7 der Allgemeinen Vertragsbedingungen erfasst werden (Ergänzende Deckungen).

l) Die freiwillige Unterbrechung der Schwangerschaft und jegliche Art von instrumenteller selektiver embryonaler Reduktion, rekonstruktive Chirurgie vorheriger empfängnisverhütender Techniken, die Leihmutterschaft oder die Vermietung der Gebärmutter, die Kosten der Spende und Kryokonservierung von Eizellen, Spermata und Embryonen sowie die Verwendung von Techniken der assistierten Reproduktion in der Prävention und Behandlung von genetisch oder erblich bedingten, chronisch viralen Krankheiten durch Samenwaschtechniken, oder zu jedem anderen Zweck, als der Behandlung von Unfruchtbarkeit des Paares. Ebenso ausgeschlossen von der Deckung sind die unter Abschnitt 4.8 „Besondere Deckungen“ unter der Überschrift „Einschränkungen und Risikoausschlüsse“ genannten Umstände der assistierten Reproduktion (Buchstaben a - e).

Weiter werden die Techniken der assistierten Reproduktion ausgeschlossen, wenn die Sterilität eines Partners des Paares freiwillig erzeugt wurde oder die Folge der natürlichen körperlichen Entwicklung im Zuge der Beendigung des Reproduktionszyklus der Person ist.

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) Heil- und Hilfsmittel, orthopädisches Material, Biomaterialien, medizinische Gerätschaften sowie Sanitätsartikel (zum Beispiel elektrische Kissen, Massageapparate usw.), die nicht ausdrücklich unter Abschnitt 4.8 (»Besondere Deckungen«) dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen eingeschlossen wurden.

o) Angeforderte Fahrten zur Wahrnehmung von Arztbesuchen, Vornahme diagnostischer Tests und sonstiger ambulanten 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 Gentherapien, 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 medizinische Versorgung bei viralen hämorrhagischen Fieberarten sowie der 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.

t) 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.

u) 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.

v) Organtransplantation und Eigentransplantation von Organen, Implantate und Eigenimplantate, 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.

w) Pharmazeutische Präparate, Medikamente und zusätzliche Heilmittel jeglicher Art,

bei Überschreitung der Deckungshöchstgrenze, mit Ausnahme derjenigen, die der Versicherte während eines stationären Aufenthalts (mindestens 24 Stunden) in einem Krankenhaus benötigt und die ihm dort verabreicht werden. Ausdrücklich ausgeschlossen sind in jedem Fall biologische Medikamente oder medizinische Biomaterialien, die nicht unter Abschnitt 4.7 „Chirurgische Implantate“ sowie unter den in Abschnitt 5 angegebenen Therapien aufgeführt sind. „Ausgeschlossene Deckungen“ genannten Therapien aufgeführt sind, auch wenn diese während des stationären Aufenthalts im Krankenhaus verabreicht werden.

Bei Onkologischer Chemotherapie werden die Kosten der zytostatischen und immuntherapeutischen Medikamente sowie einer hormonellen Therapie nicht gedeckt, wenn im Rahmen der Berichte und veröffentlichten Empfehlungen der „Clinical Practice Guidelines“ des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), den allgemeinen Vertragsbedingungen beigelegt als Referenzleitfaden unter Abschnitt 3.1.1 „Gegenstand der Versicherung“ sowie Abschnitt 2 „Grundlagen, Definitionen“, keine wissenschaftliche Evidenz zu ihrem therapeutischen Nutzen vorliegt.

Ausdrücklich von den Leistungen ausgeschlossen sind Zelltherapien und/oder Genterapien sowie weitere unterstützende Medikamente (Enzym-, bzw. molekulare Inhibitoren, anti-angiogene Medikamente und Sensibilisatoren, die in der photodynamischen Therapie und der Strahlentherapie eingesetzt werden).

Ausgenommen sind ferner die Therapien aus Abschnitt 5. oder „ausgeschlossene Deckungen“, auch wenn sie während des stationären Aufenthalts im Krankenhaus erbracht werden, beworbene Fachgebiete, Medikamente mit geringer therapeutischer Wirkung, die nicht in der spanischen Medikamentenlisten (internationale rote Liste) aufgeführt sind, homöopathische und phytotherapeutische Arzneimittel, Nahrungsergänzungsmittel, Beruhigungsmittel, Mineralwasser, dermoästhetische und kosmetische Produkte, Hygiene- und Körperpflegeartikel sowie Badezusätze.

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

Ausgeschlossen sind frühzeitige stimulierende Behandlungen, Ergotherapie, 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.

y) 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. Karenzzeiten

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

Abweichend vom vorher genannten allgemeinen Prinzip **gelten Karenzzeiten oder Ausschlussfristen**, festgelegt in der den Besonderen Vertragsbedingungen beigefügten Tabelle zu Deckungen und Deckungseinschränkungen, für folgende Versicherungsleistungen:

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

Unter Notfall wird in diesem Fall diejenige Hilfeleistung (medizinischer oder sanitärer Art) verstanden, die, wenn sie nicht unverzüglich und ohne Aufschub geleistet wird, das Leben des Patienten oder seine körperliche Unversehrtheit gefährden oder seine Gesundheit auf Dauer ernsthaft beeinträchtigen kann.

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

3. Zahnersatz und Kieferorthopädie

4. Transplantation von Transplantaten

5. Techniken der assistierten Reproduktion; Deckung **besteht exklusiv bei DKV Residentes in der Modalität Individual und nur bei Inanspruchnahme von Leistungserbringern, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsleistungen angehören (Eigenmittel); es gilt eine Karenzzeit von 48 Monaten.**

6. Für den Service Best Care in der Modalität „Grunddeckung + Rückführung + Best Care“ gilt, ausgenommen bei Unfall, **eine Karenzzeit von drei Monaten.**

7. Die medizinische Versorgung bei HIV-Infektion / AIDS unterliegt einer Ausschlussfrist, die in der Tabelle der Deckungen und Höchstgrenzen

festgelegt wurde, die den Besonderen Vertragsbedingungen beigelegt ist (siehe Definition von „Ausschlussfrist“ unter Abschnitt 2 Grundlagen. Definitionen).

8. Fußchirurgie und biomechanische Lauf- und Ganganalyse; Deckung besteht exklusiv bei DKV Residentes in der Modalität Individual und 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 der unter Vertrag genommenen Modalität der Versorgung

Die Verträge zur Bereitstellung der Gesundheitsdienstleistungen, die unter Abschnitt 4 der Allgemeinen Vertragsbedingungen genannt werden, können in drei verschiedenen Deckungsmodalitäten abgeschlossen werden:

Grundversorgung Krankenversicherung mit Gesundheitsversorgung nur in Spanien und in dem Umfang, der in Abschnitt 4 („Beschreibung der Deckungsleistungen“) dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen genannt wird.

Grundversorgung + Rückführung

Zusätzlich zu den unter Modalität „Grundversorgung“ beschriebenen Deckungen wird im Fall des Versterbens des Versicherten seine Rückführung von dem auf spanischem Staatsgebiet liegenden Ort aus gedeckt, an dem er verstorben ist, bis zu dem internationalen Flughafen in Deutschland, der dem dortigen Bestattungsort am nächsten liegt.

Die Deckungsleistung der Rückführung wird in Anhang II dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen erläutert.

Grundversorgung + Rückführung + Best Care

Zusätzlich zu den unter Modalität „Grundversorgung + Rückführung“ beschriebenen Deckungen wird der Service Best Care hinzugefügt. Durch diesen Service wird innerhalb einer kurzen Frist die ärztliche Untersuchung durch einen anerkannten Spezialisten in Deutschland zur Erstellung einer Diagnose bei bestimmten schweren Erkrankungen sichergestellt. Die Deckungsleistung Best Care wird in Anhang III dieser Allgemeinen Vertragsbedingungen erläutert.

Diese Modalität umfasst die unter Abschnitt 4 aufgeführten Leistungen zur Gesundheitsversorgung auch in Deutschland, für einen Zeitraum von maximal 100 Tagen pro Jahr, sofern der gewöhnliche Wohnsitz des Versicherten sich für die Dauer von mindestens sechs Monaten (183 Tage) im Jahr in Spanien befindet. Bei stationärer Behandlung im Krankenhaus infolge einer schweren Erkrankung besteht Deckung zeitlich begrenzt auf vier Monate.

8. Grundlegende Bestimmungen des Vertrages

8.1 Abschluss und Laufzeit des Vertrages

Der vorliegende Vertrag wurde aufgrund und in gemäß den vom Versicherungsnehmer und den versicherten Personen in dem vor Vertragsabschluss im Gesundheitsfragebogen gemachten Angaben geschlossen. Die Angaben haben zur Annahme des zu versichernden Risikos durch DKV Seguros und zur Festlegung des Versicherungsbeitrages geführt.

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. Will DKV Seguros den Vertrag nicht verlängern oder Änderungen daran vornehmen, **kann sie der Verlängerung des Vertrags widersprechen; dies geschieht durch schriftliche Mitteilung an den Versicherungsnehmer und es ist eine Frist von mindestens zwei**

Monaten vor Ablauf des laufenden Jahres einzuhalten.

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 und des Versicherten

Der Versicherungsnehmer oder gegebenenfalls der Versicherte ist verpflichtet:

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, 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.

d) 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 Versicherungsfalles bezahlt worden ist, die Versicherung DKV Seguros von der Leistungspflicht befreit ist.

Wird der zweite Beitrag oder 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 Zahlungsort festgelegt, gilt der Wohnsitz des Versicherungsnehmers als Zahlungsort 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 Kollektivversicherungen 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 **dkvseguros.com** konsultieren und ebenfalls in den Zweigniederlassungen 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 Der 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 Aufhebung des Versicherungsvertrages

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) Wenn sich das Risiko erhöht, durch Verlegung des ständigen Wohnsitzes ins Ausland, Änderung des Wohnsitzes innerhalb Spaniens, Änderung der beruflichen Tätigkeit, den Beginn von mit hohem oder extremem Risiko verbundenen Freizeit- oder Sportaktivitäten, hat DKV Seguros das Recht, den Vertrag zu beenden. Dies geschieht, indem eine schriftliche Erklärung an den Versicherungsnehmer ergeht; dies hat innerhalb eines Monats zu geschehen, gerechnet ab dem Zeitpunkt, zu dem die Versicherung Kenntnis von der Erhöhung des Risikos erlangt hat. (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 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

An DKV Seguros gerichtete Mitteilungen des Versicherungsnehmers oder des Versicherten sind an den Sitz des Unternehmens 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 von DKV Seguros an den Versicherungsnehmer oder die versicherten Personen werden über die vom Versicherungsnehmer oder dem Versicherten bereitgestellten Kontaktdaten an den Wohnsitz versandt.

8.8 Besondere gesundheitliche 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

Rechtmäßig übertragbare Steuern und Gebühren gehen zulasten des Versicherungsnehmers und/oder des Versicherten.

Anhang I: Reiseversicherung

1. Einleitende Regelungen

1.1 Versicherter Personenkreis

Natürliche Personen, die in Spanien ihren Hauptwohnsitz haben und als Begünstigte in den Genuss der Versicherungsleistungen der DKV-Krankenversicherung kommen.

1.2 Geltungsbereich

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 Gültigkeit

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 nach 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 Versicherten und für jeden einzelnen Versicherungsfall, der eingetreten ist.

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 die Beförderung 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 ist, sofern diese durch die Familienangehörigen als Begleitperson für den Leichnam bestimmt wurde. **Es gilt eine Obergrenze von 80 Euro pro Tag für einen maximalen Zeitraum von drei Tagen.**

2.1.7 Rücktransport oder Beförderung 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 Rückreiseticket 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 ständigen 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

Ereignet sich während der Auslandsreise ein Verkehrsunfall und muss die versicherte Person einen Rechtsbeistand hinzuziehen, übernimmt DKV Seguros die dafür anfallenden 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 Bankkarten sowie von anderen Karten, die von Ausstellern in Spanien ausgegeben wurden, verpflichtet sich DKV Seguros, dies dem Aussteller der Karte zur Vornahme der Sperrung mitzuteilen, wenn der Versicherte ihn dazu auffordert.

2.1.19 Sperrung von Mobiltelefonen

Meldet der Versicherte den Diebstahl oder Verlust seines Mobiltelefons, 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

Wenn nötig, streckt DKV Seguros dem Versicherten Mittel für zusätzliche Kosten aufgrund eines Unfalls oder Krankheitsfalls im Ausland vor, bis zu einer **Höchstgrenze von 1500 Euro** und gegen Unterzeichnung eines Schuldanerkenntnisses oder Bankschecks in Höhe des betreffenden und vorgestreckten Betrags oder des Euro-Gegenwerts, immer unter Berücksichtigung der geltenden Rechtsvorschriften in Bezug auf Devisenkontrolle.

Der Versicherte verpflichtet sich, DKV Seguros den vorgestreckten Betrag innerhalb von maximal 30 Tagen 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, und die im Zusammenhang mit einem Verlust oder Diebstahl stehen, der sich im Verlauf einer Reise oder während eines Aufenthaltes außerhalb des gewöhnlichen Wohnsitzes ereignet hat.

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 einer Verspätung des Transportmittels
Hat das öffentliche Transportmittel aufgrund einer technischen Störung, Streik, extremer Witterungsbedingungen oder Naturkatastrophen, gewaltsamem Eingreifen von Behörden oder anderer Personen, Verspätung und infolgedessen wird der planmäßige, gebuchte und im Ticket vorgesehene Anschluss an das nächste öffentliche Transportmittel unmöglich, erstattet **DKV Seguros mit der Verspätung verbundene 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: Überführung

Einleitende Regelungen

Die Versicherten

In Spanien ansässige Ausländer, Erklärung durch DKV Seguros y Reaseguros S.A.E.

Versicherungsumfang und -dauer

Die Versicherung besitzt Gültigkeit in Spanien. Die Laufzeit ist an die Laufzeit der Krankenversicherung DKV Residentes gebunden.

Leistungsumfang

1. Überführung Verstorbener

Verstirbt ein Versicherter, übernimmt die Versicherung die Erledigung der Formalitäten und die Kosten für Vorbereitung des Leichnams sowie dessen Transport von dem Ort aus in Spanien, an dem er verstorben ist, bis zu dem internationalen Flughafen, der dem Bestattungsort in Deutschland am nächsten liegt.

Ausgeschlossen von dieser Deckung sind die Kosten für die Bestattung und die Trauerfeier.

2. Begleitung es Leichnams

Der Versicherer stellt der Person, die von den Familienangehörigen dazu bestimmt wird, den Leichnam bei der Beförderung bis zu dem internationalen Flughafen zu begleiten, der dem Bestattungsort im Herkunftsland des Versicherten am nächsten liegt, ein entsprechendes Hin- und Rückreiseticket bereit.

3. Höchstbetrag pro Schadensfall

Maximal versichertes Kapital je Versicherungsfall Das maximal garantierte Kapital pro Versicherungsfall beträgt 6000 Euro für alle Gewährleistungen zusammen.

Ausnahmesituationen

Für eintretende Verzögerungen oder eine Nichterfüllung aufgrund höherer Gewalt oder verwaltungstechnischer oder politischer Besonderheiten eines bestimmten Landes wird von der Versicherung keine Haftung übernommen.

Risikoausschlüsse und -einschränkungen

**Von dieser Versicherung
ausgeschlossen sind:**

**a) 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.**

**b) Rettung in den Bergen, auf dem
Meer und in der Wüste.**

Anhang III: Best Care

1. Deckung

Der Service Best Care garantiert innerhalb eines **Zeitraums von maximal 5 Tagen** den Zugang zu anerkannten Spezialisten in Deutschland zur Diagnosestellung und therapeutischen Behandlung bestimmter Pathologien, die in diesem Anhang genannt werden (siehe Abschnitt 2.1).

2. Wann liegt ein Best Care Versicherungsfall vor?

2.1 Versicherungsfälle

Deckung Best Care besteht, wenn bei unfallbedingten Erkrankungen, Missbildungen und Verletzungen eine mit einem Krankenhausaufenthalt verbundene Behandlung notwendig wird:

a) Für Personen bis zum Alter von 20 Jahren (inklusive)

- > Für chronische körperliche Erkrankungen (z. B. Diabetes,

Rheuma), jedoch keine psychischen Erkrankungen (z. B. Depressionen, Verhaltensstörungen)

- > Bei angeborenen Fehlbildungen (z. B. Herzklappenverletzungen, Lippen- und Gaumenspalte [Schisis])
- > Bei bösartigen Tumoren (zum Beispiel Leukämie)
- > Bei gutartigen Tumoren des Nervensystems (zum Beispiel Wachstum der Hypophyse)
- > Bei Komplikationen nach unfallbedingten Verletzungen (z. B. schlechte Knochenpositionierung oder eingeschränkte Beweglichkeit)

Wird eine Krankheit bei einem Versicherten diagnostiziert, der noch keine 20 Jahre alt ist (inklusive), die nur in Abschnitt 2.1 Buchstabe b aufgeführt wird, gilt Folgendes: Es besteht Anspruch auf alle mit den Deckungen von Best Care verbundenen Leistungen.

b) Für Versicherte ab einem Alter von 20 Jahren aufwärts

- > Bei bösartigen Tumoren (zum Beispiel: Lungenkrebs, Darmkrebs, Brustkrebs)
- > Bei bösartigen Tumoren (zum Beispiel: Lungenkrebs, Darmkrebs, Brustkrebs)
- > Bei gutartigen Tumoren des Nervensystems (zum Beispiel: Tumor des N. meningeus [Nervenast Hirnhäute] Tumor des Gehörnervs)
- > Herzerkrankungen (z. B. Verengung der Herzkranzgefäße, Herzrhythmusstörungen)
- > Kardiovaskuläre Erkrankungen (Erkrankungen des Herzens und der Arterien), (z. B. Erweiterung der Magenarterie, Verengung der Beinarterie)
- > Wirbelsäulenerkrankungen mit Auswirkungen auf die Nerven (Bandscheibenvorfall)
- > Erkrankungen und Verletzungen von Knie- und Schultergelenk (z. B. Arthrose, Bänderriss)
- > Komplikationen nach unfallbedingten Verletzungen (z. B. Paralyse, Bewegungseinschränkung)

Voraussetzung ist, dass entsprechende Diagnose von einem Facharzt

bestätigt wurde. Sofern dies möglich ist und im Rahmen einer stationär durchgeführten Behandlung würde eine ärztliche Untersuchung auf der Grundlage angemessener Anzeichen ausreichen. Aufgrund der Anweisungen des Facharztes ist die medizinische Behandlung in Verbindung mit einem Krankenhausaufenthalt durchzuführen.

2.2 Nachweise der medizinischen Untersuchungen

Zum Nachweis der genannten Voraussetzungen hat der Versicherte die ärztlichen Tests der gemäß Ziffer 2.1 erstellten Diagnose einzureichen. Der entsprechende Bericht kann dem Case Manager von Best Care in Textform (z. B. per Brief oder E-Mail) zugesandt werden (siehe Abschnitt 7). Aus dem ärztlichen Gutachten müssen neben der medizinischen Diagnose folgenden Angaben hervorgehen: Vor- und Nachname des betroffenen Versicherten, sowie das Datum der Diagnoseerstellung. Diese Unterlagen gehen in das Eigentum von DKV Seguros über.

Auf den Unterlagen und sofern die Unterlagen per Brief versendet werden, auch auf dem Umschlag, ist deutlich das **Schlüsselwort „Best Care“ und das Alter der versicherten Person zu vermerken**. Wird dieses Schlüsselwort nicht angegeben, beginnt der in Abschnitt 2.3 vorgesehene Zeitraum

von 5 Arbeitstagen mit dem Eingang des Benachrichtigungsschreibens in der Abteilung des dafür zuständigen Dienstes.

2.3 Das Organisieren der Behandlung

a) Für die entsprechende Diagnosestellung stellen wir Ihnen eine Reihe hochrangiger Experten zur Verfügung (Top) (siehe Abschnitt 4). Falls ein chirurgischer Eingriff erforderlich wird, organisieren wir die Vornahme durch hochqualifizierte Fachkräfte, auf der Grundlage des bestehenden Versicherungsschutzes. Wird kein chirurgischer Eingriff vorgenommen, umfasst die Leistung des hochrangigen Experten eine fundierte Empfehlung dazu, wie mit der Behandlung fortgefahren werden soll und falls erforderlich, eine ärztliche Beratung vor der Krankenhauseinweisung.

Es wird garantiert, dass:

- > Die Aufnahme in das Krankenhaus erfolgt, in dem der ausgewählte hochrangige Experte (Top) seine Leistungen erbringt
- > Oder vor der Krankenhausaufnahme ein Arztbesuch durch den hochrangigen Experten (Top) erfolgt

Diese erfolgt innerhalb der ersten fünf Arbeitstage, Samstage ausgenommen. Die Frist von fünf Tagen beginnt mit dem

Tag nach dem Eingang der Unterlagen (Nachweise der medizinischen Untersuchungen), siehe Abschnitt 2.2. Ist der Versicherte aufgrund seines Zustands nicht transportfähig, beginnt die Frist an dem Tag, an dem er uns anhand eines Arztberichtes darüber informiert, dass seine Verlegung möglich ist.

b) Die Operation kann auch vom ständigen Vertreter des hochrangigen Experten (Top) vorgenommen werden, falls der Experte selbst eine unvorhergesehene Schädigung erlitten haben sollte. Als unvorhergesehene Schädigung wird gewertet, wenn der Experte aufgrund einer Erkrankung den Eingriff nicht vornehmen kann. Ebenso, wenn der Experte aufgrund einer nicht geplanten beruflichen Verpflichtung oder aus ähnlich schwerwiegenden Gründen nicht zur Vornahme des Eingriffs fähig ist. Die berufliche Verpflichtung muss aufgrund eines Arbeitsvertrags oder persönlicher Wertung vorrangiger Natur sein.

c) Falls ein chirurgischer Eingriff nicht erforderlich ist und nachdem die vorzunehmende Behandlung festgelegt wurde, besteht für den Versicherten kein Anspruch darauf, dass der Experte die Behandlung auch durchführt.

d) Darüber hinaus wird im Schadensfall das Recht auf Beratung vor, während und nach der Behandlung in Betracht

gezogen. Diese Beratung beinhaltet unter anderem Informationen dazu, wer die Kosten der nachfolgenden Heilbehandlungen tragen wird, die aus medizinischer Sicht notwendig werden. Auf Wunsch des Versicherten übernimmt der DKV Seguros mit Unterstützung der DKV Deutsche Krankenversicherung AG gerne die Organisation dieser Maßnahmen, sofern sie nicht in die Zuständigkeit eines anderen Dienstleisters fallen (wie zum Beispiel Rentenversicherungsträger, berufsbedingter Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, öffentliche Krankenkassen, sonstige private Krankenversicherungen).

2.4 Garantierte Kapitalzahlung

Liegen die genannten Voraussetzungen vor, hat der Versicherte Anspruch auf eine garantierte Kapitalzahlung in Höhe von 500 Euro. Die Auszahlung dieser garantierten Kapitalzahlung erfolgt, sobald die Nachweise der medizinischen Untersuchungen gemäß Abschnitt 2.2 eingereicht wurden, auch dann, wenn keine Behandlung organisiert wird.

2.5 Kompensatorische Kapitalzahlung

Für den Fall, dass wir ausnahmsweise die festgelegte Frist von fünf Arbeitstagen für das Organisieren Ihrer Behandlung nicht einhalten können, leisten wir eine kompensatorische Kapitalzahlung in Höhe von 500 Euro.

Auch danach werden wir weiterhin versuchen, so schnell wie möglich einen hochrangigen Experten zu kontaktieren.

Weiteren Rechte bestehen nicht.

2.6 Wann besteht erneut Anspruch auf die Leistungen der Deckungen von Best Care?

Anspruch auf die Inanspruchnahme von Leistungen aufgrund derselben Diagnose besteht frühestens 12 Monate nach Ablauf der Frist von fünf Arbeitstagen.

Die Frist von zwölf Monaten gilt nicht, wenn die Bedingungen für die Leistungserbringung nicht der Diagnose entsprechen. Dieser Fall liegt dann vor, wenn kein Kausalzusammenhang zwischen der neuen Diagnose und der bisher durchgeführten Behandlung besteht. Die Frist ist nicht einzuhalten, wenn die Erkrankung, obwohl ein Kausalzusammenhang besteht, als davon unabhängig eingestuft wird. Sie ist als eigenständige Krankheit anzusehen, wenn andere Körperteile oder andere Organe betroffen sind.

3. Von den durch Best Care erfassten Deckungen ausgeschlossene Leistungen

- > **Krankheiten, Deformitäten oder Verletzungen aufgrund von Unfällen, die vor dem Abschluss der die Deckung bietenden Versicherung bereits aufgetreten sind, diese werden Vorerkrankungen bezeichnet.**
- > **Akute Notfälle (zum Beispiel: Herzinfarkt, Schlaganfall, Unfall), die eine sofortige medizinische Behandlung erfordern. Als Notfallbehandlung zu verstehen ist auch eine im Krankenhaus vorzunehmende Behandlung, die aus medizinischen Gründen vor dem Ablauf der Frist von fünf Arbeitstagen beginnen muss (siehe Abschnitt 2.3).**
- > **Transplantationen (ausgenommen Hauttransplantationen)**
- > **Für die Behandlung anfallende Kosten**
- > **Reise- und Transportkosten für das Aufsuchen des Experten (Hin- und Rückfahrt)**

4. Spezialisten und Fachkräfte Best Care

4.1 Im Rahmen der durch Best Care gebotenen Deckungen gelten als hochrangige Experten oder Fachkräfte (Top) diejenigen, die Ansehen und Anerkennung als Experten für die Behandlung der jeweils diagnostizierten Erkrankung genießen und mit DKV eine vertragliche Beziehung als Best-Care-Ärzte eingegangen sind. Das Unternehmen DKV AG trägt die Verantwortung und ist frei bei der Auswahl der hochrangigen Experten und Fachkräfte (Top). Sollten die ausgewählten hochrangigen Experten die getroffenen Vereinbarungen nicht erfüllen, hat das Unternehmen das Recht, das Vertragsverhältnis zu kündigen. In einem solchen Fall wäre es dann nicht mehr möglich, erneut unter Verwendung der Deckungen von Best Care mit diesen hochrangigen Experten zu vermitteln.

4.2 Bei der Auswahl dieser hochrangigen Experten (Top) wenden wir unsere wissenschaftlichen Kriterien an und bedienen uns des Wissens unabhängiger Fachkräfte, die in unserem Unternehmen arbeiten.

4.3 Nach Möglichkeit berücksichtigen wir den Wunsch des Versicherten, an welchen unserer anerkannten Experten er sich wenden möchte. Dabei ist zu beachten, dass es von der Wahl des

Experten abhängt, wo in Deutschland die Leistungen erbracht werden.

Zuschlag darf maximal 100% des Beitrags erreichen.

5. Versicherte mit Deckungen durch Best Care

5.1 Alle Versicherten, die mit dem Unternehmen DKV Seguros einen Vertrag über die Versicherung DKV Residentes in der Modalität „Grundversorgung + Rückführung + Best Care“ abgeschlossen haben und deren versicherungsmathematisches Alter zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses zwischen 0 und 70 Jahren liegt. Wurde die Bereitstellung der Deckungen durch die Versicherung angenommen, hat diese weiterhin Bestand, auch wenn das Alter von 70 Jahren überschritten wird.

5.2 Für das Neugeborene einer versicherten Person kann die von der Versicherung gebotene Deckung ohne Aufpreis für Vorerkrankungen und ohne Karenzzeiten ab Geburt beantragt werden. Hierfür ist es erforderlich, das Kind innerhalb der ersten zwei Lebensmonate rückwirkend zu versichern. Die Deckung umfasst Geburtsfehler und Anomalien.

Diese Regelungen gelten auch bei Adoption eines Minderjährigen. Die Versicherung ist in jedem Fall dazu berechtigt, einen Zuschlag für ein hohes Morbiditätsrisiko zu berechnen, dieser

6. Geltung der Deckung. Beginn und Ende. Karenzzeit

6.1 Die Geltung der durch die Versicherung gebotenen Deckungen beginnt zu dem im Versicherungsvertrag genannten Zeitpunkt (Datum Beginn). Der Beginn der Geltung der Deckung liegt nicht vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags (Versand der Versicherungspolice oder schriftliche Erklärung zur die Annahme der Bedingungen). Geltungsbeginn ist ebenfalls nicht vor Ablauf der Karenzzeiten (siehe Abschnitt 6.4).

6.2 Vor Vertragsabschluss liegende Ereignisse werden von der Deckung nicht erfasst. Wenn die versicherte Person und der Arzt vor Abschluss des Vertrags die Verwendung der Best-Care-Deckungen besprochen haben, muss dieses Gespräch, auf das Ereignis bezogen, das zur gestellten Diagnose geführt hat, mindestens 24 Monate vor Vertragsschluss stattgefunden haben.

6.3 Die durch Best Care gebotene Deckung endet mit Beendigung des Versicherungsvertrags. Ebenfalls endet damit die Organisation einer noch nicht begonnenen Behandlung.

6.4 Für die Inanspruchnahme der durch Best Care gebotenen Deckungen gilt eine Karenzzeit von 3 Monaten ab dem Zeitpunkt, an dem der Versicherte in den Versicherungsvertrag DKV Residentes in der Modalität „Grundversorgung + Rückführung + Best Care“ aufgenommen wurde.

Die Karenzzeit entfällt im Falle eines Unfalls.

7. Mitteilungen

Tritt der Versicherungsfall ein, muss sich der Versicherte telefonisch mit unserem Call Center zur Kundenbetreuung unter der Rufnummer 900 814 390 in Verbindung setzen. Dort hat er sich als bei der Versicherung DKV Residentes der Modalität „Grundversorgung + Rückführung + Best Care“ versicherte Person auszuweisen, worauf von dort die Verbindung mit dem Case Manager von Best Care in Spanien hergestellt wird. Dieser kümmert sich um alles Notwendige, um den Vorgang in Zusammenarbeit mit der DKV AG zu bearbeiten.

Die Anschrift, an die alle unter Abschnitt 2.2 genannten medizinischen Berichte gesendet werden müssen, lautet:

DKV Seguros
Centro de Gestión de Barcelona
Att. CaseManager de Best Care
C/ Constitución 3, planta 4
Edificio Diagonal
08960 Sant Just Desvern
Barcelona

Die Unterlagen können auch per E-Mail übersandt werden, und zwar an die E-Mail-Adresse bestcare@dkvseguros.es

Ebenfalls möglich ist die Übersendung per Fax, unter Verwendung der Nummer 933 780 126.

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. Er nimmt diese durch die Leistung seiner Unterschrift an. Mit seiner Unterschrift bestätigt er und erteilt er weiter sein Einverständnis mit den darin enthaltenen begrenzenden und eingrenzenden Klauseln, insbesondere mit den unter Abschnitt 5 ausdrücklich hervorgehobenen und separat aufgeführten Ausschlüsse von der Leistungspflicht. Er kennt den Inhalt, da er ihn gelesen hat, und er hat ihn verstanden.

Der Versicherungsnehmer

Der Versicherte

Für DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E.
Dr. Josep Santacreu
CEO

A handwritten signature in black ink, consisting of a horizontal line with a vertical stroke crossing it, and a large loop extending downwards from the vertical stroke.

900 814 390 | [dkv.es](https://www.dkv.es)



Laden Sie unsere
Apps herunter



Die telefonische Kundenbetreuung
wird wahrgenommen 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.