

# Ich möchte mich wie zu Hause fühlen

**DKV Residentes**

Allgemeine Versicherungsbedingungen



**DKV** Gesundheit

Achten Sie gut auf  
Ihre Gesundheit

Versicherungspolice  
**DKV Residentes**

**Torre DKV, Avda. María Zambrano, 31**  
**50018 Zaragoza**  
**Tel. +34 976 28 91 00**  
**Fax +34 976 28 91 35**

Gezeichnetes Kapital: 66.110.000 EUR.

DKV Seguros y Reaseguros S.A.E., eingetragen im Spezialregister der spanischen Aufsichtsbehörde für Finanzdienstleistungen (Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones) durch Ministerialverordnung vom 12. Juli 1956, mit Sitz Torre DKV, Avenida María Zambrano, 31 in 50018 Zaragoza (Spanien). Handelsregister Zaragoza, Buch 1.711, Registerblatt 214, Seite Z – 15.152. Umsatzsteueridentifikationsnummer (CIF): A –50004209

Mod. RE CON-04306  
2DNP1.CG/28\_V13a  
Aktualisierte Ausgabe Januar 2018

Der Inhalt dieses Vertrages einschließlich seiner Anhänge ist urheberrechtlich für DKV Seguros geschützt. Es ist untersagt, diesen Vertrag ohne vorherige Zustimmung teilweise oder ganz zu kopieren. Alle Rechte vorbehalten.

**DKV Seguros stellt dieses Schriftstück allen interessierten Personen zur Analyse und Information zur Verfügung, auch wenn ein Abschluss einer Versicherung nicht in Betracht kommt. Das Ziel des Unternehmens ist es, zur Verständlichkeit und Klarheit der Information über das Unternehmen und der Versicherungsterminologie im Allgemeinen beizutragen.**

# Inhaltsverzeichnis

---

# Inhaltsverzeichnis

---

Wir beantworten Ihre Fragen	<b>5</b>
Programm Gesundes Leben: „Vive la salud“	<b>19</b>
DKV Club Gesundheit und Wohlbefinden	<b>24</b>
<b>25</b> 1. Digitale Gesundheitsleistungen	
<b>27</b> 2. Ärztliche Zweitmeinung	
<b>28</b> 3. Zusätzliche Premium-Serviceleistungen	
<b>35</b> 4. Telefonisches Kundencenter	
Versicherungsvertrag: Allgemeine Versicherungsbedingungen	<b>36</b>
<b>37</b> 1. Einleitende Klausel	
<b>39</b> 2. Grundlagen. Begriffsdefinitionen	
<b>52</b> 3. Leistungsmodalitäten und Erweiterung und örtlicher Geltungsbereich der Versicherung	
<b>53</b> 3.1 Gegenstand der Versicherung	
<b>54</b> 3.2 Leistungsmodalitäten der Versicherung	
<b>54</b> 3.3 Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	
<b>54</b> 3.4 Zugang zu den Versicherungsleistungen	
<b>58</b> 3.5 Regressforderungsklausel und Abtretung von Rechten	
<b>59</b> 4. Vertragsgrundlagen	
<b>59</b> 4.1 Ambulante ärztliche Behandlung	
<b>60</b> 4.2 Notfallbehandlungen	
<b>60</b> 4.3 Medizinische Versorgung durch Fachärzte und Fachchirurgen	
<b>64</b> 4.4 Diagnostische Verfahren	
<b>66</b> 4.5 Therapeutische Verfahren	
<b>72</b> 4.6 Stationäre medizinische Versorgung	
<b>75</b> 4.7 Zusätzliche Versicherungsleistungen	
<b>82</b> 4.8 Exklusive Versicherungsleistungen	
<b>93</b> 4.9 Auslandsreiseversicherung	

<b>94</b>	5.	Ausgeschlossene Deckungsleistungen	
<b>102</b>	6.	Karenzzeiten und Ausschluss	
<b>103</b>	7.	Versicherungsleistungen gemäß vereinbarter Deckungsmodalität	
<b>105</b>	8	Vertragsgrundlagen	
<b>105</b>	8.1	Vertragsabschluss und Versicherungsdauer	
<b>106</b>	8.2	Rechte und Obliegenheiten des Versicherungsnehmers oder der versicherten Personen	
<b>107</b>	8.3	Obliegenheiten von DKV Seguros	
<b>107</b>	8.4	Versicherungsbeitrag	
<b>110</b>	8.5	Verlust von Ansprüchen und Auflösung des Vertrages	
<b>110</b>	8.6	Aussetzung und Beendigung des Versicherungsvertrages	
<b>111</b>	8.7	Kommunikation	
<b>111</b>	8.8	Spezielle Gesundheitsrisiken	
<b>111</b>	8.9	Steuern und Zuschläge	

---

Anhang I:	Auslandsreiseversicherung	<b>112</b>
-----------	---------------------------	------------

---

Anhang II:	Zusätzliche Leistungen für Versicherungen für vorübergehende Arbeitsunfähigkeit oder Krankenhausaufenthalt, Unfälle und Todesfälle	<b>122</b>
------------	--	------------

---

Anhang III:	Best Care	<b>125</b>
-------------	-----------	------------

---

**Wir beantworten  
Ihre Fragen**

Anhand der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen erhalten Sie eingehende Informationen über die vertraglichen Rahmenbedingungen, die Sie bei Abschluss dieser Versicherungspolice mit DKV Seguros annehmen.

Hiermit möchten wir Ihnen bereits im Vorfeld Antworten auf möglicherweise auftretende Fragen bei der Inanspruchnahme Ihrer Versicherungspolice geben.

In diesem Kapitel haben wir die von unseren Versicherten am häufigsten gestellten Fragen zusammengefasst und sind um eine klare und verständliche Beantwortung bemüht.

Wir hoffen, dass Sie Ihnen nützlich sind.

## Zum Vertrag

### **Welche Dokumente sind Bestandteil des Versicherungsvertrages?**

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

### **Was bedeuten die “Allgemeinen Versicherungsbedingungen”?**

Die “Allgemeinen Versicherungsbedingungen” und/oder die “Besonderen Versicherungsbedingungen” enthalten sowohl die Rechte und Pflichten von DKV Seguros als auch der versicherten

Personen oder der Person, die den Versicherungsvertrag schließt.

### **Welche Dokumente und Unterlagen erhalte ich bei Abschluss meiner Versicherung?**

Die Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen, die Versichertenkarte DKV MEDICARD® für jede versicherte Person und die Information über das Ärzte- und Klinikverzeichnis des “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros.

Überprüfen Sie, ob Ihre persönlichen Daten richtig übernommen wurden.

### **Was muss ich nach Erhalt dieser Unterlagen unternehmen?**

Die Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen

unterschreiben, aufbewahren und eine weitere unterschriebene Ausfertigung an DKV Seguros zurücksenden. Der Eingang der ordnungsgemäß unterschriebenen Vertragsdokumentation zusammen mit der Zahlung des Erstbeitrages bedeuten die Akzeptanz des Vertrages. Bis diese Voraussetzungen, Unterschrift und Zahlung, nicht erfolgt sind, wird die Police nicht wirksam, auch wenn in den Besonderen Versicherungsbedingungen ein Datum genannt ist.

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

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

### **Muss die Verlängerung des Vertrages mitgeteilt werden?**

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

Sowohl Sie als auch DKV Seguros können die Police vor dem Fälligkeitsdatum kündigen, wenn dies nachweisbar der anderen Partei kommuniziert wird. Im Fall des Versicherungsnehmers beträgt die Kündigungsfrist einen Monat und für DKV Seguros zwei Monate.

### **Wie gehen wir mit den persönlichen Daten um?**

DKV Seguros ist ausdrücklich dazu berechtigt, persönliche Daten des Versicherungsnehmers oder der versicherten Personen bei Unternehmen der Versicherungsgruppe einzuholen, auszuwerten sowie an diese weiterzugeben.

Daten über den Gesundheitszustand der versicherten Personen werden an Dritte nur zu dem Zweck weitergegeben, wenn es nötig ist, die Auszahlung von Versicherungsleistungen zu realisieren, Vorsorgepläne zu erstellen und Programme zur Gesundheitsförderung aufzustellen und zusätzliche Service-Leistungen, die im Versicherungsumfang Ihrer Police enthalten sind, anzubieten.

Gleichfalls ist DKV Seguros dazu berechtigt, dem Versicherungsnehmer bzw. der versicherten Person Informationen über Versicherungsdeckungen, Vorsorgepläne und Programme zur Gesundheitsförderung, die in deren Interesse liegen, zu übermitteln.

Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben die Möglichkeit, sich in Übereinstimmung mit dem Gesetz "Ley Orgánica 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal" (Datenschutzgesetz) an



DKV Seguros zu wenden, um Einblick in diese Daten zu erhalten und diese vervollständigen, korrigieren oder löschen zu lassen.

## Leistungsmodalität und Erweiterung der Versicherung

### Wodurch zeichnet sich das Produkt "DKV Residentes" hauptsächlich aus?

Bei "DKV Residentes" handelt es sich um ein gemischtes System, bei dem Sie als versicherte Person frei entscheiden können, ob Sie

- > Alle in der Police beschriebenen Versicherungsleistungen über das Vertragsnetz "Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros in Anspruch nehmen wollen (Leistungsmodalität Sachleistungsprinzip) oder ob Sie
- > Ärzte oder medizinischen Einrichtungen, die nicht unter das Vertragsnetz "Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros fallen, frei wählen wollen.
- > Gilt das Erstattungsprinzip: der Kunde tritt in Vorleistung und erhält den Rechnungsbetrag zu den Prozentsätzen und bis zu den Höchstsätzen, die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder der "Leistungsübersicht der

Deckungen und Limitierungen" als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen dieser Police dargestellt sind (Leistungsmodalität Kostenerstattungsprinzip), zurückerstattet.

### Wie bekomme ich Zugang zu den vertragsgebundenen Ärzten und medizinischen Einrichtungen von DKV Seguros?

Sie können frei unter den im Ärzte- und Klinikverzeichnis (Vertragsnetz "Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros) aufgeführten Leistungserbringern wählen. Vor der Behandlung legen Sie zur Identifikation lediglich Ihre Versichertenkarte DKV MEDICARD® vor und, falls notwendig, eine Kostenübernahmegarantie (Autorisation).

### Wie beantrage ich eine Kostenerstattung bei DKV Seguros?

Die bezahlten Rechnungen müssen innerhalb von 15 Tagen eingereicht werden. Die jeweiligen Behandlungen müssen einzeln aufgeführt sein, auch wenn sie nicht im Vertragsnetz "Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros in Anspruch genommen wurden. Ärztliche Verordnungen sowie Arztberichte, aus denen die Ursache und die Art der Erkrankung hervorgehen, sind beizufügen. Um Ihnen den Antrag zu erleichtern, stellt DKV Seguros ein "Erstattungsformular" zur Verfügung.

**Wie hoch ist die Erstattung bei der Inanspruchnahme nicht vertragsgebundener Leistungserbringer des “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros? Welche Sätze und Limitierungen sind in der Police festgelegt?**

Das Produkt “DKV Residentes” erstattet - sofern nichts Gegenteiliges vereinbart ist - 100 % des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige Aufwendungen, die in Spanien angefallen sind, ohne Leistungsbegrenzung, bis auf die Höchstgrenzen, die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder in der “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen dieser Police für bestimmte Fachrichtungen oder konkrete medizinische Inanspruchnahmen dargestellt sind:

- > Zahnmedizinische Leistungen: differenzierte Erstattung der Rechnungsbeträge, die bei Leistungserbringern des Vertragsnetzes oder bei Leistungserbringern außerhalb des Vertragsnetzes angefallen sind, bis zu einem Höchstbetrag je versicherte Person und Jahr. Hierbei wird die Summe der entstandenen Aufwendungen aus den beiden Leistungsmodalitäten Sachleistungsprinzip und Kostenerstattungsprinzip auf den Höchstbetrag angerechnet.
- > Alternative und komplementäre Therapieformen: Homöopathie, Phytotherapie (Pflanzenheilkunde), Akupunktur und die Chiromassage bzw. Osteopathie werden bis zu einem Höchstbetrag pro Beratung bzw. Sitzung erstattet.
- > Die Aufwendungen für Phytotherapie, Akupunktur und Chiromassage bzw. Osteopathie sind darüber hinaus bis zu einer Höchstanzahl von Beratungen/ Sitzungen pro versicherte Person und Jahr erstattungsfähig.
- > Klinische Psychologie: bei nicht vertragsgebundenen Leistungserbringern werden die Aufwendungen bis zu einem Höchstbetrag je Beratung bzw. Sitzung und mit einer weiteren Begrenzung auf eine Höchstzahl von erstattungsfähigen Sitzungen bzw. Beratungen je versicherte Person, zusammengerechnet aus beiden Leistungsmodalitäten (Sachleistungsprinzip und Kostenerstattungsprinzip), erstattet.
- > Brillenfassungen sind bis zu einem max. Höchstbetrag erstattungsfähig. Für versicherte Personen ab 15 Jahren ist eine wiederholte Erstattung frühestens zwei Jahre nach Bezug der letzten Fassung möglich.

> Maßgefertigte orthopädische Schuhe werden unter Berücksichtigung einer Zuzahlung je versicherter Person erstattet, die für versicherte Personen ab 16 Jahren höher ausfällt.

### **Wo gilt meine Versicherung?**

Sie können als versicherte Person Leistungserbringer und medizinische Zentren innerhalb Spaniens (und auch in Deutschland nach dem Prinzip der Kostenerstattung während eines Zeitraums von max. 100 Tagen bei Abschluss der Deckungsmodalität "Komplettschutz + Überführung + Best Care") frei auswählen und haben Anspruch auf Erstattung für notwendige medizinische oder chirurgische Behandlungen, vorausgesetzt, dass Sie mindestens sechs Monate (183 Tage) im Jahr in Spanien ansässig sind.

Daneben stehen Ihnen die vertragsgebundenen Ärzte und Kliniken des Vertragsnetzes "Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros für die von Ihnen benötigte Behandlung in ganz Spanien zur Verfügung (Leistungsmodalität Sachleistungsprinzip).

## **Versichertenkarte DKV MEDICARD®**

**Kann ein vertragsgebundener Arzt des "Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros neben der Kostenübernahmegarantie für bestimmte Leistungen die Vorlage meiner Versichertenkarte DKV MEDICARD® verlangen?**

Ja. Mit der Versichertenkarte DKV MEDICARD® müssen Sie sich als Kunde von DKV Seguros gegenüber dem jeweiligen Leistungserbringer des Ärzte- und Kliniknetzes "Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros ausweisen.

**Wie hoch ist die Zuzahlung für jede ärztliche Behandlung?**

Für die Nutzung des Vertragsnetzes "Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros müssen Sie nichts entrichten.

**Was passiert, wenn ich mich in vertragsgebundenen Einrichtungen des "Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros nicht mit meiner Versichertenkarte DKV MEDICARD® ausweise?**

Die vertragsgebundenen Einrichtungen sind in diesem Fall dann dazu berechtigt, Ihnen die Behandlung in Rechnung zu stellen.

DKV Seguros erstattet jedoch solche Rechnungen von vertragsgebundenen Leistungserbringern des "Red DKV de

“Servicios Sanitarios” von DKV Seguros in keinem Fall zurück, mit Ausnahme der Rechnungen von zahnärztlichen Leistungserbringern.

### **Was muss ich bei Verlust meiner Versichertenkarte DKV MEDICARD® tun?**

Bitte wenden Sie sich bei Verlust Ihrer Versichertenkarte direkt an DKV Seguros.

Wir lassen Ihnen eine neue Karte zukommen.

### **Wie kontaktiere ich DKV Seguros?**

Sie können sich mit dem Kunden-Center von DKV Seguros direkt telefonisch unter der Telefonnummer 976506000 in Verbindung setzen; Per Internet, unter: [www.dkvseguros.com](http://www.dkvseguros.com) besuchen. Selbstverständlich stehen Ihnen auch die Mitarbeiter in unseren Geschäftsstellen zur Verfügung.

## **Kostenübernahme-Garantie (Autorisation)**

### **Wann benötige ich eine Autorisation?**

Autorisationen werden lediglich bei der Inanspruchnahme von vertragsgebundenen Ärzten und medizinischen Einrichtungen des “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros benötigt.

Eine Autorisation ist in keinem Fall notwendig, wenn Leistungserbringer, die nicht im medizinischen Netz “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros unter Vertrag stehen, in Anspruch genommen werden. Für versicherte Personen nach der Deckungsmodalität “Basisschutz + Überführung + Best Care” ist für die Inanspruchnahme des Best Care Service in Deutschland eine Autorisation erforderlich.

### **Für welche Untersuchungen und Leistungen innerhalb des Vertragsnetzes “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros benötige ich eine Autorisation?**

Für umfangreichere diagnostische Verfahren, Transport im Krankenwagen, Prothesen und chirurgische Implantate, psychotherapeutische Sitzungen, Vorsorgeprogramme und -untersuchungen, medizinische und chirurgische Behandlungen sowie für Einweisungen zu stationären Behandlungen.

Wenn Sie Fragen haben, dann schauen Sie in der Website von DKV Seguros bzw. im aktuellen Ärzte- und Klinikverzeichnis “Red DKV de Servicios Sanitarios” im Kapitel 2 “Ratschläge zur Benutzung” nach. Dort finden Sie die Auflistung der diagnostischen und therapeutischen Leistungen, die keine Kostenübernahmegarantie durch DKV Seguros erfordern.

### **Wie beantrage ich eine Autorisation, wenn ich keine Geschäftsstelle von DKV Seguros persönlich aufsuchen kann?**

Über unser Kunden-Center unter einer der folgenden Telefonnummern +34 902 499 499 | +34 913 438 596 | +34 934 797 539, per Fax unter +34 902 499 000 oder über unsere Website [www.dkvseguros.com](http://www.dkvseguros.com). Weiterhin haben Sie die Möglichkeit, die Autorisation über eine dritte Person in unserer Geschäftsstelle unter Vorlage der Versichertenkarte und der ärztlichen Verordnung für die medizinische Behandlung zu beantragen.

## **Beitragszahlung**

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

Die in der Police festgelegte Vertragsdauer beträgt ein Jahr, verlängerbar für jeweils ein Kalenderjahr, was im Einklang mit dem monatlichen Beitrag steht. Die Beitragszahlung kann jedoch vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich erfolgen.

Die gewählte Zahlungsweise des Beitrages entbindet den Versicherungsnehmer jedoch nicht von der Zahlung des gesamten Jahresbeitrages. Im Falle der Rückgabe oder Nichtzahlung der Beitragsrechnungen ist DKV Seguros

berechtigt, den restlichen Teil des jährlichen Beitrages einzufordern.

## **Medizinische Leistungen**

### **Was beinhaltet das Programm**

#### **Gesundes Leben: „Vive la salud“?**

Über den Internetzugang [www.programas.vivelasalud.com](http://www.programas.vivelasalud.com) bietet DKV Seguros ihren versicherten Personen den Zugang zu verschiedenen spezifischen Programmen zur Förderung der Gesundheit und Krankheitsvorsorge an. Diese Programme werden kontinuierlich weiter entwickelt und ergänzt.

### **Kann ich einen Tag nach Abschluss meiner Versicherungspolice einen Arzt aufsuchen?**

Ja, ab dem Tag, an dem Ihre Police in Kraft tritt. Ausgeschlossen hiervon sind diejenigen Leistungen, für die eine Karenzzeit einzuhalten ist (vergleichen Sie Artikel 6 “Karenz- und Ausschlusszeiten”).

### **Muss ich eine Autorisation für einen Besuch beim Facharzt oder Fachchirurgen beantragen?**

Nein. Zu Konsultationen von Fachärzten und Fachchirurgen haben Sie freien Zugang. Dies gilt sowohl für im Vertragsnetz “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros vertraglich gebundene als auch für Leistungserbringer außerhalb des medizinischen Netzes.

**Benötige ich eine Autorisation, um klinische Psychologie in Anspruch nehmen zu können?**

Ja, um dieses nichtmedizinische Fachgebiet innerhalb des Ärzte- und Kliniknetzes “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros in Anspruch nehmen zu können, müssen Sie eine entsprechende Autorisation beantragen.

**Benötige ich eine Autorisation für eine Mammografie oder eine Panoramaschichtaufnahme?**

Nein, Sie benötigen keine Autorisation. Es ist lediglich die schriftliche Verordnung von einem Arzt notwendig.

**Wann kann ich einen Arzt nach Hause kommen lassen?**

Wenn das Aufsuchen einer Praxis oder medizinischen Einrichtung aus ärztlicher Sicht für den Erkrankten nicht anzuraten ist.

Auch Krankenschwestern bzw. -pfleger und MTA können auf Grundlage einer ärztlichen Verordnung den Patienten zu Hause aufsuchen.

**Werden vor Vertragsabschluss bestehende Krankheiten mit in den Versicherungsschutz aufgenommen?**

Vertragsgemäß sind Vorerkrankungen nicht vom Versicherungsschutz gedeckt, es besteht aber die Möglichkeit, bestimmte Vorerkrankungen durch Zahlung eines versicherungsmedizinischen

Zuschlags in den Versicherungsschutz mit einzuschließen, z.B. allergisches Asthma.

**Welche zahnmedizinischen Leistungen sind im Versicherungsschutz eingeschlossen?**

Im Versicherungsschutz eingeschlossen sind alle zahnmedizinischen Leistungen **außer Behandlungen, die aus ästhetischen Gründen durchgeführt werden.** Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen zählen: zahnärztliche Behandlungen wie Wurzelkanalbehandlungen, Parodontose, Kieferorthopädie, Füllungen oder Zahnplomben, Zahnprothesen, Wurzelspitzenresektion (Apikotomie), Implantate sowie alle diagnostischen Verfahren, die zur Durchführung dieser Behandlungen notwendig sind.

**Wie bekomme ich Zugang zu zahnmedizinischen Leistungen?**

Sie können als versicherte Person innerhalb Spaniens auch Zahnärzte und Zahnkliniken in Anspruch nehmen, die nicht im “Red DKV de Servicios Bucodentales” von DKV Seguros vertraglich gebundenen sind (Leistungsmodalität Kostenerstattungsprinzip), (und auch in Deutschland während eines Zeitraums von max. 100 Tagen bei Abschluss der Deckungsmodalität “Komplettschutz + Überführung + Best Care) und haben Anspruch auf Erstattung der medizinisch

notwendigen Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen unter Berücksichtigung der Bedingungen, die in der “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen dargestellt sind.

Daneben stehen Ihnen die vertragsgebundenen Zahnärzte und Zahnkliniken des “Red DKV de Servicios Bucodentales” von DKV Seguros in ganz Spanien zur Verfügung (Leistungsmodalität Sachleistungsprinzip). Bevor Sie den zahnmedizinischen Service zu den vorteilhaften Preisen, die im Verzeichnis “Red DKV de Servicios Sanitarios” detailliert beschrieben sind, in Anspruch nehmen können, müssen Sie sich mit Ihrer Versichertenkarte DKV MEDICARD® identifizieren und haben dann Anspruch auf volle Deckung der angefallenen Aufwendungen für zahnmedizinische Leistungen.

### **Besteht für zahnmedizinische Leistungen eine Höchstgrenze je versicherte Person und Jahr?**

Ja, es gibt eine jährliche Höchstgrenze, die in der “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen pro versicherte Person und Jahr festgelegt ist. Hierauf werden die Kosten für Behandlungen

nach der Leistungsmodalität Sachleistungsprinzip (“Red DKV de Servicios Bucodentales”) und die Kosten für Behandlungen außerhalb des Vertragsnetzes von DKV Seguros (Leistungsmodalität Kostenerstattungsprinzip) angerechnet.

### **Wie viele professionelle Zahnreinigungen deckt meine Police im Jahr ab?**

So viele, wie notwendig sind, vorausgesetzt, dass sie von einem Zahnarzt verordnet werden.

### **Sind bei “DKV Residentes” Arzneimittel mit versichert?**

Arzneimittel werden - mit Ausnahme biologischer Implantate und als Medikamente eingesetzter Biomaterialien und der nicht in Abschnitt 4.7 “Chirurgische Implantate” detailliert aufgeführten - bis zu einem max. Höchstbetrag je versicherte Person und Jahr erstattet, der in der “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt ist, vorausgesetzt, dass sie durch einen Arzt verschrieben, in einer Apotheke erworben wurden und im Arzneimittelregister aufgeführt sind und eine therapeutische Wirkung haben. Homöopathische Mittel, Impfstoffe und Mittel gegen allergische Prozesse sind ebenfalls eingeschlossen.

**Welche alternativen und komplementären Therapieformen sind im Versicherungsschutz von “DKV Residentes” eingeschlossen?**

Bei “DKV Residentes” sind die nachfolgenden Therapieformen im Versicherungsschutz eingeschlossen, vorausgesetzt, dass sie durch einen Arzt durchgeführt werden: Die Aufwendungen für Homöopathie, Phytotherapie (Pflanzenheilkunde), Akupunktur und Chiromassage oder Osteopathie werden bis zu einem Höchstbetrag pro Beratung/Sitzung - wie in der “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt - erstattet.

Darüber hinaus ist die Anzahl der erstattungsfähigen Sitzungen für Phytotherapie, Akupunktur und Chiromassage oder Osteopathie wie in der “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt - auf eine Höchstzahl von Sitzungen je versicherte Person und Jahr begrenzt.

**Ist die Epiduralanästhesie bei Geburten mit versichert?**

Ja. Außerdem bei allen anderen chirurgischen Eingriffen, für die eine Epiduralanästhesie verordnet wird.

**Ist bei “DKV Residentes” der chirurgische Eingriff bei Fehlsichtigkeit mit versichert?**

Mit DKV Seguros erhalten Sie die Möglichkeit, zu günstigen und vorteilhaften Konditionen auf die refraktive Laserchirurgie für Myopie zuzugreifen. Hierzu muss der Versicherte vor dem Eingriff einen Gutschein über den DKV Club Gesundheit und Wohlbefinden kaufen.

**Deckt “DKV Residentes” auch die klinische Psychologie ab?**

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

- > Psychische Krankheiten: Depression, Schizophrenie und psychische Störungen
- > Verhaltensstörungen: Neurosen, wie Angstzustände, Persönlichkeitsstörung und Zwangszustände



- > Ernährungsstörungen: Magersucht und Bulimie
- > Bei Mobbing in der Schule, geschlechtsspezifischer Gewalt oder häuslicher Gewalt.
- > Schlafstörungen: Bettnässen, Schlaflosigkeit, Schlafwandeln und nächtliche Angstzustände
- > Anpassungsstörungen: Berufliche und posttraumatische Stresssituationen, Trauer, Scheidung, Pubertät, Depressionen nach dem Urlaub usw.
- > Lernstörungen: Hyperaktivität und Schulabbruch

Sollten mehr Sitzungen erforderlich sein bietet DKV Seguros die Möglichkeit an, weitere Sitzungen mit einem zuzahlungspflichtigen Preis nach vorheriger Anfrage bei DKV Seguros in Anspruch nehmen zu können.

### **Und die Familienplanung?**

Ihre Versicherung umfasst Tubenligatur, Vasektomie und Implantation des IUP. Im Falle des IUP erstattet DKV Seguros zudem die anteiligen Kosten des IUP gemäß dem in der Modalität der Police festgelegten Prozentsatz, bis zu einem in der Tabelle für Deckungssummen und Höchstgrenzen festgelegten Höchstbetrag.

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

### **Deckt "DKV Residentes®" assistierte Reproduktion?**

DKV deckt die Kosten für Befruchtungstechniken ausschließlich bei den einzelnen Policen DKV Residentes, sofern bei dem Paar eine Unfruchtbarkeit vorliegt, dieses kein gemeinsames Kind hat und sich beide im gebärfähigen Alter befinden (bei Frauen zwischen 18 und höchstens 42 Jahren und bei Männern bis 55 Jahre). **Der Zugang zur Behandlung findet ausschließlich in Behandlungszentren statt, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsdienste angehören (Sachleistungsprinzip) sowie nach vorheriger Genehmigung durch DKV Seguros, mit einer Karenzzeit von 48 Monaten. Die verwendeten Techniken beinhalten zwei Versuche für künstliche Befruchtung und einen Versuch für In-vitro-Fertilisation (IVF).**

### **Wenn ich mir während der Ausübung einer Sportart einen Knochenbruch zuziehe, ist die medizinische Versorgung dann in meinem Versicherungsschutz eingeschlossen?**

Ja, sofern es sich nicht um die Ausübung einer professionellen Sportart, eines öffentlichen Wettkampfes, Wettbewerbs oder einer als Risikosportart angesehenen Aktivität handelt.

### **Ist die medizinische Versorgung im Ausland mit versichert?**

Nur im Falle einer plötzlichen Erkrankung (Notfall) oder eines Unfalls während einer Auslandsreise ist Ihnen im Rahmen Ihres zusätzlichen Auslandsreiseschutzes eine medizinische Versorgung für max. 180 Tage je Reise oder Aufenthalt gewährleistet (vergleichen Sie Anhang I).

Ebenso haben Sie bei Abschluss der Deckungsmodalität "Komplettschutz + Überführung + Best Care" Anspruch auf medizinische Versorgung, auch in Deutschland, während eines Zeitraums von max. 100 Tagen im Jahr.

### **Wie lautet die Telefonnummer, die ich bei einem medizinischen Notfall im Ausland wählen muss?**

Die Telefon-Nummer für die Meldung von Notfällen im Ausland lautet +34 91 379 04 34.

Dort werden Sie über die Schritte zum Erhalt der notwendigen medizinischen Versorgung informiert. Außerdem teilt man Ihnen die nächstgelegene medizinische Einrichtung mit, die für die Notfallbehandlung der vorliegenden Erkrankung geeignet ist.

## **Stationäre Einweisungen**

### **Was muss ich bei einer geplanten stationären Behandlung beachten?**

Eine geplante stationären Behandlung in einer im Vertragsnetz "Red DKV de Servicios Sanitarios" unter Vertrag stehenden Klinik muss vorher von DKV Seguros autorisiert werden (informieren Sie sich im Abschnitt AUTORISIERUNGEN zu "Wir beantworten Ihre Fragen", welche medizinischen Leistungen eine vorherige Autorisation erfordern).

Hierzu benötigen Sie eine schriftliche ärztliche Einweisung, aus der der Grund für die geplante Behandlung hervorgeht.

Erfolgt eine Einweisung in eine private, nicht im "Red DKV de Servicios Sanitarios" vertragsgebundene Klinik, ist eine vorherige Autorisation nicht notwendig. Zur Bearbeitung Ihres Erstattungsantrages benötigen wir die angefallenen Rechnungen, die ärztliche Einweisung und den Arzt- und Entlassungsbericht.

### **Was muss ich bei der Notfallaufnahme in ein Krankenhaus beachten und welche Krankenhäuser kommen für mich in Frage?**

Sie können jedes Krankenhaus wählen, ob es mit DKV Seguros vertragsgebunden ist oder nicht.

Handelt es sich um ein nicht mit DKV Seguros vertragsgebundenes Krankenhaus, treten Sie als versicherte Person in Vorleistung und reichen die Aufwendungen für notwendige medizinische oder chirurgische Behandlungen zur Erstattung ein.

Sollte das Krankenhaus vertragsgebunden sein und zum Vertragsnetz "Red DKV de Servicios Sanitarios" gehören, muss die stationäre Aufnahme innerhalb einer Frist von 72 Stunden gemeldet werden.

### **Wann ist ein Bett für eine Begleitperson im Falle einer stationären Behandlung mit versichert?**

Im Versicherungsschutz des Moduls eingeschlossen ist ein Einzelzimmer mit Bett für eine Begleitperson, außer bei psychiatrischen Behandlungen, bei Behandlungen auf der Intensivstation oder bei Frühgeborenen, die in einem Inkubator versorgt werden.

Haben Sie Ihre Versicherung nach der Deckungsmodalität "Komplettschutz + Überführung + Best Care" abgeschlossen, ist bei stationären Behandlungen in Deutschland die Unterbringung in einem Einzelzimmer im Versicherungsschutz eingeschlossen.

## **Anregungen und Beschwerden**

### **Wie reiche ich eine Anregung oder eine Beschwerde bei DKV Seguros ein?**

Sie können dies schriftlich an eines unserer Büros senden oder an den Kundenservice Defensa del Cliente senden. Hierzu können Sie sich an den Firmensitz der DKV Seguros wenden: DKV-Tower, Avenida María Zambrano 31 (50018 Zaragoza), oder per E-Mail: [defensacliente@dkvseguros.es](mailto:defensacliente@dkvseguros.es). Sie können auch unseren Kundendienst unter 976 506 000 kontaktieren.

Ebenso können Sie auch eine Nachricht an den Reklamationservice der Generaldirektion für Versicherungen und Pensionskassen senden: Paseo de la Castellana 44, 28046 Madrid.

In diesem Fall ist es erforderlich, zuvor eine Beschwerde beim Kundenservice Defensa del Cliente der DKV-Seguros einzureichen. (Nähere Informationen über das Verfahren finden Sie im Abschnitt "Vorbemerkungen").

# **Programm Gesundes Leben: „Vive la salud“**

DKV Seguros stellt ihren versicherten Personen die Möglichkeit zur Verfügung, auf das Programm **Gesundes Leben: „Vive la salud“** sowohl online über die Internetseite zuzugreifen, als auch über die medizinischen Telefonservices Unterstützung zu erhalten, mit dem Aktivitäten zur Gesundheit gefördert und bestimmten Krankheiten vorgebeugt werden.

**a)** Die Ziele dieser Programme sind:

- > Sich gesunde Lebensgewohnheiten anzueignen
- > Bereits angenommene, angemessene Lebensgewohnheiten zu festigen
- > Schulung zur Vorbeugung der Risikofaktoren bei Krankheiten
- > Frühzeitige Erkennung von Krankheiten und entsprechende Ergreifung von Maßnahmen

- > Über einen persönlichen medizinischen Rat zu verfügen, Festlegung eines persönlichen Gesundheitsplans mit konkreten Zielen und kontinuierlicher Unterstützung, um diesen zu erreichen
- > Vermitteln von effektiven Früherkennungsmaßnahmen
- > Ein gesundes Leben zu führen und Komplikationen vorhersehen, wenn bereits ein Gesundheitsproblem besteht

Um diese Ziele zu erreichen, werden folgende Maßnahmen zur Verfügung gestellt:

- > Information, Kurse und Veranstaltungen
- > Online-Maßnahmen zur Bewertung und Kontrolle
- > Individuelle Fernbetreuung, um die therapeutischen Ziele zu erreichen

**b)** Die Programme, die ständig erweitert werden, sind nachfolgend beschrieben:

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

**2. Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen.** Das Programm wendet sich an versicherte Personen mit den am häufigsten vorkommenden Kreislaufproblemen, Bluthochdruck, Cholesterin, Übergewicht, Tabakkonsum usw. Das Programm stellt individuelle Betreuung zur Selbstkontrolle und zur Vermeidung von Komplikationen zur Verfügung.

**3. Gesunde Schwangerschaft und Entbindung.** Dieser Service wendet sich an alle volljährigen schwangeren versicherten Personen. Das Programm zielt darauf ab, dass allen schwangeren Versicherten von DKV Seguros Grundinformationen und spezifische Hilfestellungen zur Verfügung stehen im Hinblick auf die Schwangerschaft, die Geburt und die Zeit nach der Geburt, mit dem Ziel, die Kenntnisse zu verbessern, die Verhaltensweisen und das Bewusstsein zu schärfen für Handlungen, die sich positiv auf die Schwangerschaft, die

Geburt und die Zeit nach der Geburt sowie auf die Aufmerksamkeit für das Neugeborene auswirken.

**4. Übergewicht.** Das Programm wendet sich an versicherte Personen über 18 Jahre, die bereits an Übergewicht und Fettleibigkeit leiden. Ziel ist es, eine Gewichtsreduzierung mit Hilfe von zielgerichteten Diätmaßnahmen und sportlich abgestimmten Übungen zu erreichen.

**5. Übergewicht bei Kindern.** Dieses Programm richtet sich an versicherte Eltern von Kindern mit Übergewicht und Fettleibigkeit. Das Hauptziel dieses Programms ist es, mit Hilfe von ausgewähltem Material für Kinder und dem persönlichen Rat von Diätassistenten die Einweisung in Maßnahmen zu einer gesunden Ernährung zu bieten.

**6. Elternschule.** Dieses Programm zielt darauf ab, eine angemessene Entwicklung der Kinder zu erreichen und gesunde Lebensweise von der Geburt bis zum Jugendalter zu vermitteln. Es bietet Eltern Informationen über Säuglingspflege (Nahrung, Hygiene, Impfungen, Unfallverhütung, Spiele, Kleidung usw.) und zudem die Bereitstellung von Online-Beratung über die verschiedenen Stadien des Wachstums oder der Reifung von Kindern (Kindheit, Pubertät und Adoleszenz) sowie einen individuellen Plan, damit Ihr Kind gesund aufwächst.

### **7. Brustkrebsvorsorge.**

Die Maßnahmen sind an alle versicherten Frauen über 35 Jahre gerichtet. Das Ziel ist die effektive Brustkrebsvorbeugung oder dessen möglichst frühzeitige Erkennung. Das Programm stellt persönlichen Rat zur Verfügung und gibt Empfehlung zu den effektivsten Aktivitäten einer jeden versicherten Person.

**8. Prostatakrebsvorsorge.** Dieses Programm wendet sich an Männer über 45 Jahre. Das Ziel ist die effektive Prostatakrebsvorbeugung oder die möglichst frühzeitige Erkennung. Das Programm stellt persönlichen Rat zur Verfügung und gibt Empfehlungen zu den effektivsten Aktivitäten einer jeden versicherten Person.

### **9. Prävention von Gebärmutterhalskrebs.**

Das Präventionsprogramm zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs richtet sich an alle Frauen zwischen 18 und 65 Jahren, die sexuell aktiv sind und beinhaltet die Durchführung von vaginalen Abstrichen zur zytologischen Untersuchung in regelmäßigen Abständen, um Veränderungen und Fehlbildungen zu erkennen und zu behandeln, bevor sich Krebs entwickeln kann.

### **10. Prävention von Darmkrebs.**

Darmkrebs ist der in Spanien am häufigsten auftretende bösartige Tumor. Das Präventionsprogramm richtet sich an die gesamte Bevölkerung, speziell an Personen über 50 Jahre, in deren Familie Darmkrebs vorgekommen ist und bietet mit Hilfe von Online-Tools an, die Beurteilung und Vorbeugung von Risikofaktoren. Es verfügt auch über ein medizinisches Experten-Team für Prävention und gesunde Lebensweise, das laufend individuelle Beratung bietet.

### **11. Prävention des Schlaganfalls.**

Der Schlaganfall oder der vorübergehende Hirnschlaganfall sind in Spanien gegenwärtig die zweithäufigste Todesursache nach der ischämischen Herzerkrankung. Er wird als plötzliche Entwicklung von Veränderungen in der Gehirnfunktion, die länger als 24 Stunden andauern, mit einer entweder hämorrhagischen oder ischämischen Ursache definiert. Das Schlaganfall-Präventions-Programm richtet sich an die erwachsene Bevölkerung und vor allem an Personen mit Risikofaktoren oder einer Vorgeschichte kardiovaskulärer Erkrankungen (Diabetes, Hypertonie, erhöhter Cholesterinspiegel oder Übergewicht). Dieses Programm bietet den versicherten Personen über Online-Hilfsprogramme an,

**die Risikofaktoren zu bewerten. Ein Team von professionellen Fachärzten unterstützt Sie darin, gesunde Lebensführung über ein speziell abgestimmtes und dauerhaftes Programm zu erlangen.**

## **12. Vorbeugung von Stress am**

**Arbeitsplatz:** Das Programm richtet sich an alle Personen, die eine anstrengende berufliche Tätigkeit durchführen und sich bewusst sind, dass sich die berufliche Anspannung auf andere Lebensbereiche (Familie, Arbeits- und Sozialleben) auswirkt und ihr Wohlbefinden beeinträchtigt. Aber auch bei Personen, die noch nicht unter Stress leiden, können bereits Risikofaktoren bestehen.

c) Zugang:

Der Zugang zu diesem Programm ist ausschließlich **über das Internet bei [www.programas.vivelasalud.com](http://www.programas.vivelasalud.com) möglich.**

Weitere **Informationen zu diesen Programmen erhalten Sie unter der Telefonnummer: 976 506 000.**



# **DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden**

Der Vertragsabschluss der Krankenversicherung “DKV Residentes” erlaubt Versicherten den Zugriff auf digitale Gesundheitsdienste und zusätzliche Premium-Leistungen des DKV Clubs für Gesundheit und Wohlbefinden (“DKV Club Salud y Bienestar”), die sich vom Versicherungsschutz unterscheiden und nachfolgend aufgeführt sind.

Die Einzelheiten für den Zugang zu diesen Service-Leistungen finden Sie auf der Internetseite [www.dkvclubdesalud.com](http://www.dkvclubdesalud.com) veröffentlicht, oder Sie können diese telefonisch unter den Telefonnummern erfragen, die in den Ärzte- und Klinikverzeichnissen genannt.

## **1. Digitale Gesundheitsdienstleistungen**

### **a) Telefonische Beratung**

#### **1.1 Beratungsservice 24 Stunden**

Den versicherten Personen von DKV Seguros steht ein telefonischer 24 Stunden Servicedienst durch medizinisches und administratives

Personal zur Verfügung, das auf die Koordination und Aktivierung von medizinischer Versorgung zu Hause entsprechend dem Versicherungsschutz und der Lage des Wohnortes spezialisiert ist.

#### **1.2 DKV Arztberatungsservice 24 Stunden**

Dieser Service verschafft den bei DKV Seguros versicherten Personen medizinische Beratung per Telefon, bietet Informationen, um Sorgen und Zweifel hinsichtlich auftretender Krankheitssymptome, allgemeiner Gesundheitsprobleme oder über Arzneimittel aufzuklären.

#### **1.3 Medizinischer 24 Stunden Telefonservice “Kinderkrankheiten”**

Telefonischer Beratungsservice, bei dem ein angesehenes Team von Ärzten oder hoch spezialisierten Kinderärzten den versicherten Personen von DKV Seguros Rat und Antworten auf alle Fragen rund um Krankheitssymptome und Gesundheitsprobleme bei versicherten Personen unter 14 Jahren gibt.

#### **1.4 Medizinischer Telefonservice “Übergewicht bei Kindern”**

Dieser Service bietet den Eltern von bei DKV Seguros versicherten Kindern telefonische Beratung durch Ärzte oder Diätassistenten und verschafft Informationen über Strategien und medizinische Dokumente zur Vorbeugung und Behandlung von Übergewicht und Fettleibigkeit bei Kindern.

#### **1.5 Medizinischer Telefonservice “Schwangerschaft”**

Dieser Service stellt den bei DKV Seguros versicherten schwangeren Frauen telefonische medizinische Beratung durch Ärzte oder Spezialisten in Geburtshilfe zur Verfügung, um Informationen zu geben und Zweifel hinsichtlich auftretender Krankheitssymptome, Ergebnisse von Diagnosen und allgemeiner Gesundheitsprobleme oder spezieller Medikamente im Zusammenhang mit der Schwangerschaft aufzuklären.

#### **1.6 Medizinischer Telefonservice “Frauenkrankheiten”**

Dieser Service stellt den bei DKV Seguros versicherten Frauen telefonische medizinische Beratung durch Frauenärzte zur Verfügung, um Informationen zu geben und Zweifel hinsichtlich auftretender Krankheitssymptome, Ergebnisse von Diagnosen und allgemeiner Gesundheitsprobleme oder spezieller Medikamente im Zusammenhang mit Frauenkrankheiten aufzuklären.

#### **1.7 Medizinischer Telefonservice “Sportmedizin”**

Dieser Service bietet den versicherten Personen von DKV Seguros telefonischen Rat bezogen auf Sportmedizin durch Experten in Sportmedizin, Ärzte oder Ernährungsberater und stellt entsprechende Informationen zur Verfügung, er beseitigt Zweifel zur Prävention von Verletzungen, gibt Auskunft über angemessene sportliche Betätigung und bei den Krankheitsgeschehen, bei denen sportliche Betätigung Teil der ärztlich verordneten Therapie ist.

#### **1.8 Medizinischer Telefonservice “Ernährungsberatung”**

Dieser Service stellt den bei DKV Seguros versicherten Person telefonische Ernährungsberatung durch Ärzte oder Diät- und Ernährungsberater zur Verfügung, um Informationen zu geben und Zweifel hinsichtlich Gesundheitsvorsorge sowie der diätischen Kontrolle bei Krankheitszuständen, die vom behandelnden Arzt als Teil der Diättherapie verschrieben wurde, aufzuklären.

#### **1.9 Medizinischer Telefonservice “Tropenmedizin”**

Dieser Service stellt den bei DKV Seguros versicherten Personen medizinischen Rat telefonisch oder per Internet zur Verfügung, um Informationen zu geben und Zweifel hinsichtlich auftretender

Krankheitssymptome, Ergebnisse von Diagnosen, allgemeiner Gesundheitsprobleme, über Prophylaxe und spezieller Arzneimittel bei Auslandsreisen, aufzuklären.

### **1.10 Medizinischer Telefonservice “Psychologische Unterstützung”**

Der Versicherte kann drei psychologische Beratungen von jeweils dreißig Minuten pro Jahr wahrnehmen und von einem qualifizierten Psychologenteam betreut werden, das jeden Fall individuell untersucht. Öffnungszeiten an Werktagen von 8:00 Uhr bis 21:00 Uhr, unter vorheriger Terminvereinbarung.

### **b) Kostenfreies Tool zur persönlichen Selbstbeobachtung**

Bei DKV Seguros setzen wir auf Technologie, um Ihnen zu helfen, sich um Ihre Gesundheit zu kümmern.

Die App **“Quiero Cuidarme”** ist ein kostenfreies Tool zur persönlichen Selbstbeobachtung, das der Öffentlichkeit zur Verfügung steht. Mit dieser App lässt sich der Gesundheits-Index berechnen, ein Wert zwischen 0 und 1.000 zu Ihrem Lebensstil, der auf der Grundlage von neun Indikatoren ermittelt wird (BMI, Glucose, Blutdruck, Schlafqualität, emotionales Wohlbefinden, körperliche Aktivität, Konsum von Tabak und Ernährung).

Darüber hinaus können Sie an Aktionsplänen teilnehmen, um an verbesserungswürdigen Indikatoren zu arbeiten.

### **c) App für medizinische Betreuung rund um die Uhr mit Symptomprüfer**

Die App, um Ihre Fragen jederzeit und jederzeitorts zu beantworten.

Dieser Service beinhaltet einen Symptomprüfer, der Ihnen schnelle und zuverlässige Antworten zu Gesundheitsfragen bietet.

Darüber hinaus können Sie sich per Telefonat, Videoanruf oder Chat von einem Arzt beraten lassen und auf Ihre vorherigen Konsultationen zugreifen. All das auf eine einfache, sichere Weise und unter vollständiger Wahrung der Vertraulichkeit.

## **2. Ärztliche Zweitmeinung nach schwerer Krankheit**

### **2.1 Ärztliche Zweitmeinung**

Innerhalb dieses Services hat die versicherte Person oder ihr Arzt im Falle einer schweren Erkrankung kostenfreien Zugang zur Beratung und fernmündlichen ärztlichen Zweitmeinung durch die weltweit besten Spezialisten.

Diese Spezialisten beurteilen die Krankengeschichte und stellen ihre Meinung über die Diagnose und ggf. alternative Behandlungsformen dar.

## 2.2 Bioethische Zweitmeinung bei bioethischen Fragen

Über diesen kostenfreien Service hat die versicherte Person oder ihr Arzt bei schwerwiegenden Erkrankungen kostenfreien Zugang zur Beratung und Zweitmeinung durch medizinische Experten in Bioethik, die absolut vertraulich und aus der Ferne ihre medizinische Vorgeschichte analysieren und über die bioethischen Aspekte ihre Meinung über eine medizinische Behandlung oder eine schwierige medizinische Entscheidung mitteilen.

## 3. Zusätzliche Premiumleistungen

Die versicherte Person hat Zugang - direkt oder mittels Rabattgutscheinen - zum **“Red de Servicios DKV Club Salud y Bienestar”** bei gleichzeitiger Übernahme der Kosten. In diesem Club hat sie Anspruch auf verschiedene ergänzende Service-Leistungen, die zur Förderung der Gesundheit, zur Prävention, für ästhetische Verbesserungen, zur persönlichen Selbstfindung, zur Wiederherstellung des physischen als auch des emotionalen Wohlbefindens sowie zu medizinischen Leistungen und Familienhilfen verschiedener Ausrichtungen dienen und erhält Preisnachlässe und/oder 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”** in Anspruch nehmen will, werden zwei Arten des Zugangs unterschieden:

- > **Direktzugang zur Service-Leistung:** die versicherte Person sucht in der Website **www.dkvclubdesalud.com** die Preise der verfügbaren Zentren oder Leistungserbringer, vereinbart selbst einen Termin mit dem Leistungserbringer und identifiziert sich bei Ankunft im Zentrum mit ihrer Versichertenkarte oder der Versicherungsnummer von DKV Seguros. Dies ist notwendig, damit der Leistungserbringer den **Spezialpreis des DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden** berechnet. Letztendlich zahlt die versicherte Person für die Service-Leistung direkt an den Leistungserbringer.
- > **Zugang mit Ermäßigungsgutschein:** um einige Service-Leistungen des **“Red de Servicios DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden”** in Anspruch nehmen zu können, ist es andererseits notwendig, im Voraus einen Ermäßigungsgutschein zu erwerben. Dies kann entweder über die Website **www.clubdesalud.com**, telefonisch unter den Telefonnummern 976 506 010 | 902 499 150 oder direkt in einer der Filialen von DKV Seguros erhältlich.

**Bei jeder Vertragserneuerung der Versicherung kann DKV Seguros das “Red de Servicios DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden”,** die Preisnachlässe, die Preise und die Service-Leistungen im DKV Club de Salud modifizieren, kann neue Service-Leistungen hinzufügen oder einige der bestehenden streichen mit dem Ziel, das Angebot an die Service-Bedürfnisse der versicherten Personen anzupassen.

### **3.1 Serviceleistungen zur Gesundheitsförderung**

#### **3.1.1 Wellness-Dienstleistungen: Kurorte und städtische Spas**

DKV Seguros stellt den versicherten Personen Ermäßigungsgutscheine zur Verfügung, um Zugang zu Kurbehandlungen, der Hydrotherapie (Anwendungen von Wasser), der Bewegungstherapie, Behandlungen der Lymphdrainage oder Hautstraffung zu vorteilhaften Konditionen zu erlangen.  
**Kurzentrum:** Hierbei handelt es sich um ein Heilbad mit der Möglichkeit des Aufenthaltes und der Übernachtung zur Erholung und Behandlung mit Mineralwässern, die für die öffentliche Nutzung anerkannt sind, deren therapeutische Wirkung geprüft ist, die von der Temperatur, dem Druck, der chemischen Zusammensetzung, der Radioaktivität, der Bakterienflora und den gelösten Gasen abhängig ist.

**Städtische Kurzentren:** sie sind dadurch gekennzeichnet, dass sie sich in innerstädtischen Zentren befinden und im Gegensatz zu Heilbädern verbringen die Kunden hier nur einige Stunden und übernachten dort nicht.

#### **3.1.2 Fitnessstudios**

Zugang zu den im “Red de Servicios DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden” eingeschlossenen Fitness-Studios mittels eines Ermäßigungsgutscheins zu vorteilhaften Bedingungen.

#### **3.1.3 Ernährungsernährungsberatung**

Zugang zu einem Spezialpreis für eine Beratung und Bewertung vor Ort zur Entwicklung eines Diätplans sowie der nachfolgenden Kontrollen der Ergebnisse.

### **3.2 Präventive Serviceleistungen**

#### **3.2.1 Prädiktive genetische Untersuchungen**

Bei durch die Police nicht gedeckten Krankheitsbildern Zugang mittels Ermäßigungsgutscheinen zu Analysen, die Informationen über das Risiko einer bestimmten Person, eine spezifisch genetisch bedingte Krankheit zu erleiden, beitragen. Die Analyse wird normalerweise mittels einer Blutuntersuchung in einem Genetiklabor durchgeführt, um festzustellen, ob Veränderungen des Gens oder der Gene im Zusammenhang mit einer Krankheit

bestehen. Die durchführbaren Studien sind unter anderem: Genetischer Test zum vorgeburtlichen Screening der ADN im mütterlichen Blut, der Test von Risiken im Herz-Kreislauf-System, das genetische Profil des Übergewichtes und die Durchführung des Vaterschaftstests.

### **3.2.2 Programm zur Raucherentwöhnung**

Zugang zu vorteilhaften Konditionen mittels eines Ermäßigungsgutscheins zu einem neuartigen Service, um das Rauchen mittels verschiedener Techniken aufzugeben.

### **3.2.3 Kryokonservierung in Datenbanken für Stammzellen aus dem Nabelschnurblut**

Die Transplantation der Stammzellen aus dem Nabelschnurblut ist derzeit eine gängige Behandlungsmethode für viele schwere Erkrankungen (Leukämie, Lymphdrüsenkrebs, Neuroblastome, Thalassämie - Erkrankung der roten Blutkörperchen - usw.). Die versicherten Personen, die Zugang zu diesen Service-Leistungen zu wirtschaftlich vorteilhaften Bedingungen wünschen, können einen Rabattgutschein erwerben, der die Sammlung, den Transport, die vorherigen Analysen und die Einlagerung der hämopoetischen Stammzellen aus der Nabelschnur ihrer Kinder ab dem Zeitpunkt der Geburt in einer privaten Bank für die

Zeit von 20 Jahren (mit der Möglichkeit einer Verlängerung) umfasst.

### **3.2.4 Biomechanische Studie für den korrekten Gang**

Dieser Service mittels Ermäßigungsgutscheins stellt den versicherten Personen ein Vertragsnetz von Podologen zur Verfügung, die spezialisiert sind auf die Entwicklung und der Herstellung von personalisierten Einlagen und laufenden Kontrollen und Garantien.

### **3.3 Medizinische kosmetische oder ästhetische Serviceleistungen**

#### **3.3.1 Refraktive Laser-Chirurgie zur Korrektur von Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit und Hornhautverkrümmung**

DKV Seguros stellt ihren versicherten Personen über den Erwerb von Ermäßigungsgutscheinen ein Netz von speziellen Augenkliniken zur Verfügung, die sich auf mit Laser zu behandelnden Refraktions-Fehlstellungen (Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit sowie bei Hornhautverkrümmung) spezialisiert haben, zu vorteilhaften Konditionen.

#### **3.3.2 Laser-Chirurgie der Alterssichtigkeit**

Die Alterssichtigkeit, die als Augenbelastung bekannt ist, ist eine Sehstörung, die in der Regel zwischen dem 40. und dem 45. Lebensjahr eintritt und in einer Verminderung

der Fähigkeit des Auges, sich auf Nahsicht anzupassen, besteht. DKV Seguros stellt ihren versicherten Personen den Zugang zu einem Netz von auf die chirurgische Korrektur mittels Implantierung von intraokularen Linsen spezialisierte Augenkliniken durch den Erwerb eines Ermäßigungsgutscheins zu vorteilhaften Konditionen zur Verfügung.

### **3.3.3 Laser-Chirurgie der Alterssichtigkeit**

Beinhaltet den Zugang mittels eines Ermäßigungsgutscheins zu einer Beratung und einem breiten Fächer von nicht invasiven Gesichts- und Körperbehandlungen (Peelings, Altersflecken, Lymphdrainage, Hautstraffungen usw. ...) und chirurgischen Behandlungen, wie Brustkorrekturen, Bauchdeckenstraffung usw. ... zu vorteilhaften Konditionen.

## **3.4 Ergänzende medizinische Serviceleistungen**

### **3.4.1 Behandlung zur medizinisch unterstützten Fortpflanzung**

Versicherungsnehmer, die diese Leistung nicht durch ihre Versicherungs-Modalität abgedeckt haben, oder welche die mögliche Höchstanzahl überschreiten, haben über den Erwerb eines Ermäßigungsgutscheins Zugriff auf ein Netzwerk aus spezialisierten Kliniken für die

Diagnose und Behandlung von Unfruchtbarkeit, unter Verwendung der fortschrittlichsten Techniken für assistierte Reproduktion, wie zum Beispiel In-vitro-Fertilisation, künstliche Befruchtung, Übertragung von Präembryonen, bzw. Kryokonservierung von Eizellen, bzw. von Sperma und Embryonen.

### **3.4.2 Alternative Therapien**

DKV Seguros stellt den versicherten Personen über das “Red de Servicios DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden” ein Netz von Homöopathen, Akupunkteuren und in Osteopathie und Chiropraxis diplomierten Spezialisten zu Spezialpreisen je Beratung oder Sitzung zur Verfügung.

**3.4.2.1 Homöopathie:** therapeutische Technik, die auf einer ganzheitlichen medizinischen Betrachtung basiert und zur Verschreibung von homöopathischen Arzneimitteln in minimaler, verdünnter oder unendlich kleinen Dosen führt, den Placeboeffekt ausnutzend.

**3.4.2.2 Akupunktur:** therapeutische Technik der traditionellen chinesischen Medizin, deren Ziel es ist, die Gesundheit mittels des Einstechens von Nadeln in den Körper wiederherzustellen.

**3.4.2.3 Osteopathie oder Chiropraktik:** physische oder manuelle Therapie, ergänzend zur Schulmedizin oder der konventionellen Medizin, die die



Behandlungen von Funktionsstörungen im Muskel-Skelett- System, die mit Schmerzen in der Wirbelsäule und den Gliedmaßen einhergehen, durchführt.

### **3.4.3 Psychologie**

Zugang zu den Psychologen des Netzes “Red de Servicios DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden” mit Spezialpreisen zur Realisierung von psychologischen Tests oder psychischen Messungen bzw. klinische psychologische Beratung, **wenn die Höchstanzahl von Sitzungen pro Jahr und versicherte Person überschritten ist (Zusammenfassung der Sitzungen außerhalb und innerhalb des Vertragsnetzes), wie sie in der “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen dieser Police dargestellt sind.**

## **3.5. Serviceleistungen zur persönlichen Selbstbeobachtung**

### **3.5.1 Hörgesundheit**

Verschafft die Durchführung eines Hörtests mittels des Erwerbs eines Ermäßigungsgutscheins im Netz der Hörzentren des DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden und den Einkauf von Hörgeräten zu vorteilhaften Konditionen.

### **3.5.2 Haargesundheit**

Diese Leistung ermöglicht den Zugriff auf ein Verfahren zur personalisierten Diagnose mit Hilfe eines Ermäßigungsgutscheins, einschließlich der Anbringung von Haarprothesen oder Perücken für Onkologie-Patienten sowie die fortschrittlichsten Behandlungen gegen progressiven Haarausfall oder Alopezie, wie das Anbringen von kapillaren Micrografts oder Implantaten.

### **3.5.3 Serviceleistungen optische Einrichtungen**

Die versicherte Person kann mittels des Erwerbs eines Ermäßigungsgutscheins bedeutende Nachlässe im Netz der Optiker des Red de ópticas DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden, erlangen, um Sehhilfen (Brillenfassungen und Brillengläser), Kontaktlinsen und Hygiene- und Reinigungsmittel zu erwerben.

### **3.5.4 Serviceleistungen orthopädische Einrichtungen**

Erlaubt den Zugang zum Kauf von orthopädischen Geräten zu sehr wettbewerbsfähigen Preisen mit einem Ermäßigungsgutschein.

### **3.5.5 Online-Drogerie**

Die versicherte Person kann nach vorherigem Erwerb eines Ermäßigungsgutscheins Zugang zu Sonderkonditionen zu Drogerieprodukten (Kosmetika, Sonnenschutzmittel, Insektenabwehrmittel usw...)

erwerben, die - ohne Medikamente zu sein - aktiv zum Wohlbefinden und zur Gesundheit des Menschen beitragen.

### **3.6 Serviceleistungen der Heilgymnastik oder Rehabilitation**

#### **3.6.1 Umschulungstherapie für die Wiedererlangung von gestörten Lautbildungen, der Sprache oder Zunge**

DKV Seguros stellt ihren versicherten Personen einen Service der Logopädie mit speziellen Tarifen pro Sitzung zur Verfügung, bei Störungen der Lautbildung, der Aussprache oder der Sprache bei Krankheitsbildern, die nicht unter den Versicherungsschutz fallen (nervlich bedingte Störungen, Störungen der Spracherlernung, bei Legasthenie, Sprachstörungen, Stottern, usw.).

#### **3.6.2 Therapien der obstruktiven Schlafapnoe**

Dieser Service ermöglicht für die Beatmung zuhause den Kauf des CPAP (zur nasalen positiven und kontinuierlichen Überdruckbeatmung der Atemwege) oder BiPAP (positiver Druck auf zwei Ebenen auf den Luftweg) zu vorteilhaften Konditionen mittels eines Ermäßigungsgutscheins. Diese Geräte erlauben die positive Luftdruckversorgung während des Schlafs für Patienten zu Hause mit einer nächtlichen Schlafstörung bzw. damit verbundenen

Risikofaktoren (Bluthochdruck, Gefäßerkrankungen, kardiovaskuläre, zerebro-vaskuläre Krankheiten sowie durch ihre risikoreiche Tätigkeit im Hinblick auf Verkehrsunfälle). Gleichzeitig ist der Zugang zu Behandlungen mit der intraoralen Unterkieferprotrusionsschiene möglich.

#### **3.6.3 Programm Training oder Rückbildung des Beckenbodens**

Die versicherte Person kann ebenfalls am Programm Training oder Rückbildung des Beckenbodens mit dem Birdi-Kit mittels eines Ermäßigungsgutscheins des DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden teilnehmen, das auf den Übungen nach Kegel basiert. Über Handy oder PC/Tablett werden in einem Web-Portal die Übungen überwacht und die Aktivität des Beckenbodenmuskels registriert und können somit von der Nutzerin bzw. dem Arzt verfolgt werden.

### **3.7 Sozio-sanitäre Serviceleistungen und Familienhilfeleistungen**

#### **3.7.1 Unterstützung für Familienangehörige oder Alleinstehende im Krankenhaus.**

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

### **3.7.2 Häusliche Betreuung nach der Geburt**

Medizinische Fachkräfte unterstützen Sie bei alltäglichen Aufgaben mit dem Neugeborenen oder zeigen Ihnen Erholungsübungen. Zudem betreuen sie auch die Entwicklung der Mutter, achten auf Anzeichen von Angstzuständen und Depressionen sowie Fortschritte des Neugeborenen, helfen bei der Laktation, der Nahrungszubereitung sowie der Hygiene der Mutter und des Neugeborenen.

### **3.7.3 Häusliche Serviceleistungen**

Serviceleistungen, die durch qualifiziertes Personal erbracht werden und eine Reihe von nützlichen Betreuungen für Personen, die eine Minderung ihrer Selbstständigkeit und ihrer persönlichen Bewegungsfähigkeit haben, mit Schwierigkeiten beim Aufstehen, Duschen, Ankleiden sowie Zubereitung der täglichen Mahlzeiten und die einen ständigen Krankenpfleger 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 Haushalteinkäufen und sogar der Zubereitung von Mahlzeiten.

### **3.7.4 Service von Fernbetreuung mit fest installierten oder mobilen Geräten.**

Der Service ist individuell angepasst und wird durch Sozialarbeiter, Psychologen und Ärzte 24 Stunden täglich an 365 Tagen im Jahr innerhalb und außerhalb der Wohnung gewährleistet, wo der Zugang mit dem speziellen Terminal besteht. Das sind mobile oder festinstallierte Telefonanlagen, die ständig mit einer Alarmzentrale für Notfälle verbunden sind.

### **3.7.5 Serviceleistungen zur Anpassung des Wohnumfeldes.**

Es handelt sich um eine Vielzahl von Maßnahmen, die sich mit der Anpassung des Wohnumfeldes an ihre Bedürfnisse befassen. Diese Produkte erlauben es, den Zugang zum Haus und die Mobilität innerhalb barrierefrei zu verbessern.

### **3.7.6 Netzwerk von Altersheimen**

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

### 3.7.7 System betreutes Wohnen

Bei diesen Unterkünften handelt es sich um Wohnungen für ältere Menschen, die mit Gleichaltrigen leben wollen, ohne auf Sicherheit, Freiheit, Selbstständigkeit und Privatsphäre verzichten zu müssen. Das System betreutes Wohnen bietet ständige Betreuung, medizinische Versorgung, Krankenpflege, Podologie und Physiotherapie.

## 4. Callcenter

**Beratungen, Informationen und Genehmigungen.** Die versicherten Personen von DKV Seguros haben Anspruch auf einen telefonischen Beratungsservice, mit dem sie sich über das medizinische Vertragsnetz informieren können, Autorisierungen beantragen, Versicherungsschutz und Service-Leistungen beantragen können, Anregungen und praktisch jedwede Formalität erledigen können, ohne die Verwaltung aufsuchen zu müssen.

# **Allgemeine Versicherungsbedingungen**

# 1. Einleitende Klausel

Der vorliegende Vertrag unterliegt den Bestimmungen des spanischen Versicherungsvertragsgesetzes 50/1980 vom 8. Oktober.

Die Aufsicht über die Versicherungstätigkeit von DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E. (im Folgenden "DKV Seguros") mit Sitz Torre DKV, Avenida María Zambrano, 31 in 50018 Zaragoza, obliegt dem Königreich Spanien, und zwar dem Wirtschaftsministerium, vertreten durch die spanische Aufsichtsbehörde für Finanzdienstleistungen "Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones".

Vertragsbestandteile sind:

- > Vorläufiges Informationsdokument der Versicherung (Beantragung der Versicherung).
- > Gesundheitserklärung
- > Allgemeine Versicherungsbedingungen

- > Besondere Versicherungsbedingungen
- > Spezielle Versicherungsbedingungen (die hierzu ausgefertigt werden)
- > Zusatzvereinbarungen und Nachträge

Gesetzesänderungen oder Hinweise auf gesetzliche Vorschriften bedürfen nicht der Zustimmung, da die Einhaltung obligatorisch ist.

Der Versicherungsnehmer, die versicherten und begünstigten Personen sowie deren Rechtsnachfolger oder geschädigte Dritte können sich zur Wahrnehmung ihrer Interessen und zur Lösung von mit DKV Seguros entstehenden Konfliktsituationen jederzeit an folgende Beschwerdestellen wenden:

In jedem Büro der DKV - UMLF, über den Verbraucherschutzservice der DKV Seguros, oder über unseren Kundenbetreuungsservice.

Beschwerden können schriftlich an die Adresse der Defensa del Cliente der DKV Seguros gesendet werden: Torre DKV, Avenida Maria Zambrano 31, 50018 Zaragoza; Per E-Mail: [defensacliente@dkvseguros.es](mailto:defensacliente@dkvseguros.es) oder telefonisch bei unserem Kundenservice unter der 976 506 000.

Unbeschadet des vorhergehenden Reklamationsverfahrens besteht auch die Möglichkeit, eine Klage bei der zuständigen Gerichtsbehörde einzureichen.

Der Kunde bestimmt, auf welche Art und Weise und an welche Adresse die Antwort gerichtet werden soll. Die Beschwerde wird schriftlich innerhalb von zwei Monaten beantwortet, wenn vorher keine andere Form bestimmt wurde. Zur näheren Information liegt in allen Geschäftsstellen der Gesellschaft das Beschwerdebuch des Kundenservices von DKV Seguros zur Einsicht bereit.

Sofern der Kunde nach Ablauf einer Frist von zwei Monaten mit der vorgeschlagenen Lösung nicht einverstanden ist, kann er sich an den Reklamationservice der Generaldirektion der Versicherungen und Pensionskassen, mit Sitz in Paseo de la Castellana 44, 28046 Madrid wenden.

Wird dieser Weg gegen DKV Seguros eingeschlagen, wird damit ein öffentliches Verwaltungsverfahren eingeleitet.

## 2. Grundlagen. Begriffsdefinitionen

Für den vorliegenden Versicherungsvertrag gelten folgende Begriffsdefinitionen (Die alphabetische Reihenfolge richtet sich nach übersetzten deutschen Begriffen).

### A

#### **Akupunktur**

Auf der traditionellen Chinesischen Medizin beruhendes medizinisches Verfahren zur Stimulierung bestimmter Körperpunkte zu therapeutischen Zwecken. In der Regel durch das Einstechen von Nadeln in die Haut.

#### **Alternative und komplementäre Therapieverfahren**

Alle therapeutischen Verfahren und Methoden, die gegenwärtig nicht zur konventionellen Schulmedizin gezählt werden.

#### **Ambulante chirurgische Eingriffe**

Alle chirurgischen Eingriffe, die in einem Operationssaal unter lokaler oder örtlicher Betäubung, Vollnarkose oder unter Verabreichung eines

Beruhigungsmittels durchgeführt werden und bei denen lediglich eine kurze postoperative Beobachtung notwendig ist, weshalb keine stationäre Einweisung erforderlich ist und der Patient kurze Zeit nach dem Eingriff entlassen werden kann.

#### **Angeborene Krankheiten, Miss- oder Fehlbildungen bzw. Defekte**

Dies sind Leiden, die bereits bei der Geburt aufgrund von Erbfaktoren oder Komplikationen während der Schwangerschaft bis zum Zeitpunkt der Geburt bestehen.

Angeborene Leiden können unmittelbar nach dem Geburtsvorgang erkannt werden oder aber auch später zu jedem anderen Lebenszeitpunkt.

#### **Antiangiogenesikum**

Dieses biologische Arzneimittel wirkt auf den Wachstumsfaktor (Entwicklung) des vaskulären Endothels (VEGF), wichtig für die Bildung neuer Blutgefäße (Angiogenese), in dem dieses Wachstum gehemmt wird.



### **Arzt**

Examiniertes Arzt oder Doktor der Medizin mit gesetzlich gültiger Zulassung zur Ausübung medizinischer oder chirurgischer Behandlung von Krankheiten, Gebrechen oder Verletzungen, die die versicherte Person erleidet.

### **Arzthonorare**

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

Zum medizinischen Fachpersonal zählen neben dem Chirurgen, den Assistenzärzten, Anästhesisten, Hebammen alle weiteren zur Durchführung des Eingriffs oder der medizinischen Versorgung benötigten medizinischen Fachkräfte.

### **Ausschlussfrist**

Dies ist der vertraglich festgelegte Zeitraum, der ab dem Zeitpunkt der Krankenentlassung eines jedes Versicherten gezählt wird, zu dem einige der in den Garantien der Police enthaltenen Deckungsleistungen unwirksam sind, und während dem zusätzlich, falls die ersten Symptome einer Krankheit mit Ausschlussfrist erkennbar sind oder diagnostiziert werden, keinerlei Anspruch auf hierzu gehörende Leistungen bestehen und die Deckung ausgeschlossen bleibt. Dieser Zeitraum wird in Monaten ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der

Police gerechnet, für jeden der darin enthaltenen Versicherten.

## **B**

### **Begrenzungsklausel**

Dies ist ein im Versicherungsvertrag festgelegtes Übereinkommen, mit dem der Umfang des Versicherungsschutzes begrenzt wird oder er ausgeschlossen ist, wenn ein bestimmtes Risikoereignis eintritt.

### **Beitrag**

Der für die Versicherung zu zahlende Beitrag. Die Beitragsrechnung enthält außerdem die gesetzlich vorgeschriebenen Abgaben und Steuern.

### **Best Care**

Mit dieser Dienstleistung garantiert DKV Seguros bei bestimmten schwerwiegenden Erkrankungen die Behandlung durch einen anerkannten Spezialisten in Deutschland innerhalb von wenigen Tagen.

### **Biologisches Material**

Natürliche Erzeugnisse (biologisch und tierischen oder menschlichen Ursprungs) und künstliche Ressourcen (vom Menschen hergestellt), die bei der Herstellung von medizinischen Produkten verwendet werden, welche mit biologischen Systemen interagieren und in verschiedenen Fachgebieten der Medizin benutzt werden.

## C

### **Chiromassage oder Chiropraktik**

Manuelle Therapie der Wirbelsäule, des Gewebes, des Skeletts und des Muskelapparates zu therapeutischen Zwecken, durchgeführt von einem auf dieses Verfahren spezialisierten Arzt oder einem Physiotherapeuten in einer dafür geeigneten Einrichtung.

### **Chirurgischer Eingriff**

Zu Heilzwecken oder diagnostischen Zwecken vorgenommener Eingriff an einem lebenden Organismus, durchgeführt von einem Chirurgen oder einem chirurgischen Team – in der Regel im Operationsaal der jeweiligen, gesetzlich zugelassenen medizinischen Einrichtung.

### **Chirurgische Eingriffe mit kurzem stationären Aufenthalt**

Alle chirurgischen Eingriffe, die mit einem Krankenhausaufenthalt von fünf oder weniger als fünf Tagen verbunden sind.

### **Chirurgische Prothese**

Medizinische Produkte, die vorübergehend oder dauerhaft eingepflanzt, ein fehlendes, krankes oder nicht normal funktionierendes Körperorgan ersetzen oder seine körperliche Funktionsfähigkeit ganz oder teilweise unterstützen.

## D

### **DKV Vertragsnetz**

#### **“Red DKV de Servicios Sanitarios”**

Zusammenfassung der medizinischen Fachkräfte und sanitären Einrichtungen (Leistungserbringer), die im “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros auf dem gesamten spanischen Territorium unter Vertrag stehen.

## E

### **Enzyminhibitor**

Biologische Arzneimittel mit Einflussnahme sowohl auf ein intra- als auch extrazelluläres therapeutischen Ziel, die die Erzeugung und Übertragung von Signalen im Zellwachstum hemmen. In dieser Untergruppe sind Inhibitoren unterschiedlicher Niveaus (z.B. Protein-Kinase-Inhibitor, Tyrosinkinaseinhibitoren, Proteasom-Inhibitor usw.) mit eingeschlossen.

## F

### **Fruchtbares Alter**

Im Rahmend der Behandlungen für assistierte Reproduktion, gilt gemäß dieser Police als fruchtbares Alter: Frauen von 18 bis einschließlich 42 Jahre und Männer von 18 bis einschließlich 55 Jahre.

### **Frühgeburt und vorzeitige Entbindung**

Frühgeburt und vorzeitige Entbindung liegt vor, wenn das Ereignis nach der 20. und vor der 37. Schwangerschaftswoche eintritt, sofern die versicherte Person dies nicht selber eingeleitet hat oder sie Kenntnis davon vor dem Einschluss in die Versicherung hatte.

## **G**

### **Gesundheitsfragebogen**

Fragenformular, das Bestandteil des Vertrages bildet und dem Versicherungsnehmer und den zu versichernden Personen von DKV Seguros vor Vertragsabschluss vorgelegt wird. Anhand der Angaben über den Gesundheitszustand der zu versichernden Personen bewertet DKV Seguros vor Vertragsabschluss das zu versichernde Risiko und diejenigen Umstände, die eine Beurteilung möglicherweise beeinflussen können.

### **Genetische Therapien**

Prozess zur Behandlung von Erb-, Krebs-, Infektionskrankheiten sowie weitere infolge durch Modifizierung des Genoms.

Genherapie ist das Einfügen genetischen Materials mittels verschiedener Vektoren in eine Zielzelle zu therapeutischen Zwecken (Protein-Synthese, Kompensation eines Gendefektes, Stimulation der Abwehrkräfte gegen einen Tumor oder Resistenz gegen eine Viruserkrankung).

## **H**

### **Hilfsmittel**

Mittel, künstliche Gliedmaßen und Geräte, die nach ärztlicher Verordnung und Bezug aus Apotheken, von Optikern, aus Sanitätshäusern oder ähnlichen Bezugsquellen zur Heilung von Wunden und Verletzungen oder zur Vorbeugung und Korrektur von Missbildungen des menschlichen Körpers dienen.

### **Homöopathie**

Medizinisches Verfahren zur Heilung einer Krankheit. Anregung der körpereigenen Abwehr- und Selbstregulierungskräfte durch die Verabreichung von kleinsten Dosierungen aus Pflanzenextrakten und Mineralen.

## **I**

### **Implantate**

Eigens entworfenes Produkt, das ganz oder teilweise durch chirurgischen Eingriff oder besondere Behandlungsmethode in den menschlichen Körper im Rahmen diagnostischer, therapeutischer bzw. plastischer Verfahren eingebracht wird.

### **Immuntherapie oder biologische Therapie**

Immuntherapie oder biologische Therapie (auch als Biotherapie bezeichnet) ist ein Therapieverfahren zur Beeinflussung, Stimulation oder

Wiederherstellung der Abwehrkräfte des Immunsystems, zur Bekämpfung von Krebs- und Infektionskrankheiten sowie weiteren Krankheiten. Weiterhin dient es der Verminderung von Nebenwirkungen, die durch einige Krebsbehandlungen ausgelöst werden können. In der Immuntherapie werden folgende Substanzen oder Arzneimittel verwendet: unspezifische Immunmodulatoren, Interferone, Interleukine, Wachstumsfaktoren, Stimulantien, monoklonale Antikörper, Zytokine und Impfungen.

### **Intensitätsmodulierte Strahlentherapie (IMRT)**

Es handelt sich um eine Strahlentherapie, die mit Hilfe des Computers und einer Planungs-Software dreidimensionale Bilder erstellt und erlaubt, die Größe und Gestalt der Geschwulst zu lokalisieren und sichtbar zu machen sowie das Richten des Strahlenbündels von einem Linearbeschleuniger in unterschiedlichen Winkeln, um die Bestrahlung mit unterschiedlicher Intensität darauf zu konzentrieren und die Strahlendosis, die die gesunden angrenzenden Gewebe abbekommen, zu begrenzen. Bekannt auch unter RIM.

### **In-vitro Fertilisation (IVF)**

Die In-vitro Fertilisation (IVF) ist eine assistierten Reproduktionstechnik, bei der in einem Labor die Eier von Spermien befruchtet werden, und anschließend die Embryos in den Uterus der Patientin

implantiert werden. Die In-vitro-Befruchtungstechnik besteht aus fünf Phasen: Stimulation der Ovarien, Einstich in den Eierstock, Befruchtung (einschließlich der Technik für spermatische intracytoplasmatische Mikroiinjektion oder ICSI) Embryonenkultur und Embryotransfer (IVF-ET).

## **K**

### **Kardiologische Rehabilitation**

Alle nach einem akuten Myokardinfarkt notwendigen Maßnahmen zur Wiederherstellung der Körperfunktionen auf ihr optimales Niveau.

### **Karenzzeit**

Dies ist der vertragliche festgelegte Zeitraum, ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Versicherung gerechnet, während dem einige der in den Garantien der Police enthaltenen Deckungsleistungen nicht wirksam sind. Dieser Zeitraum wird in Monaten ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens der Police gerechnet, für jeden der darin enthaltenen Versicherten.

### **Klinische Psychologie**

Medizinische Fachrichtung bzw. medizinisches Fachgebiet der Psychologie, die auf die Behandlung und Rehabilitation von Verhaltensstörungen beim Menschen spezialisiert ist.

### **Klinischer Psychologe**

Auf klinische Psychologie spezialisierter examinierter Psychologe.

### **Kosten-Nutzen-Analyse**

Diese ermöglicht Ihnen, die Kosten für eine oder mehrere Gesundheitsmaßnahmen in finanzieller Hinsicht zu vergleichen sowie die sich daraus ergebenden qualitätskontrollierten Lebensjahre in Relation zur Lebensqualität (QALY), um das gesundheitliche Ergebnis zu messen.

### **Krankenhaus oder Klinik**

Alle öffentlichen oder privaten Einrichtungen, die für die Behandlung von Krankheiten, Verletzungen, Unfällen gesetzlich zugelassen sind, über die notwendigen Mittel zur Diagnose und Durchführung von chirurgischen Eingriffen verfügen und in denen eine ständige medizinische Betreuung gegeben ist.

### **Krankheit oder Verletzung**

Veränderungen des Gesundheitszustandes, die während der Gültigkeitsdauer der Police nicht aufgrund eines Unfalls eintreten. Die Diagnose ist durch einen in seinem Land praktizierenden, approbierten Arzt zu bestätigen.

### **Künstliche Befruchtung**

Diese assistierte Reproduktionstechnik beinhaltet die künstliche Platzierung von Spermien, welche zuvor im

Labor präpariert werden, in der Gebärmutterhöhle zum Zeitpunkt des nächsten Zeit Eisprungs. Sie besteht aus drei Phasen: Stimulation der Ovarien, Spermien-Selektion und -kapazitation (beinhaltet Wiederherstellungstechnik beweglicher Spermien REM) und Befruchtung.

## **L**

### **Lebensbedrohlicher Notfall**

Notfälle, die einer sofortigen medizinischen Versorgung bedürfen, da eine Verzögerung einen unwiderruflichen Schaden im Hinblick auf die körperliche Unversehrtheit des Patienten zur Folge haben könnte.

### **“Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen**

Schriftliches Dokument als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen, das zusammen mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Vertragsbestandteil ist und gemeinsam überreicht wird. Es beschreibt die Deckungen und Begrenzungen des Versicherungsschutzes, den der Versicherungsnehmer abgeschlossen hat.

### **Leitfaden klinischer Praxis N.I.C.E.**

Das nationale Institut für Gesundheit und klinische Exzellenz ist ein

gemeinnütziges öffentliches Organ, das im Jahr 1999 gegründet wurde und dem Gesundheitsministerium des Vereinigten Königreichs untersteht. Es ist zuständig, **dem Personal, das mit dem Sektor Gesundheit verbunden ist, Informationen und Orientierung zu den Themen Prävention und Krankheitsbehandlung zur Verfügung zu stellen.** Darüber hinaus werden **Empfehlungen zur wissenschaftlichen Evidenz von verfügbaren Therapien (Sicherheit und Kosten-Nutzen-Effekt) und bestimmter Technologien im Bereich Gesundheit und von Medikamenten (einschließlich Radiopharmaka und antitumorale oder onkologische)** ausgegeben. Die Leitfäden über klinische Praxis von NICE sind als weltweit renommiert anerkannt und die am weitesten entwickelten. Aus diesem Grunde wurden sie als **Referenzleitfaden zur Bewertung der Effizienzkriterien in der onkologischen Chemotherapie** ausgewählt, weil ihre Empfehlungen auf Artikeln von höchstem Evidenz-Niveau basieren und nicht auf Veröffentlichungen von Expertengruppen oder sonstigen Konventionen.

## M

### Medikamente

Zu therapeutischen Zwecken verabreichter Wirkstoff oder zusammengesetzte Substanzen durch Einnahme oder zur äußeren Anwendung. Ausgeschlossen sind Nahrungsergänzungen, Aufbaupräparate, natürliches Mineralwasser sowie Kosmetik-, Körper-, Hygiene- und Hautpflegeprodukte und Badezusätze.

### Medizinische Hochtechnologie

Bezieht sich auf neue Anwendungen in der Elektronik, Informatik, bei Robotern und in der Biotechnologie im medizinischen Bereich, speziell in den diagnostischen Technologien und der medizinischen Behandlung. Diese Techniken sind durch hohe Investitionskosten gekennzeichnet, bedürfen Fachkräfte und unterliegen der Berichterstattung an die Rating-Agenturen der medizinischen Technologien (AETS), um ihre Sicherheit und Wirksamkeit in verschiedene Richtungen und Größen zu testen, und um die bestehende Technologie zu ersetzen.

### Medizinische Vollversorgung

Hierunter fallen alle medizinischen Fachrichtungen und medizinischen Leistungen in den Modulen "Ambulante medizinische Erstversorgung", "Fachärztliche ärztliche Behandlung" und Ergänzende

diagnostische und therapeutische Verfahren“ sowie “Stationäre medizinische und chirurgische Versorgung”.

### **Medizinische Vorgeschichte**

Der Gesundheitszustand - nicht notwendigerweise krankhafter Natur (z.B. Schwangerschaft oder Entbindung) - der bei der versicherten Person vor Einschluss in die Versicherungspolice bestand.

### **Modalität Einzelversicherung**

Im Sinne der Vertragsschließung wird die Versicherung als Modalität Einzelversicherung bezeichnet, wenn die Police mindestens eine und maximal neun versicherte Personen umfasst, die neben dem bloßen Interesse versichert zu sein, Familienmitglieder des ersten Grades sind (das Familienoberhaupt, sein Ehepartner oder Lebenspartner und ihre nicht selbstständigen Kinder unter 30 Jahren, die in der gleichen häuslichen Gemeinschaft leben).

Ihre Versicherungsdeckung darf in keinem Fall durch obligatorischen Zugang (colectivo cerrado) oder freiwillig (colectivos abiertos o cofinanciados) zu Vertragskonditionen, die DKV Seguros vorab mit einem Kollektivpartner vereinbart hat, zustande gekommen sein.

## **N**

### **Neugeborenenversorgung**

Alle medizinischen und chirurgischen stationären Versorgung eines Neugeborenen während der ersten vier Lebenswochen (28 Tage).

### **Neurorehabilitation**

Spezifische Physiotherapien (auch neurologische Physiotherapie genannt), die von einem Neurologen oder Physiotherapeuten verschrieben und von einem Physiotherapeuten in einem geeigneten Rehabilitationszentrum durchgeführt werden. Diese Therapien haben zum Ziel, so weit wie möglich die normale Bewegungsfreiheit von Patienten wiederherzustellen, die an den Folgen schwerer Hirnschäden leiden.

### **Nichtstationäre medizinische Versorgung**

Medizinische diagnostische bzw. therapeutische Versorgung als ambulante Heilbehandlung in Arztpraxen, beim Patienten zu Hause bzw. in Krankenhäusern oder Kliniken ohne Übernachtung und mit einem Aufenthalt unter 24 Stunden (z. B. Notfallraum, Tagesklinik usw.)

Die große ambulante Chirurgie fällt nicht hierunter.

### **Nicht vertragsgebundene Leistungserbringer**

#### **(Leistungsmodalität**

#### **Kostenerstattungsprinzip)**

Ärzte, medizinische Fachkräfte und Einrichtungen (Leistungserbringer), die nicht im Vertragsnetz “Red DKV de Servicios Sanitarios” Vertragspartner von DKV Seguros sind.

## **O**

### **Orthopädisches Material und Orthesen**

Medizinische Produkte, die äußerlich dauerhaft oder zeitweise dem Patienten individuell angepasst werden und zur Behandlung von Formveränderungen der menschlichen Stütz- und Bewegungsorgane eingesetzt werden und keinen chirurgischen Eingriff erfordern.

### **Osteosynthesematerial**

Platten, Schrauben, Drähte und andere zur Vereinigung von Knochenfragmenten oder Gelenken (nach Brüchen u.ä.) vorgesehene Elemente.

## **P**

### **Phytotherapie (Pflanzenheilkunde)**

Ausschließlich jene diagnostischen Verfahren, die durch einen auf diese Behandlungsform spezialisierten Arzt durchgeführt werden. Phytotherapeutische Medikamente

sind nicht im Versicherungsschutz eingeschlossen.

### **Police**

Versicherungsvertrag. Dokument, das die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die Besonderen Versicherungsbedingungen, die Speziellen Versicherungsbedingungen, die Zusatzvereinbarungen oder Nachträge zur Ergänzung oder Modifikation enthält.

Der Versicherungsantrag und der Gesundheitsfragebogen sind Bestandteil der Police.

### **Psychotherapie**

Behandlungsmethode bei Personen, die an psychischen Konflikten leiden und auf Verordnung oder Indikation eines Psychiaters durchgeführt wird.

## **R**

### **Radikale Chirurgie oder Onkologie**

Chirurgischer Eingriff nach onkologischer Diagnose an der weiblichen Brust oder bei anderen Organen.

### **Regenerative Medizin**

Im Versicherungsschutz eingeschlossen sind thermische Verfahren zur Wiederherstellung von Gewebe-, Zell- oder Molekulartherapie, Implantate und Einsetzen von Stammzellen und Gewebetechnik.



### **Rehabilitation**

Physiotherapien, die von einem Traumatologen, Neurologen, Rheumatologen oder Physiotherapeuten verschrieben und von einem Physiotherapeuten in einem Rehabilitationszentrum durchgeführt werden. Diese Therapien gelten der Wiederherstellung der Bereiche des Stütz- und Bewegungsapparats, die infolge einer innerhalb der Versicherungsgültigkeit erfolgten Krankheit oder Unfalls beeinträchtigt sind.

### **Roboterchirurgie oder durch Computer unterstützte Chirurgie**

Als Roboter-Chirurgie, auch Tele-Operation genannt, wird die Chirurgie bezeichnet, die von einem Roboter auf Anweisungen des Chirurgen mit Hilfe von telerobotischer Laparoskopie bzw. mit Unterstützung eines Informatiksystems von Computerbildern oder mittels eines Navigationssystems in 3D durchgeführt wird.

## **S**

### **Schmerztherapie**

Medizinische Behandlung, die auf die Behandlung von chronischen Schmerzen spezialisiert ist.

### **Selbstbehalt**

Der in der Police ausdrücklich vereinbarte Betrag, der vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person selbst zu tragen ist, bevor die Leistungspflicht von DKV Seguros einsetzt.

### **Spezialisierung**

Eine Service-Leistung oder ein speziell ausgestatteter Bereich des Krankenhauses mit medizinischem und Krankenhauspersonal, das darauf spezialisiert ist, bestimmte Behandlungen durchzuführen.

### **Spiralförmige Strahlentherapie oder Tomotherapie**

Die spiralförmige Strahlentherapie in Echtzeit, auch als Tomotherapie bekannt, enthält im CT einen Linearbeschleuniger, der die Strahlen durch einen Multileaf-Kollimator in 64 rechteckige Einzelfelder aufteilt. Es ist eine erweiterte Form der Strahlentherapie, die vor der Verabreichung ermöglicht, ein dreidimensionales Bild des Tumors (3-D) zu erhalten und die Strahlung auf den Tumor aus vielen verschiedenen Richtungen durch spiralförmiges Drehen des Linearbeschleunigers um den Patienten herum zu fokussieren. Auch bekannt unter spiralförmige Tomotherapie.

### **Stationäre medizinische Versorgung**

Medizinische Versorgung in Krankenhäusern oder Kliniken, bei der zur medizinischen oder chirurgischen Behandlung der versicherten Personen ein Krankenhausaufenthalt von mindestens 24 Stunden notwendig ist.

### **Stationärer Aufenthalt aus sozialen bzw. familiären Gründen**

Es handelt sich um die Einweisung oder die Verlängerung eines Krankenhausaufenthaltes, die nach Urteil eines Arztes von DKV Seguros nicht auf objektive medizinische Krankheitsgeschehen zurückzuführen sind, sondern sozialen oder familiären Hintergrund haben. Diese Fälle sind nicht durch die Police abgedeckt.

### **Stationärer Aufenthalt zur medizinischen oder chirurgischen Behandlung**

Einweisung in ein Krankenhaus oder eine Klinik zur medizinischen Versorgung oder Durchführung von chirurgischen Eingriffen.

Mit im Versicherungsschutz eingeschlossen sind die allgemeinen Krankenhauskosten während des Aufenthalts und die aus der medizinisch-chirurgischen Behandlung resultierenden Aufwendungen für Arzthonorare und etwaige Aufwendungen für Prothesen, falls notwendig.

### **Synthetisches oder natürliches Material**

Auch biologische Prothese genannt, die - mit einer speziellen Technik eingepflanzt - ein Organ ersetzt, regeneriert oder seine Funktionsfähigkeit unterstützt.

Zu regenerativen Zwecken verwandte Zelltransplantate sind hierbei eingeschlossen.

## **U**

### **Überführung des Verstorbenen**

Stirbt die versicherte Person, übernimmt DKV Seguros die Aufwendungen für die Vorbereitung und die Überführung des Leichnams von dem Ort in Spanien, an dem sich die versicherte Person bei Eintritt des Todes befand bis zum dem internationalen Flughafen, der dem Bestattungsort in Deutschland am nächsten liegt.

### **Unanfechtbarkeit der Police**

Der Vertrag sieht vor, dass Vorerkrankungen, die im selben Jahr der Vertragsschließung oder des Einschlusses von weiteren zu versichernden Personen diagnostiziert werden, mit im Versicherungsschutz eingeschlossen sind, vorausgesetzt, dass sie der versicherten Person nicht bekannt waren und die Angaben im Gesundheitsfragebogen wahrheitsgetreu angegeben wurden.

### **Unfall**

Jegliche Art von Körperverletzung, die die versicherte Person während der Vertragsdauer nachweislich unbeabsichtigt durch ein gewaltsames, plötzliches von außen einwirkendes Ereignis erleidet, die vorübergehende oder dauerhafte Invalidität oder Tod verursacht.

### **Unfruchtbarkeit**

Dies ist die nicht eintretende Schwangerschaft bei Paaren nach 12 Monaten Geschlechtsverkehr ohne Verhütungsmittel, oder die Fortpflanzungsunfähigkeit von gleichgeschlechtlichen Paaren.

## **V**

### **Verkehrsunfall**

Jeglicher Unfall, der der versicherten Person als Fußgänger, Benutzer öffentlicher Verkehrsmittel, auf Linien- oder Charterflügen, als Autofahrer oder Insasse, Fahrrad- oder Motorradfahrer auf öffentlichen Verkehrswegen oder der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellten Privatwegen widerfährt.

### **Versicherer**

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

### **Versicherte Person**

Person, die medizinische Leistungen in Anspruch nimmt.

### **Versicherungsantrag**

Das durch DKV Seguros zur Verfügung gestellte Formular zur Beantragung der Versicherung, in dem der Versicherungsnehmer alle die Einschätzung des zu versichernden Wagnisses möglicherweise beeinflussenden Umstände anzugeben hat.

### **Versicherungsantrag oder vorläufiges Informationsdokument**

Enthält zusätzlich zur vorläufigen Informationen und der Datenschutz-Police einen von der DKV Seguros herausgegebenen Fragebogen über den Gesundheitszustand, in welchem der Versicherungsnehmer das Risiko zu beschreiben hat, das er versichern möchte, unter Nennung aller ihm bekannten Umständen, welche die Einschätzung des Risikos beeinflussen können. Die Beantwortung der von DKV Seguros gestellten Fragen hat wahrheitsgemäß zu erfolgen.

### **Versicherungsmathematisches Alter**

Das Alter der versicherten Person berechnet sich aus der Differenz zwischen dem Jahr, in dem der Versicherungsschutz in Kraft tritt oder verlängert wird und dem Geburtsjahr. Ist seit dem letzten Geburtstag weniger als ein halbes Jahr vergangen, gilt das niedrigere Alter.

**Versicherungsmedizinischer Zuschlag**

Zusätzlicher Betrag, der zur Aufnahme eines in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen ausgeschlossenen Wagnisses entrichtet wird.

**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.

**Vertragsgebundene  
Leistungserbringer  
(Leistungsmodalität  
Sachleistungsprinzip)**

Ärzte, medizinische Fachkräfte und Einrichtungen (Leistungserbringer), die im "Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros unter Vertrag stehen. Vertragsgebundene Leistungserbringer.

**Vorerkrankung**

Vorerkrankung ist der medizinische Gesundheitszustand (z.B. Schwangerschaft) oder die organische Beeinträchtigung oder Gesundheitsstörung, der/die vor Vertragsschluss oder vor Einschluss in die Versicherung vorliegt und der/die normalerweise durch Krankheitssymptome wahrgenommen wird, unabhängig davon, ob eine medizinische Diagnose besteht oder nicht.

**Z****Zytostatikum**

Zytotoxisches Medikament in der onkologischen Chemotherapie, welches die Krebsentwicklung verlangsamt, in dem es direkt auf die Integrität der DNA-Kette (Deoxyribonucleic Acid) und die Zellmitose einwirkt und die normale Zellvermehrung hemmt, sowohl die der gesunden als auch der tumoralen Zellen. Zu dieser therapeutischen Untergruppe gehören: Alkylanzien, Antimetabolite, Naturstoffe aus Pflanzen, sowie auch andere Naturprodukte, zytostatische Antibiotika, platinhaltige Verbindungen und die Methylhydrazin.

# 3. Leistungsmodalitäten, Erweiterung und örtlicher Geltungsbereich der Versicherung

## 3.1 Gegenstand der Versicherung

Mit dieser Police garantiert der Versicherer, DKV Seguros den versicherten Personen im Rahmen der Limitierungen dieser Allgemeinen, der Besonderen und der Speziellen Versicherungsbedingungen bzw. aufgrund der Angaben im Gesundheitsfragebogen, dass die medizinisch-chirurgischen und stationären Leistungen in den beschriebenen Fachrichtungen bei Erkrankungen und Verletzungen gewährt werden, die in den Beschreibungen der Deckungen der Police aufgeführt sind, sofern der entsprechende Beitrag entrichtet wurde.

**Wissenschaftliche Fortschritte auf dem Gebiet der Diagnostik und Therapeutik in der medizinischen Wissenschaft, die während der Gültigkeitsdauer dieser Versicherungspolice gemacht werden, werden nur Bestandteil der Deckungen der Police, wenn:**

**1. Die Validierungsstudien über deren Sicherheit und Wirtschaftlichkeit durch einen positiven Bericht der Agenturen für die Beurteilung von Gesundheitstechnologien, welche von den regionalen Gesundheitsdiensten oder dem Ministerium für Gesundheit abhängen, und im Fall von Anti-Tumor- oder Krebsbehandlungs-Arzneimitteln vom klinischen Leitfaden des Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE) ratifiziert sind.**

**2. Sie ausdrücklich in Abschnitt 4 “Versicherungsumfang” innerhalb der in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführten Behandlungsmethoden eingeschlossen sind.**

Bei jeder Vertragserneuerung dieser Versicherungspolice führt DKV Seguros den Einschluss neuer Verfahren oder Behandlungsmethoden in den Versicherungsschutz für den kommenden Versicherungszeitraum detailliert auf.

### 3.2 Leistungsmodalität der Versicherung

Bei “DKV Residentes” handelt es sich um ein gemischtes System, bei dem die versicherte Person zwischen zwei Möglichkeiten frei wählen kann:

- > Alle in der Police beschriebenen Versicherungsleistungen können über das “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros in ganz Spanien in Anspruch genommen werden. Vor der Behandlung ist dem Leistungserbringer zur Identifikation die Versichertenkarte DKV MEDICARD® vorzulegen und falls notwendig, eine entsprechende Kostenübernahmegarantie (Leistungsmodalität Sachleistungsprinzip).
- > Freie Wahl von Ärzten oder medizinischen Einrichtungen, die nicht über das “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros vertragsgebunden sind.
- > Hier gilt das Erstattungsprinzip. DKV Seguros erstattet den versicherten Personen den Betrag der von ihnen vorgelegten Rechnungen mit dem Prozentsatz und unter Berücksichtigung der Begrenzungen, die in der “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt sind. (Leistungsmodalität Kostenerstattungsprinzip).

**DKV Seguros erstattet den versicherten Personen Rechnungen von vertragsgebundenen Leistungserbringern des “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros in keinem Fall zurück, mit Ausnahme der Rechnungen von zahnmedizinischen Leistungserbringern.**

Dieses Recht auf freie Arzt- und Klinikwahl befreit DKV Seguros von der direkten, solidarischen oder subsidiären Haftung für nicht vertragsgebundene Leistungserbringer, über die sie aufgrund des Berufsgeheimnisses, der Datenschutzbestimmungen und des Verbotes von unerlaubter Berufsausübung von Dritten im medizinischen Bereich keinerlei Kontrolle hat. Medizin ist eine Aktivität der Mittel, und nicht der Ergebnisse. Aus diesem Grund kann die DKV nicht garantieren, dass ärztliche Handlungen, die von der Police abgedeckt sind, immer zu einem positiven Ergebnis führen.

Die Modalität der Leistungserbringung entspricht dem Artikel 105 Absatz 1 des spanischen Versicherungsvertragsrechts - Bezahlung von Aufwendungen für medizinische Leistungen - ohne direkt die medizinische Leistungserbringung, die durch medizinische Leistungserbringer oder qualifizierte Zentren erbracht werden, zur Verfügung zu stellen. Im Fall von fehlerhafter medizinischer oder klinischer Praxis verpflichtet sich die versicherte

Person, Aktionen exklusiv gegen die Leistungserbringer oder medizinischen Zentren und ihre entsprechenden Haftpflichtversicherer einzuleiten und darauf zu verzichten, gegen DKV Seguros vorzugehen.

### **3.3 Geltungsbereich des Versicherungsschutzes**

In der Leistungsmodalität Sachleistungsprinzip kann die versicherte Person medizinische und chirurgische Leistungen (ambulant und stationär) in ganz Spanien in Anspruch nehmen.

Bei der Deckungsmodalität, die Zentren und Kliniken außerhalb des Vertragsnetzes von DKV Seguros im Versicherungsschutz einschließen, können stationäre und ambulante medizinische und chirurgische Leistungen von Fachkräften und Zentren innerhalb Spaniens erbracht werden. Wenn Sie die Modalität "Basisschutz + Überführung + Best Care" ausgewählt haben, auch in Deutschland und für eine Dauer von maximal 100 Tagen pro Jahr, sofern sich die Adresse des gewöhnlichen Aufenthalts des Versicherten für mindestens sechs Monate (183 Tage) im Jahr in Spanien befindet.

### **3.4 Zugang zu den Versicherungsleistungen**

**Spezielle Regelung zur Inanspruchnahme der vertragsgebundenen Leistungserbringer.**

**Versorgung innerhalb des Vertragsnetzes "Red DKV de Servicios Sanitarios":**

**a)** DKV Seguros händigt dem Versicherungsnehmer die nicht übertragbare Versichertenkarte DKV MEDICARD® zur persönlichen Nutzung als Identifikationsmedium gegenüber den Leistungserbringern für alle mitversicherten Personen aus. Weiterhin erhält der Versicherungsnehmer die Information über das Ärzte- und Klinikverzeichnis des "Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros, in dem alle im Versicherungsschutz eingeschlossenen Leistungen, Ärzte, Diagnostik-Zentren, Kliniken, Notfallaufnahmen und andere medizinische Zentren unter Angabe der jeweiligen Adresse und Öffnungszeiten oder Sprechstunden aufgeführt sind.

**b)** Innerhalb des Vertragsnetzes "Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros hat die versicherte Person entweder freien Zugang zu den im Versicherungsschutz eingeschlossenen Leistungen, oder sie muss vor Inanspruchnahme bestimmter Leistungen einen

Kostenübernahmeantrag an DKV Seguros stellen.

Im Allgemeinen handelt es sich bei Leistungen ohne vorherige Kostenübernahmegarantie (Autorisation) um die ambulante ärztliche Behandlung, um Besuche bei Fachärzten und Fachchirurgen, um Notfallbehandlungen und um einfache diagnostische Verfahren.

Für Einweisungen zu stationären Behandlungen, für medizinisch-chirurgische Eingriffe, für Prothesen und chirurgische Implantate, für psychotherapeutische Sitzungen, für Check-up, für Transporte im Krankenwagen, für aufwendige therapeutische Behandlungen und diagnostische Spezialverfahren, die im Ärzte- und Klinikverzeichnis “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros aufgeführt sind, ist eine Autorisation notwendig.

**c)** Im Rahmen dieser Versicherung gilt ein Schadensfall als gemeldet, wenn die versicherte Person eine medizinische Leistung oder eine Autorisation für die Inanspruchnahme eines vertragsgebundenen Leistungserbringers des Ärzte- und Kliniknetzwerkes von DKV Seguros beantragt.

**d) Rechnungen von vertragsgebundenen Leistungserbringern des “Red**

**DKV de Servicios Sanitarios” erstattet DKV Seguros den versicherten Personen in keinem Fall zurück, (mit Ausnahme der Rechnungen von zahnmedizinischen Leistungserbringern). Ebenso werden Aufwendungen für Leistungen in keinem Fall von DKV Seguros übernommen, wenn nicht vorher die entsprechend notwendige Autorisation ausgestellt wurde.**

**e) In vertragsgebundenen Einrichtungen des “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros muss die Versichertenkarte DKV MEDICARD® zur Identifikation vorgelegt werden.**

Möglicherweise sind Sie auch verpflichtet, Ihren Personalausweis bzw. ein anderes offizielles Identifikationsdokument (Reisepass o.ä.) vorzulegen, wenn dies vom medizinischen Personal oder Assistenzpersonal benötigt wird.

DKV Seguros stellt Autorisationen für den Zugang zu medizinischen Leistungen erst auf schriftliche Verordnung eines Arztes und nach einer angemessenen verwaltungstechnischen Prüfung aus, um sicherzugehen, dass es sich um eine Leistung handelt, die im Versicherungsschutz eingeschlossen ist.



Um diese Autorisation zu erteilen, die Schadensbearbeitung durchzuführen, über zusätzliche Service-Leistungen zu informieren bzw. Vorsorgeprogramme zu erstellen und Gesundheitsförderung zu betreiben, ist DKV Seguros berechtigt, weitere medizinisch-ärztliche Informationen bezüglich der vorliegenden Verordnung entweder direkt beim Arzt oder medizinischen Zentrum einzuholen oder die versicherte Person zur Vorlage von zusätzlichen Arztberichten aufzufordern, aus denen evtl. Vorerkrankungen, Diagnosen und die medizinische Notwendigkeit einer Behandlung hervorgehen.

Unbeschadet der vorherigen Absätze müssen bei Notfällen die jeweiligen Umstände entweder durch die versicherte Person selbst oder durch eine andere Person in ihrem Namen glaubhaft innerhalb von 72 Stunden nach Einlieferung in das Krankenhaus oder nach der Notfallbehandlung bei DKV Seguros gemeldet und die Autorisation eingeholt werden.

Bei einem lebensbedrohlichen Notfall übernimmt DKV Seguros die Aufwendungen bis zu dem Zeitpunkt, an dem der behandelnde Arzt Einwände erhebt, wenn dieser feststellt, dass die ärztliche Leistung oder die stationäre Behandlung nicht mehr durch die Police abgedeckt sind.

**f)** Genehmigungen erhalten Sie telefonisch bei unserem Callcenter unter 976 506 000, auf unserer Webseite [www.dkvseguros.com](http://www.dkvseguros.com) oder in den Filialen von DKV Seguros.

### **Spezielle Regelung zur Inanspruchnahme der nicht vertragsgebundenen Leistungserbringer (Kostenerstattung).**

### **Versorgung außerhalb des DKV Vertragsnetzes “Red DKV de Servicios Sanitarios”:**

**a)** Im Rahmen dieser Versicherung gilt ein Schadensfall als gemeldet, wenn die versicherte Person die Erstattung beantragt.

**b)** Der Versicherungsnehmer muss die Erstattung von Krankheitskosten innerhalb von 15 Tagen bei DKV Seguros beantragen. Um eine vertragsgemäße Erstattung für Rechnungen von nicht vertragsgebundenen Leistungserbringern des “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros vornehmen zu können, müssen zusätzlich zu den bezahlten Rechnungen, aus denen alle medizinischen Konzepte und Behandlungen detailliert hervorgehen, sowohl die ärztliche Verordnung als auch der entsprechende Arztbericht mit Diagnose eingereicht werden.

Zur einfachen Handhabung stellt DKV Seguros ihren Versicherten ein vorgefertigtes Formular zur Verfügung, aus denen alle Einzelheiten zur richtigen Beantragung hervorgehen.

Die versicherten Personen und ihre Familienangehörigen sind dazu verpflichtet, DKV Seguros die geforderten Arztberichte und Atteste zur Verfügung zu stellen.

Bei Nichterfüllung dieser Obliegenheit kann die Erstattung der Aufwendungen abgelehnt werden.

**c) Die Erstattung von Aufwendungen erfolgt folgendermaßen:**

- > Nach Einreichen des Erstattungsformulars mit Originalarztberichten und Originalrechnungen über die erfolgte Behandlung erstattet DKV Seguros die angefallenen Aufwendungen entsprechend dem Prozentsatz und den Begrenzungen in den Allgemeinen bzw. Besonderen Versicherungsbedingungen in Verbindung mit der anhängenden "Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen".
- > "DKV Residentes" erstattet 100 % des Gesamtrechnungsbetrages für Aufwendungen innerhalb Spaniens (und auch in Deutschland während eines Zeitraums von max. 100

Tagen im Jahr bei Abschluss der Deckungsmodalität "Komplettschutz + Überführung + Best Care") — außer für zahnmedizinische Leistungen von nicht vertragsgebundenen Leistungserbringern, wo sich die Erstattung aus der "Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen" als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen ergibt.

- > Weiterhin gelten gemäß den Bestimmungen der Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen vom Versicherten zu leistende Selbstbehalte oder Höchstgrenzen für bestimmte Fachgebiete bzw. Service-Leistungen (vergleichen Sie Abschnitt 4 "Versicherungsumfang").
- > Der Erstattungsbetrag wird auf das vom Versicherten benannte Konto überwiesen. Diese Überweisungsart ist rechtskräftig und befreit DKV Seguros von weiteren Pflichten.
- > Die Erstattung von Rechnungen, die in anderen Währungen / Devisen vom Versicherten bezahlt werden, erfolgt in Spanien in EUR zu dem Tageskurs, an dem die Rechnung bezahlt wurde.
- > Ist dieser Tag nicht feststellbar, erfolgt die Umrechnung zum entsprechenden Kurs am Tag

des Rechnungsdatums oder des Behandlungstages.

- > Die Aufwendungen für Übersetzung von Berichten, Rechnungen oder Arzthonoraren trägt DKV Seguros, vorausgesetzt, dass es sich um Englisch, Deutsch, Französisch oder Portugiesisch handelt.
- > Aufwendungen für Übersetzungen aus allen anderen Sprachen gehen zu Lasten der versicherten Personen.

**d)** DKV Seguros wird keinesfalls die Aufwendungen für Rechnungen übernehmen noch dem Versicherten erstatten, die von Kliniken, Zentren oder anderen öffentlichen Einrichtungen des nationalen spanischen Gesundheitssystems bzw. Einrichtungen stammen, die abhängig sind von den autonomen Regionen für erbrachte medizinische und chirurgische Versorgung und Krankenhausaufenthalt, **außer in lebensbedrohlichen Notfällen, die in diesem Dokument genau definiert sind**, und nur wenn eine ausdrückliche Autorisation von DKV Seguros vorliegt.

### **3.5 Regressforderungsklausel und 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 Unfalls gegenüber Dritten, die zivil- oder strafrechtlich verantwortlich sein können, zusteht.

Die versicherte Person ist dazu verpflichtet, alle notwendigen Unterlagen für die Regressforderung zugunsten von DKV Seguros zu unterschreiben.

## 4. Versicherungsumfang

Alle nachfolgend aufgeführten Fachgebiete, medizinischen Behandlungen und sonstige Leistungen fallen unter den Versicherungsschutz dieser Police:

### 4.1 Ambulante ärztliche Behandlung

**Allgemeinmedizin:** ambulante Heilbehandlung in einer Praxis oder zu Hause und die Verordnung von einfachen diagnostischen Verfahren.

#### **Kinderheilkunde und**

**Kinderkrankenpflege:** ambulante Heilbehandlung von Kindern bis zu 14 Jahren in einer Praxis oder zu Hause und die Verordnung von einfachen diagnostischen Verfahren.

Eingeschlossen sind klinische Basisanalysen des Blutes (ausgeschlossen sind hormonelle und immunologische sowie genetische und molekular-biologische Tests), die Urinproben hierzu und die einfache Röntgenuntersuchung (ohne Kontrastmittel).

**Krankenpflege (Injektionen und Wundversorgung):** Versorgung durch Medizinisch Technische Assistenten (MTA) oder staatlich anerkannte Krankenschwestern oder -pfleger in einer Praxis oder zu Hause, nach vorheriger schriftlicher Verordnung eines die versicherte Person behandelnden Arztes.

#### **Transport im Krankenwagen:**

in Notfällen umfasst diese Versicherungsleistung alle Transporte auf dem Landweg von dem Ort, an dem sich die versicherte Person befindet bis zum nächstgelegenen Krankenhaus des "Red DKV de Servicios Sanitarios", wo die Behandlung durchgeführt werden kann und umgekehrt, immer dann, wenn besondere körperliche Umstände es der erkrankten Person nicht ermöglichen, herkömmliche Transportmittel (wie öffentliche Verkehrsmittel, Taxi oder Privatwagen) zu benutzen.

Ebenso im Versicherungsschutz eingeschlossen sind Transporte im Inkubator und die Transporte im Rettungshubschrauber zum Krankenhaus.

Voraussetzung in allen Fällen ist die schriftliche Verordnung eines Arztes, aus der die medizinische Notwendigkeit für den jeweiligen Transport hervorgeht.

#### **4.2 Notfallbehandlungen**

##### **Häusliche medizinische Versorgung:**

In begründeten Fällen und nur in den Ortschaften, wo DKV Seguros diesen Service vertraglich vereinbart hat, wird der medizinische Service zuhause durch spezielle Leistungserbringer durchgeführt. Dies schließt die Allgemeinmedizin, die Kinderheilkunde, die Krankenpflege und - wenn notwendig - auch den Transport im Krankenwagen ein.

In dringenden Notfällen muss sich die versicherte Person an den ständigen Notfallservice, den DKV Seguros eingerichtet hat, wenden.

##### **Ambulante Notfallbehandlung:**

ambulante Notfallversorgung in einer medizinischen Einrichtung, die über einen 24-Stunden Notfalldienst verfügt.

##### **Notfallbehandlung im Krankenhaus:**

ambulante Notfallversorgung in einem Krankenhaus oder einer Klinik.

#### **4.3 Medizinische Versorgung durch Fachärzte und Fachchirurgen**

##### **Allergologie und Immunologie.**

Inklusive der Aufwendungen für Impfungen und Impfmittel bei allergenen Prozessen.

Die Aufwendungen werden im Rahmen des Höchstsatzes für Medikamente erstattet.

##### **Angiologie und Gefäßchirurgie**

##### **Verdauungsapparat.**

einschließlich Colonographie durch Computertomographie oder virtuelle Koloskopie (3D), exklusiv über das Vertragsnetz "Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros (Eigenmittel).

##### **Kardiologie und Kreislaufsystem.**

Inklusive der kardiologischen Rehabilitation nach akutem Myokardinfarkt.

##### **Kardiovaskularchirurgie**

##### **Allgemeine Chirurgie und Chirurgie des Verdauungsapparates.**

Eingeschlossen sind die chirurgischen Maßnahmen zur Beseitigung des krankhaften Übergewichts, wenn der Body-Mass-Index (BMI) gleich oder höher als 40 ist (krankhaftes Übergewicht).

## Mund- und Kieferchirurgie

### Kinderchirurgie

**Plastische und wiederherstellende Chirurgie.** Umfasst chirurgische Eingriffe zur Behandlung von Verletzungen, insbesondere durch Plastiken oder Transplantate.

**Eingriffe zu ästhetischen Zwecken sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen, sofern es sich nicht um folgende Fälle handelt:**

**1. Onkoplastische Wiederherstellung der weiblichen Brust nach einer radikalen Brustamputation und - falls notwendig - während des gleichen chirurgischen Eingriffs - die Neugestaltung der sich auf der Gegenseite befindlichen gesunden Brust zur Wiederherstellung der Symmetrie beider Brüste (dies muss spätestens ein Jahr nach dem onkologischen Eingriff erfolgen). Eingeschlossen sind auch die Brustprothese, Hautexpander und die Brustabdeckungsnetze.**

**2. Brustverkleinerung bei Frauen über 18 Jahren mit Gigantomastie (mehr als 1.500 Gramm oder ml Volumen in jeder Brust), die zudem einen Abstand von der Brustwarze zur oberen Sternum-Kerbe von mehr als 32 cm aufweisen, einen Körpermassenindex von kleiner oder gleich 30 aufweisen und eine Mindest-Entnahme von 1.000 gr pro Brust erfordern.**

**Thoraxchirurgie:** Inklusive der Sympathektomie bei Hyperhidrosis (gesteigerte Schweißabsonderung)

**Periphere Gefäßchirurgie:** Inklusive der endoluminalen Lasertherapie im Operationssaal zur Behandlung von Krampfadern, **außer in den in Abschnitt 5.f (Ausgeschlossene Deckungsleistungen)** dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen detailliert aufgeführten Fällen.

### Medizinisch-chirurgische

**Dermatologie:** sie umfasst die ambulante UVB-Fototherapie mit Schmalband (NB-UVB) bei den Gesundheitsstörungen, die in Abschnitt 4.5 (**“Therapeutische Verfahren”**) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen dargestellt sind.

### Endokrinologie und Ernährung.

### Geriatric (Altersheilkunde).

**Gynäkologie.** Umfasst die Diagnose und die Behandlung von Frauenkrankheiten. Im Versicherungsschutz eingeschlossen sind die jährliche Vorsorgeuntersuchung, die Familienplanung, die Verwendung und der Einsatz des chirurgischen Lasers (CO<sub>2</sub>, Erbium und Diode) und die Diagnose von Unfruchtbarkeit und Sterilität.

**Hämatologie und Hämotherapie.**

**Hebammen / Entbindungspfleger.**

MTA oder Krankenpflegepersonal, das auf die Geburtsvorbereitung und Geburtshilfe spezialisiert ist.

**Innere Medizin.**

**Nuklearmedizin.**

**Nephrologie.** (Behandlung von Nierenkrankheiten).

**Neonatologie.** (Behandlung von Früh- und Neugeborenen).

**Pneumologie – Atmungsapparat:** schließt die häusliche Therapie des ersten obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms (SAHOS) ein (vergleichen Sie Abschnitt 4.5 “Therapeutische Methoden” dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen).

**Neurochirurgie.**

**Neurologie.**

**Obstetrik.** Umfasst die Kontrolle während der Schwangerschaft und die Geburtshilfe.

Eingeschlossen sind der “Triple-Test” oder EBA-Screening (kombinierter Test aus dem ersten Quartal) sowie die Amniozentese oder Chorionbiopsie zur Bestimmung des Kayotyps, damit Fehlbildungen des

Fötus festgestellt werden können. Dieser Versicherungsschutz gilt bis zur Höchstgrenze pro Versichertem und Kalenderjahr, die in der den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängten Deckungstabelle aufgeführt sind, sofern der Versicherte auf nicht vertragsgebundene Leistungserbringer zurückgreift, die nicht zum Vertragsnetz “Red DKV de Servicios Sanitarios” gehören. In dieser Deckungsgrenze wird die Summe aller vorgenannten Tests (Triple-test, EBA-Screening, Amniozentese und Chorionbiopsie) berücksichtigt.

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 gedeckt und wenn der kombinierte Test des ersten Quartals positiv ist (mit der Gefahr einer Anomalie beim Fötus von 1/250), bis zur Höchstgrenze pro Versichertem und Jahr, die in der den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängten Deckungs- und Einschränkungstabelle festgelegt ist.

Außerdem umfasst der Versicherungsschutz die nicht-invasive Untersuchung der fetalen Lungenreife während der letzten drei Schwangerschaftsmonate als Ersatz für die Amniozentese.

Die Untersuchung hat zum Ziel, Atemwegsprobleme bei Neugeborenen festzustellen und vorzubeugen, sofern das Risiko auf eine Frühgeburt oder Kaiserschnitt vor der 37. Schwangerschaftswoche besteht.

**Zahnmedizin.** Inklusive aller zahnmedizinischen Leistungen, sofern sie nicht zu ästhetischen Zwecken durchgeführt werden (vergleichen Sie Abschnitt 4.8 “Exklusive Versicherungsleistungen”).

**Augenheilkunde.** Eingeschlossen ist die Crosslinking Technik oder die Hornhautvernetzung, die Hornhauttransplantationen sowie die Nutzung der Laser-Chirurgie, ausgenommen jedoch zur Korrektur von Fehlsichtigkeit (Kurz- oder Weitsichtigkeit und Hornhautverkrümmung) und der Alterssichtigkeit. **Diese gehen zu Lasten der versicherten Person** (vergleichen Sie Abschnitt “Zusätzliche Service-Leistungen”).

**Onkologie.** Eingeschlossen ist im Frühstadium von Brustkrebs das molekular-diagnostische Testverfahren, das in der interoperativen Sentinell-Lymphknoten-Diopsie besteht, um Metastasen und Lymphknoten frühzeitig nach der OSNA-Methode ohne Lymphdrüsenentfernung zu erkennen.

**Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde:** Eingeschlossen ist die Mandelentfernung und die Chirurgie der Nasenhöhlen und der Nasenmuschel mit Hilfe von Radiofrequenztherapie und der Laserbehandlung im Operationssaal, **außer bei chirurgischer Behandlung des Schnarchens, des obstruktiven Schlafapnoesyndroms mittels Gaumensegelooperation (Uvulo-Palato-Pharyngo-Plastik).**

**Proktologie.** Inklusive Laser-Chirurgie bei rektalem und hämorrhoidalem Krankheitsgeschehen.

**Psychiatrie.** Hauptsächlich Behandlungen auf Grundlage der Neurobiologie.

**Rehabilitation.** Behandlungen in einem geeigneten Rehabilitationszentrum, die unter der Anleitung eines auf Rehabilitation spezialisierten Arztes von Physiotherapeuten durchgeführt werden, um die Funktionalität der Teile des Bewegungsapparates, die durch Krankheit oder Unfall verletzt wurden, wiederherzustellen.

**Neurorehabilitation bei schweren Hirnschäden:** spezifische Physiotherapie, die nur als ambulante Behandlung eingeschlossen ist, bis zu einer Höchstgrenze von 60 Sitzungen während der Versicherungslaufzeit und/oder



des Lebens des Versicherten, und exklusiv zur Behandlung der klinischen Indikationen, die nachfolgend aufgeführt sind: Schlaganfall, Anoxie oder Hypoxie, Meningitis, Enzephalitis, Kopfverletzungen bei Unfällen, die vom Versicherungsschutz abgedeckt sind, Hirntumorchirurgie oder Radiochirurgie zur Beseitigung des Tumors.

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 Region registriert ist.

### **Rheumatologie**

#### **Traumatologie / Unfallchirurgie.**

Inklusive der Arthroskopie, perkutane Nukleotomie und Chemonukleolyse.

**Urologie.** Inclusive der Behandlung mit chirurgischem Holmium-Laser bei der endourologischen lithiasischen, stenotischen, oder tumoralen Pathologie, und mit grünem Dioden-, Holmium-, oder Thulium-Laser (KTP und HPS) für die chirurgische Behandlung der gutartigen Prostatahyperplasie in nationalen Referenzzentren, die Wiederherstellung des Beckenbodens wegen Harnflusses, die Vasektomie (Sterilisation des

Mannes) sowie die Untersuchung auf Zeugungsfähigkeit.

### **4.4 Diagnostische Verfahren**

Sie muss von einem Arzt unter Angabe der Gründe für die Exploration verschrieben werden. Dies umfasst Kontrastmittel für die diagnostischen Tests, die in diesen Abschnitt erläutert sind.

#### **Laboruntersuchungen. Anatomische Pathologie und Zytopathologie.**

**Radiologische Diagnose.** umfasst komplexe diagnostische Radiologie-Techniken (mit Kontrast), Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MRT) sowie Knochendensitometrie.

**Endoskopien.** Untersuchungen des Verdauungsapparates; zur Diagnostizierung oder therapeutischen Behandlung.

**Endoskopiekapsel.** Beinhaltet Diagnose der Gastrointestinale- oder Darmblutung unbekannter oder verborgener Herkunft.

**Fiberbronchoskopie.** Diagnostizierung oder therapeutische Behandlung.

#### **Kardiologische Diagnostik.**

Elektrokardiogramm, Belastungstest, Echokardiogramm, Holter-Monitoring (Langzeit-EKG), Doppler-Sonografie und Hämodynamik.

Schließt außerdem die Herz-Tomografie (TC64) und die Herzspektroskopie (Myocard-SPECT) nach einem akuten Herzinfarkt und postoperativer Herzpathologie ein.

### **Neurophysiologie.**

Elektroenzephalogramm, Elektromyogramm usw.

**Schlafdiagnostik.** Polysomnografie bei pathologischen Erscheinungsbildern auf Verordnung eines Facharztes.

### **Interventionelle Radiologie, bzw. invasive, vaskuläre und viszerale Radiologie.**

**Tomografie (OCT).** Augenärztliche Diagnostik nach wissenschaftlich anerkannten klinischen Erkenntnissen.

### **Diagnostische Hochtechnologie:**

Über das "Red DKV de Servicios Sanitarios" werden folgende Leistungen in nationalen Referenzzentren zur Verfügung gestellt.

**a)** Umfasst ein die Computertomografie (Angio-CT) und die Magnet-Resonanz-Angiografie (Mehrschicht MRA) zur **Diagnose von arteriellen und venösen Gefäßerkrankungen im Bauch und Gehirn, die Weiterbehandlung und Überwachung der Gefäßprothesen, die Auswertung der arteriellen Dilatation oder Aneurysmen, die Gefäßmissbildungen und**

### **Aortenisthmusstenosen, unabhängig wo sie sich befinden.**

**b)** Kernspin Arteriografie (ArthroRM) **Magnetresonanarthografie,** bei Pathologien im Knorpel- und Sehnenbereich (Osteochondrose und Tendinitis) mit schwieriger Diagnose, die Cholangiografie durch Magnetresonanz (CRM) und die Cholangiom Pankreatikografie durch Magnetresonanz (CPRM) **zum Ausschluss von Gallenblasensteinen bei akuter Cholezystitis und von onkologischen Erkrankungen der Gallenwege und der Bauchspeicheldrüse.**

**c)** Urographie über Mehrschicht-Computertomographie (CT-Urographie) der Harnwege (Sammelsystem, Ureter und Blase) zur Untersuchung von **angeborenen Anomalien, nach radikaler Operation der Harnwege, und wenn eine intravenöse Urographie (IVU) oder Ureterorenoskopie kontraindiziert ist.**

**d)** Eingeschlossen ist die Positronenemissionstomografie (PET), , bei Krebsprozessen und anderen klinischen Indikationen, die im Datenblatt des radioaktiven Arzneimittels 18Fluorodeoxyglucose (18F-FDG) enthalten sind. Dieses Arzneimittel wird gewöhnlich zu deren Ausführung genutzt, sofern sie von der spanischen Arzneimittelbehörde (AEMPS) genehmigt sind.

**e)** Eingeschlossen ist die Positronenemissionstomografie (PET), , bei Krebsprozessen und anderen klinischen Indikationen, die im Datenblatt des radioaktiven Arzneimittels 18Fluorodeoxyglucose (18F-FDG) enthalten sind. Dieses Arzneimittel wird gewöhnlich zu deren Ausführung genutzt, sofern sie von der spanischen Arzneimittelbehörde (AEMPS) genehmigt sind.

**f)** Genetische und molekularbiologische Tests: sind im Rahmen einer ärztlichen Verschreibung abgedeckt, **sofern sie Einfluss auf die Behandlung einer laufenden Krankheit haben, oder zur Erstellung einer Differentialdiagnose erforderlich sind, welche gemäß der von den Agenturen festgelegten Kriterien zur Bewertung (AETS) nicht durch andere Mittel bestätigt werden kann.**

**g)** Der endobronchiale Ultraschall (EBUS) bzw. endobronchiale Ultraschall-Diagnostetests zur Diagnose von Krebs-Pathologien neben dem Bronchialbaum (in der Lunge und Mediastinum - Mittelfellraum), die durch andere Untersuchungsmethoden nicht erkennbar sind, und – falls notwendig –die Durchführung von Biopsien.

**h)** Die sektorale oder strahlenförmige Endoskopie (EUS) des Verdauungstrakts zur Bewertung submuköser Läsionen, zur Lokalisierung von neuroendokrinen

**Tumoren und zur Identifizierung des Fortschritts bei Magen-Darm- und Bauchspeicheldrüsen-Krebs und zur Feststellung von Rezidiven außerhalb der Wand des Magen-Darm-Kanals.**

**i) Tomosynthese (3D-Mammographie)** zur Kontrolle und Überwachung der fibrozystischen Pathologie und Früherkennung von Brustkrebs bei Frauen mit hoher Brustdichte, um unnötige Biopsien zu vermeiden.

**j) Colonographie durch Computertomographie oder virtuelle Kolonoskopie (3D). Ausschließlich bei Leistungen, die vom Vertragsnetz “Red DKV de Servicios Sanitarios” (Eigenmittel) zur Erkennung von Darmkrebs und entzündlichen Darmerkrankungen bei Personen mit erhöhtem Risikofaktor gemäß anerkannter klinischer Verfahren erbracht werden.**

#### **4.5 Therapeutische Verfahren**

**Aerosoltherapie, Sauerstofftherapie und Ventilationstherapie, bei Lungen- und Atemwegsbeschwerden nur im Rahmen einer stationären oder häuslichen Behandlung.**

Die Aufwendungen für Medikamente sind bei ambulanter medizinischer Behandlung im Versicherungsschutz eingeschlossen bis zu dem generellen jährlichen Höchstsatz für Medikamente.

### **Analgetika und Schmerzbehandlung.**

Im Versicherungsschutz eingeschlossen sind auch auf Techniken der Schmerzbehandlung spezialisierte Einrichtungen **sowie die dazu notwendigen Medikamente bis zum jährlichen Gesamthöchstbetrag.** (vergleichen Sie Abschnitt 4.8 “Exklusive Versicherungsleistungen”).

**Schmalband UVB-Fototherapie:** in vertragsgebundenen renommierten nationalen Zentren des “Red DKV de Servicios Sanitarios” für die Behandlung von **ausgedehnter Schuppenflechte** (wenn mehr als 20 % der Körperoberfläche betroffen sind) und **idiopathische chronische entzündliche Dermatose mit Juckreiz** der Haut (Rumpf und Gliedmaßen), **wenn die pharmakologische Behandlung erfolglos war. Es gibt eine jährliche Höchstzahl von Sitzungen je versicherte Person (Anzahl der durchgeführten Sitzungen sowohl innerhalb als auch außerhalb des medizinischen Netzes), die in der “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen dieser Police dargestellt ist.**

### **Häusliche Therapie von**

**Schlafstörungen (SAHOS):** Beatmung der oberen Luftwege mit Hilfe der Beatmungsgeräte (CPAP/BiPAP) **bis zu einer Höchstgrenze der gedeckten Behandlungen je versicherte Person**

**und je Kalenderjahr** (Anzahl der durchgeführten Behandlungen sowohl innerhalb des medizinischen Netzes als auch außerhalb), wie in der “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen dieser Police dargestellt sind, **wenn der Index für die Anzahl der Anfälle mehr als 30 beträgt.** Eingeschlossen ist die Polysomnografie zur Bestimmung der entsprechenden Dosis, damit das Gerät korrekt angepasst und der optimale Behandlungserfolg erreicht wird.

**Strahlentherapie.** Umfasst lineare Elektronenbeschleuniger, Kobalt-Therapie, intrakranielle stereotaktische Neurochirurgie, intensitätsmodulierte Strahlentherapie (IMRT) und **radioaktive Isotope, deren diagnostischer oder therapeutischer Nutzen durch die EMA (European Medicines Agency) und dem klinischen Leitfaden NICE unterstützt wird.**

Ebenfalls abgedeckt ist die über dreidimensionale Bilder geführte Strahlentherapie in Echtzeit (IGRT) sowie helikoidale-TomoTherapy (THel) **bei pädiatrischen Tumoren, lokalisierten Prostata-Tumoren, Lunge, Wirbelsäule, Kopf und Hals.**

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

**1. Fraktionierte interkraniale stereotaktische Strahlentherapie (RTEF).**

**2. Volumen-intensitätsmodulierte Arc-Therapie (VMAT) bei Brust- und Bauchtumoren.**

**3. Fraktionierte stereotaktische extrakranielle oder Körper-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 nicht-kleinen Zellen in lokalisiertem Stadium, Karzinome und Metastasen der Leber, der Lunge, der Wirbelsäule, der Nebennieren sowie inoperable primäre Bauchspeicheldrüsen-Tumore).**

**Brachytherapie.** Zur Behandlung von Prostata-, Brust-, Gebärmutter- oder Genitalkrebs.

**Dialyse und Blutdialyse.** Sowohl ambulante als auch stationäre medizinische Behandlung bei Niereninsuffizienz.

**Medizinische Fußpflege.** Behandlung der Füße.

**Transplantationen.** Hornhaut-, Herz-, Leber-, Knochenmarks- oder Nierentransplantation.

Im Versicherungsschutz eingeschlossen sind alle Aufwendungen, die im Rahmen der jeweiligen Verpflanzung des Organs entstehen, inklusive der Histokompatibilitätstestung.

**Aufwendungen für Organentnahme, -transport oder -konservierung sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen, mit Ausnahme der Hornhauttransplantation.**

**Implantate:** Im Versicherungsschutz enthalten sind Haut- und Knochentransplantate sowie allogene Transplantate der Knochen, Sehnen und Bänder aus Knochen- und Gewebebanken.

**Blut- oder Blutplasmatransfusionen,** im Rahmen einer stationären Behandlung.

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

**Physiotherapie.** Physiotherapeutische Behandlungen müssen von ausgebildeten Fachkräften in dafür geeigneten Rehabilitationszentren, die den Anforderungen des Artikels 4.3 in Bezug auf Rehabilitationszentren

**und neurologischen Rehabilitationszentren entsprechen. Zudem ist zur Durchführung von Physiotherapien zur Wiederherstellung der Funktionen des Stütz- und Bewegungsapparats die vorherige Verordnung eines Physiotherapeuten, Traumatologen, Rheumatologen oder Neurologen notwendig. Die klinischen Indikationen, die in Artikel 4.3 aufgeführt sind, erfordern die Verordnung eines Neurologen. "Neurorehabilitation für erworbene schwere Hirnschäden").**

**Lasertherapie und heilmagnetische Behandlung,** angewendet zur Rehabilitation.

**Zertrümmerung von Nieren- und Harnsteinen (Lithotripsie) mit der extrakorporalen Stoßwellenlithotripsie**

**Muskel-Skelett-Lithotripsie:** bis zur Höchstgrenze von Sitzungen pro Versichertem und Kalenderjahr, die in der den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängten Deckungs- und Deckungseinschränkungstabelle (Gesamtheit der mit Eigenmitteln und Fremdmitteln durchgeführten Behandlungen) festgelegt ist. Eingeschlossen sind Pseudarthrose (verzögerte Frakturheilung), Osteonekrose (Knocheninfarkt) und chronische Sehnenentzündung (mehr

als 3 Monate Dauer) des Schulter-, des Ellenbogengelenks, der Kniescheibe, der Ferse und Sohle, wenn eine medizinische Therapie und/oder Rehabilitation erfolglos war.

**Therapeutische Hochtechnologie:**

Über das "Red DKV de Servicios Sanitarios" werden folgende Leistungen in nationalen Referenzzentren zur Verfügung gestellt.

**a) Durch Navigations-Systeme oder 3D Abbildungssysteme (3 D) oder elektroanatomisches Sichtbarmachen ohne Durchleuchten mittels Röntgenstrahlen (Fluoroskopie) durchgeführte Ablösung durch Radiofrequenztherapie bei folgenden Krankheitsbildern:**

- > Die kreisförmige Isolierung der Lungenvenen bei Patienten mit sehr **symptomatischen paroxysmalen Vorhofflimmern** (mit drei oder mehr Vorkommnissen jährlich) und bei versicherten Personen unter 70 Jahren.
- > **Das symptomatische anhaltende Vorhofflimmern (seit mehr als einem Jahr) bei antiarrhythmischen Arzneimitteln (2 oder mehr antiarrhythmische Arzneimittel** einschließlich von Amiodaron) bei Patienten ohne Komorbidität (z. B. Bluthochdruck, Schlafstörungen...) und wenn der linke Herzvorhof weniger als 5 Zentimeter beträgt.

> **Die Vorhofrhythmusstörungen oder ventrikulären Arrhythmien bei Patienten mit angeborenem Herzfehler.**

> **Die komplexen Vorhofrhythmusstörungen ohne strukturelle Herzfehler, wenn mindestens zwei vorher durchgeführte Ablösungsversuche mittels der konventionellen Radiofrequenztherapie nicht erfolgreich 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 Neuronavigation (3D) computerunterstützte Chirurgie, bei Schädelbasischirurgie und Spinaltumoren.** Bildgebungssystem, das den Chirurgen in Echtzeit während eines komplexen neurologischen Eingriffs oder eines Eingriffs mit hohem Risiko leitet.

**d) Computergestützte Laparoskopie mit dem Roboter Da Vinci:** bei radikaler organbegrenzter Prostatektomie nach anerkannten Protokollen.

**e) System zum intraoperativen Neurophysiologischen Monitoring (MNIO) des Nervensystems bei intrakranialer Chirurgie und der Fusion oder Arthrodesen von drei oder mehr Stufen der Wirbelsäule.** Überwachungssystem zur Verbesserung der chirurgischen Sicherheit der Patienten und als Arbeitserleichterung für die Neurochirurgen. Zur Deckung ist eine ärztliche Verschreibung erforderlich.

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

**g) Chirurgische Entfernung mittels Endoskopie der Schleimhaut oder Mukosektomie zur lokalen Behandlung von prä-malignen oder malignen oberflächlichen Läsionen im Verdauungstrakt (begrenzt auf die schleimige Magenschicht und 2 cm groß oder kleiner), zur Durchführung von umfassenden diagnostischen Biopsien und zur Begrenzung des Tumorwachstums.**

**Logopädie.** Umfasst im Rahmen einer Verschreibung eines HNO-Arztes die Stimmtherapie zur Wiederherstellung bei Veränderungen der Stimmbänder aufgrund organisch bedingter Ursachen (infektiöse, traumatische und onkologische Pathologie).

**Logopädie Rehabilitation.**

Abgedeckt ist die **Aussprache- und Sprachtherapie bei Sprachbehinderungen** (Artikulation, Redegewandtheit, orale Dysphagie) sowie die Erlernung der Sprache bei Kindern (rezeptiv und expressiv), **mit einer jährlichen Höchstanzahl von 10 Sitzungen / Versicherten und für Rehabilitation bei Sprachveränderung oder -verlust bei Erwachsenen nach einer akuten Hirnblutung (Schlaganfall) bis zu 20 Sitzungen / Person, pro Jahr.**

EAußerdem existiert eine Erstattungsgrenze pro logopädischer Therapiesitzung, wenn der Versicherte auf Ärzte und Zentren außerhalb des Vertragsnetzes "Red DKV de Servicios Sanitarios" zugreift und eine Sitzungsobergrenze pro Versichertem und Kalenderjahr (Summe der durch Eigen- und Fremdmittel finanzierten Sitzungen) für die vorgenannten Therapien. Beide Höchstgrenzen sind zudem in der den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängten Deckungs- und Deckungseinschränkungstabelle aufgeführt.

**Onkologische Chemotherapie:**

Dem Patienten wird das notwendige zytostatische antitumorale Medikament zur Verfügung gestellt, falls notwendig auch der implantierbare Katheter zur intravenösen Infusion, die sowohl ambulant im Krankenhaus als auch während eines Krankenhausaufenthaltes gelegt wird, jedoch nur dann, wenn es vom Facharzt, der für die Behandlung zuständig ist, verordnet wurde.

Im Hinblick auf Medikamente übernimmt DKV Seguros die Aufwendungen für **alle spezifischen Zytostatika**, die auf dem spanischen Markt vertrieben werden und jeweils vom spanischen Gesundheitsministerium genehmigt worden sind, sofern sie im Abschnitt 2 "Grundlagen. Begriffsdefinitionen" unter dem Punkt "Zytostatikum" beschrieben sind. Es sind eingeschlossen die Medikamente der **intravesikalen Instillation** und die **pallativen Arzneimittel** ohne Antitumorwirkung, die in der gleichen Behandlungssitzung neben den Zytostatika verabreicht werden, um nachteilige oder sekundäre Begleiterscheinungen zu vermeiden bzw. die Symptome der Erkrankung kontrollieren zu können.



#### **4.6 Stationäre medizinische Versorgung**

Stationäre medizinische Versorgungen werden in Kliniken oder Krankenhäusern nach vorheriger schriftlicher ärztlicher Verordnung, und im Falle von vertragsgebundenen Leistungserbringern des “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros nach Ausstellung der entsprechenden Autorisation durchgeführt.

Die stationäre medizinische Versorgung umfasst die Aufwendungen, die während der Behandlung im Krankenhaus entstehen, sowie die damit verbundenen Honorare von Ärzten oder Chirurgen.

#### **Darüber hinaus sind folgende Leistungen ausdrücklich in diesem Modul eingeschlossen:**

- > Onkologische Behandlungen: Radiumtherapie, Brachytherapie und Chemotherapie
- > Therapie mit thrombozytenreichem Plasma oder thrombozytenreichen Wachstumsfaktoren: bei Eingriffen zum Gelenkersatz und in der chirurgischen Behandlung von Frakturen, die nicht heilen (Pseudarthrose).

- > OSNA-Methode oder -Technik: dies ist die interoperative Sentinell-Lymphknoten-Biopsie im Frühstadium von Brustkrebs ohne Entfernung der Lymphknoten.
- > Lithotripsie (Zertrümmerung von Nieren- und Blasensteinen) und Muskel-Skelett Lithotripsie
- > Dialyse und Blutdialyse
- > Chirurgische Eingriffe der durch die spanische Ärztekammer OMC (Organización Médica Colegial) festgelegten Gruppen II bis VIII, ausschließlich in klinischen Einrichtungen.
- > Ambulante Operationen
- > Interventionelle Radiologie, bzw. invasive, vaskuläre und viszerale Radiologie
- > Techniken der Familienplanung: Eileiterunterbindung und Vasektomie und der Verschluss der Gebärmutterhöhle mittels der Hysteroskopie (Gebärmutter Spiegelung)
- > Stereotaktische intrakranielle Radioneurochirurgie
- > Arthroskopie

- > Chirurgie der Nasenhöhlen, der Nasenmuschel und die Mandelentfernung mit Hilfe von Radiofrequenztherapie.
- > Im Operationsaal durchgeführte Laser-Therapie in der Gynäkologie, der Augenheilkunde, der Proktologie, der peripheren Gefäßchirurgie und der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
- > Endourologischer Holmium-Laser und der grüne Dioden-, Holmium-, oder Thulium-Laser (KTP und HPS) für die Behandlung der gutartigen Prostatahyperplasie.
- > Perkutane Nukleotomie und Chemonukleolyse
- > Therapeutische Hightech-Technologie: gerichtete Prostatabiopsie durch multiparamagnetische Resonanz, radikale Prostatektomie mit dem da Vinci-Roboter, Carto-System Radiofrequenzablation, Therapie für Hornhautvernetzung, über Neuronavigation assistierte intrakraniellen Chirurgie und bei Wirbelsäulentumor sowie intraoperatives Neuromonitoring bei intrakranieller Chirurgie und der Fusion oder Arthrodesen der Wirbelsäule über drei Stufen oder mehr.
- > Chirurgische Prothesen

- > Krankenhaustagegeldzahlung bei stationärem Aufenthalt

Im Versicherungsschutz eingeschlossen ist die Benutzung eines Standardeinzelzimmers mit Sanitärzelle und Bett für eine Begleitperson (außer bei psychiatrischen Behandlungen, bei Behandlungen auf der Intensivstation oder bei Frühgeborenen, die in einem Inkubator versorgt werden). Ebenso abgedeckt sind die Aufwendungen für die Verpflegung des Patienten, die allgemeinen Krankenhauskosten für die Pflege, die Aufwendungen für die Benutzung der Spezialstation, zusätzliche diagnostische Verfahren, Anwendungen, Verbandmittel, die Aufwendungen für Benutzung des Operationsaals sowie der Entbindungsstation und Anästhesiemittel und Medikamente und Implantate aus biologischen Materialien und / oder Biomaterialien mit therapeutischem Zweck, wie in Artikel 4.7 "Chirurgische Prothesen" der Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Ausdrücklich ausgeschlossen sind biologische Medikamente oder medizinische Biomaterialien, die nicht im genannten Artikel 4.7 erwähnt sind, und die Therapien des Artikels 5. r "Einschränkungen der Leistungspflicht".

**Ausdrücklich ausgeschlossen sind biologische Medikamente oder medizinische Biomaterialien, die nicht im Abschnitt 4.7 erwähnt sind und die Therapien des Abschnitts 5.r “Ausgeschlossene Deckungsleistungen”.**

In diesem Bereich werden, je nach Krankenhausaufenthaltsdauer zur Rückerstattung von Fremdmitteln und unter Einhaltung des täglichen Obergrenze bei Krankenseinweisungen, berücksichtigt:

**a) Stationäre Kurzaufenthalte im Krankenhaus:** Krankenhausaufenthalte oder Krankenseinweisungen aus irgendeinem Grund, die höchstens fünf Tage dauern

**b) Stationäre Langzeitaufenthalte im Krankenhaus** Krankenhausaufenthalte oder Krankenseinweisungen aus irgendeinem Grund, die sechs Tage oder länger dauern (mit Ausnahme der Intensivstation).

**c) Krankenseinweisung in Intensivstation:** Krankenhausaufenthalte oder Krankenseinweisungen aus irgendeinem Grund in medizinischen Einrichtungen, die auf intensivmedizinische Behandlungen spezialisiert sind.

> Die stationäre Behandlung wird nach folgenden Kriterien differenziert:

### **1. Stationäre Behandlung**

(ohne chirurgischen Eingriff)  
Eingeschlossen sind die verschiedenen medizinischen Fachgebiete zur Diagnostizierung bzw. Behandlung von Krankheitsbildern bei versicherten Personen über 14 Jahren, für die ein stationärer Aufenthalt als notwendig erachtet wird.

### **2. Stationäre Behandlung zur chirurgischen Intervention.**

Eingeschlossen sind die verschiedenen chirurgischen Fachgebiete zur Behandlung von Krankheitsbildern, die chirurgische Eingriffe erfordern, präoperative oder präanästhetische Untersuchungen (Beratung, Analyse und Elektrokardiogramm), die anschließenden postoperativen Behandlungen (bis zu zwei Monate nach dem Eingriff) und ambulante Operationen und - soweit erforderlich - die Prothesen.

Bei dieser Art der Krankenseinweisung werden als Chirurgie mit Kurzaufenthalt jene Einweisungen verstanden, die einen gewissen Zeitraum nicht überschreiten (siehe Abschnitt 2. Grundlagen. Definitionen).

**3. Stationäre Einlieferung zur Geburtshilfe.** Inklusive des Gynäkologen bzw. Hebamme bei der stationären Einweisung während der Schwangerschaft bzw. bei der Entbindung; und des Kinderbettchens bzw. des Inkubators für das Neugeborene während der stationären Behandlung bis zu 28 Tagen.

**4. Stationäre Behandlung von Kindern (unter 14 Jahren).** Schließt die medizinische Versorgung durch den Kinderarzt ein, sowohl bei konventioneller Behandlung als auch bei Behandlungen im Inkubator.

**5. Stationäre Psychiatrie.** Eingeschlossen ist die psychotherapeutische Behandlung durch einen ärztlichen Psychiater. **Im Versicherungsschutz sind lediglich akute Fälle eingeschlossen. Der Aufenthalt ist auf einen maximalen Zeitraum von Tagen pro Kalenderjahr begrenzt,** der in der den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängten Deckungs- und Deckungseinschränkungstabelle festgelegt ist. Diese Höchstgrenze gilt sowohl für Aufenthaltstage, die über das Vertragsnetz "Red DKV de Servicios Sanitarios" finanziert wurden, als auch für mit Fremdmitteln finanzierte Aufenthaltstage.

**6. Stationäre Behandlung auf der Intensivstation.** Inklusive der Behandlung durch einen Intensivstationsarzt.

**7. Stationäre Aufnahme zur Dialysebehandlung und künstliche Niere.** Schließt die Behandlung bei akuter Niereninsuffizienz durch einen Nephrologen oder Internisten ein.

#### 4.7 Zusätzliche Versicherungsleistungen

**Präventivmedizin.** Inklusive der nachfolgend aufgeführten allgemein anerkannten Vorsorgeprogramme:

##### 1. Gesundheitsprogramm für Kinder

Dies schließt ein:

- > Gymnastische Übungen und psychoprophylaktische Vorbereitung auf die Geburt mit praktischem und theoretischem Unterricht für Säuglingsbetreuung sowie präventive Beckenboden-Rehabilitation nach der Geburt in den an das "DKV-Netzwerk für Gesundheitspflege" angeschlossenen Behandlungszentren, mit einer Höchstgrenze von drei Sitzungen pro Geburt.
- > Gesundheitsuntersuchungen des Neugeborenen: inklusive Untersuchung auf Stoffwechselerkrankungen (Phenylketonurie und angeborene Hypothyreose), Hör- und Sehtest, Gehöruntersuchung bei Neugeborenen (Screening) sowie Ultraschall des Neugeborenen.

- > Impfungen: die in Spanien für Kinder obligatorisch vorgesehenen Programme.
- > Regelmäßige Untersuchungen zur körperlichen und geistigen Kontrolle der Entwicklung des Kindes während der ersten vier Lebensjahre.

## **2. Programm zur Früherkennung von Diabetes.**

Einschließlich:

- > **Ab 45 Jahren, umfasst eine Nüchtern-Glukose (NG) im Plasma alle vier Jahre.**
- > **Bei Personen mit hohem Diabetesrisiko: bei Vorgeschichte von Diabetes in der nahen Verwandtschaft, metabolischem Syndrom oder gestörter Nüchternglukose (IFG 110 -125 mg/dl) wird die Untersuchung jährlich durchgeführt. Im Fall einer gestörten Nüchternglukose ist es nötig, eine Untersuchung zum glykierten Hämoglobin (HbA1c) oder zur oralen Glukosetoleranz durchzuführen.**
- > **Bei Diagnosen von Prädiabetes, aufgrund einer gestörten Nüchternglukose zwischen 110-125 mg/dl und glykiertem Hämoglobin unter 6,5% werden beide einmal jährlich untersucht.**

- > **Bei Diagnosen von Diabetes aufgrund von gestörter Nüchternglukose von über 125 mg/dl und glykiertem Hämoglobin von 6,5% oder mehr führt DKV Seguros eine klinische Überwachung der Krankheit durch.**

## **3. Programm zur Früherkennung von Glaukomen.**

Einschließlich:

- > **Ab dem Alter von 40 Jahren umfasst es eine Messung des Augeninnendrucks (AID) alle 3 Jahre.**
- > **Bei Personen mit familiärer Glaukomvorgeschichte wird jährlich eine Messung des intraokularen Drucks durchgeführt.**

Sollte ein erhöhter Augeninnendruck festgestellt werden, ist es erforderlich, eine Ophthalmoskopie und Perimetrie und, falls nötig, eine optische Kohärenztomographie nach anerkannten klinischen Verfahren durchzuführen.

## **4. Programm zur Früherkennung von gynäkologischen Krebserkrankungen bei Frauen.**

Dies schließt ein:

- > Regelmäßige gynäkologische Untersuchungen zur Früherkennung von Brust- oder

Gebärmutterhalskrebs.

- > Jährliche gynäkologische Vorsorgeuntersuchung, bestehend aus der Kontrolluntersuchung, der Kolposkopie, der Zytologie, dem gynäkologischem Ultraschall und der Mammografie, nach allgemein anerkannten medizinischen Erkenntnissen.
- > HPV-TEST (ADN-HPV), um die Infektion durch den humanen Papillomvirus bei Frauen mit zervikovaginalen Zytologie (nach Klassifikation Bethesda) und nach Konisation zu erkennen und zu identifizieren und frühzeitig zervikale Schädigungen, bei denen erhöhtes Risiko zur onkologischen Veränderung besteht, zu behandeln.

## 5. Präventionsprogramm für Herz- und Gefäßerkrankungen.

Einschließlich:

- > **Jährliche medizinische oder kardiologische Basisvorsorgeuntersuchung**, bestehend aus einer Kontrolluntersuchung, Blut- und Urinanalyse, Thoraxradiografie und einem Elektrokardiogramm.
- > **Alle drei Jahre vollständige kardiologische Untersuchung in ausgewählten Vertragszentren**, medizinische Vorgeschichte

(Anamnese), körperliche Herzuntersuchung, spezifische und vorbeugende Analysen, Atheromatose (Blutbild, Elektrolyte, Cholesterin, Triglyceride, Homocystin, Glucose, Harnstoff, Harnsäure, Kalzium, Thrombozyten und Plaque), Ruhe- und Belastungs-EKG und EEG.

## 6. Programm zur Hautkrebsprävention.

Einschließlich:

- > Beratung und Bewertung von Veränderungen in Größe, Farbe und Form von dysplastischen oder atypischen Nävi.
- > **Bildhafte Epilumineszenz-Mikroskopie oder Dermatoskopie zur frühzeitigen Diagnostizierung des Melanoms:**
  1. **Bei Risikopatienten:** mit mehreren atypischen Melanomen (>100 Nävi), oder bei Patienten, bei deren Vorfahren oder Familienangehörigen (1. oder 2. Grad) das dysplastische Nävussyndrom mit Melanomen diagnostiziert wurde und bei Trägern von assoziierten genetischen Mutationen.
  2. **Bei dermatologischem Check-ups alle drei Jahre:** zur Steuerung und Überwachung von angeborenen Verletzungen, bei pigmentierten Risiken oder Hautrisiken.

### **7. Programm zur Prävention von kolorektalen Tumoren für Versicherte der Risikogruppe mit entsprechender Vorgeschichte.**

Dies schließt ein:

- > Ärztliche Beratung und körperliche Untersuchung
- > Spezifische Test um verdecktes Blut im Stuhl zu entdecken
- > Kolposkopie, falls notwendig

### **8. Programm zur Prävention von Prostatakrebs für Männer über 45 Jahre.**

Dies schließt ein:

- > Ärztliche Beratung und körperliche Untersuchung
- > Blut- und Urinanalyse, mit Bestimmung des prostata-spezifischen Antigens
- > Transrektaler Ultraschall bzw. Prostata-Biopsie, falls notwendig

### **9. Programm zur zahnmedizinischen Prophylaxe.** Von der Kindheit an zur Vorbeugung von Karies, Parodontose und Fehlstellung der Zähne oder Aufbissproblemen.

Dies schließt ein:

- > Zahnärztliche Beratung und Erstellung des Zahnstatus
- > Beratung zur Änderung von Ernährungsgewohnheiten
- > Angemessene Reinigung der Zähne und der Mundhöhle
- > Lokale Fluorbehandlung
- > Zahnversiegelungen und -füllungen (Plomben)
- > Professionelle Mund- und Zahnreinigung, falls notwendig

### **10. Vorbeugungsprogramm mittels Screening des abdominalen Aortenaneurysmas (AAA) durch Bauchröntgen.**

Eingeschlossen:

- > Beratung bei ambulanter medizinischer Erstversorgung und abdominale Ultraschallaufnahme zur frühzeitigen Diagnostizierung des Aneurysmas bei symptomfreien Personen mit Risikofaktoren: Männer, die älter sind als 65 Jahre (zwischen 65 und 75 Jahren) und bei Risikogruppen, wie Raucherinnen und Personen über 50 Jahre mit Verwandten ersten Grades, die an Aneurysmen litten.

**Klinische Psychologie.** Schließt bei ambulanter Behandlung individuelle klinisch-therapeutische Sitzungen durch einen Psychologen ein, vorausgesetzt dies wurde zuvor von einem medizinischen Psychiater oder Kinderarzt verschrieben und dient der Behandlung der nachfolgend aufgeführten Krankheitsbilder, die einen psychologisch-therapeutischen Eingriff erfordern.

- > Psychische Krankheiten: Depression, Schizophrenie und psychische Störungen
- > Verhaltensstörungen: Neurosen, wie Angstzustände, Persönlichkeitsstörung und Zwangszustände
- > Ernährungsstörungen: Magersucht und Bulimie
- > Bei Mobbing in der Schule, geschlechtsbezogener und häuslicher Gewalt.
- > Schlafstörungen: Bettnässen, Schlaflosigkeit, Schlafwandeln und nächtliche Angstzustände
- > Anpassungsstörungen: Berufliche und posttraumatische Stresssituationen, Trauer, Scheidung, Jugend,/Pubertät, Depressionen nach dem Urlaub usw.

- > Lernstörungen: Hyperaktivität und Schulabbruch

Wenn die versicherte Person Leistungserbringer außerhalb des Ärzte- und Kliniknetzes "Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros nutzt, besteht pro psychotherapeutischer Sitzung eine Erstattungsgrenze, und es gibt eine Höchstanzahl an erstattungsfähigen Sitzungen pro versicherte Person und Jahr (Summe der Sitzungen innerhalb und außerhalb des Ärzte- und Kliniknetzes von DKV Seguros), die in der "Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen" als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt ist.

**Familienplanung.** Dies schließt die nachfolgend aufgeführten Leistungen ein:

- > Einsatz des 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.**
- > Eileiterunterbindung
- > Vasektomie (Sterilisation des Mannes)



### **Chirurgische Prothesen.**

Im Versicherungsschutz eingeschlossen sind die Verordnung und das Einsetzen von Gelenkprothesen (Schulter-, Hüft-, Knie-, Knöchel- und Fußgelenk), Gefäß- und Herzprothesen (Herzklappen, Bypass, Stent, Systeme von Septal Occludern, temporärer oder permanenter Herzschrittmacher und automatischer Desfibrillator) Gelenkendoprothesen (innere Barrieren, Metallplatten zur Fixierung und Schrauben) und intersomatische Abstandshalter oder Zwischenwirbelkägig in der Chirurgie des Zusammenfügens 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 trotz konservativer Behandlung. Darüber hinaus deckt der Versicherungsschutz Implantate und biologischen Materialien und/oder Biomaterialien zu therapeutischen Zwecken, wie nachfolgend aufgeführt:

- > Dichtungsmittel, Leime oder biologische Klebstoffe: in der Onkologischen Chirurgie

- > Antiadhäsives Sperrschicht-Gel: in der Chirurgie der Wirbelsäule und um weitere Eingriffe durch andere Fachärzte zu vermeiden
- > Ersatz der Knochentransplantate: Zemente und demineralisierte Knochenmatrix zur Neubildung in der Chirurgie der Wirbelsäule und Gelenkknorpel (Hüfte, Knie und Fuß)
- > Bioplastik. Biomatrix oder reabsorbierendes Netz als Ersatz der Dura Mater in der Hirnchirurgie oder spinalen Tumorchirurgie und Chirurgie des Herzbeutels
- > Künstliche Verankerungen: aus Biomaterialien von hoher Resistenz (PPLA und PEEK) für die Fixierung der Kreuzbänder (Schulter, Knie, Hüfte, Ellbogen und Knöchel) in der orthoskopischen Chirurgie und bei der Minimalinvasion.

Außerdem eingeschlossen sind Osteosynthesematerial, chirurgische Stütznetze, um Defekte bei Verletzungen der Bauchdecke zu reparieren, chirurgische suburethrale Netze, die in der Chirurgie der Harninkontinenz und der Beckenbodensenkung verwendet werden, die Harnventile, die äußeren Festhalter (Fixateur externe), die intraokularen oder neutralen monofokalen Linsen (ohne weitere Sehkorrektur) beim grauen Star, die Hodenprothese bei Orchidektomie

nach onkologischen Behandlungen oder Unfall, die Hautexpander, die Brustprothese, und das Beschichtungsnetz der Brust, sofern es sich um die Wiederherstellung nach einer radikalen Operation handelt.

Es existiert keine jährliche Deckungsgrenze in Bezug auf Prothesen und Implantate-Material, welche über das **“DKV-Netzwerk für Gesundheitsdienste” bezogen werden** (Sachleistungsprinzip), sofern Sie die erforderliche vorherige Genehmigung der DKV Seguros haben, **mit Ausnahme der zuvor in diesem Abschnitt beschriebenen Gefäß- und Herzprothesen, deren Deckungshöchstgrenze pro Versicherten und Jahr in der Tabelle für Deckungen und Höchstgrenzen für chirurgische Prothesen festgelegt ist, welche an die Besonderen Versicherungsbedingungen angehängt ist.**

**Wenn im Rahmen der Behandlungs-Modalität mit fremden Mitteln das** zuvor beschriebene prothetische und Implantat-Material in Behandlungszentren, die nicht an das **“DKV-Netzwerk für Gesundheitspflege” angeschlossen sind, bzw. ohne die erforderliche Genehmigung der DKV Seguros vor der Operation erworben wird,** werden die Kosten der bezahlten Rechnung bis zu dem Prozentsatz und Höchstbetrag erstattet, der in der Tabelle für

Deckungen und Höchstgrenzen festgelegt ist, welche an die Besonderen Versicherungsbedingungen dieser Police angehängt sind.

**Für die Berechnung der jährlichen Deckungsgrenze für Prothesen pro versichertem werden sowohl Ausgaben innerhalb der Vertragsnetzes “Red DKV de Servicios Sanitarios”(gegebenenfalls auch Herz- und Gefäßprothesen, die vom Vertragsnetz von DKV Seguros geleistet werden) als auch Ausgaben, die außerhalb des Vertragsnetzes von DKV Seguros (Deckungsmodalität Fremdmittel) entstehen, berücksichtigt.**

**Krankenhaustagegeld.** DKV Seguros zahlt ab dem dritten Tag der stationären Behandlung einen täglichen Höchstbetrag bis zu einer Höchstgrenze pro Versichertem und Kalenderjahr, so wie es in der den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängten Deckungs- und Deckungseinschränkungstabelle festgelegt ist. Dabei müssen folgende Anforderungen erfüllt werden:

- > Die stationäre Behandlung ist im Versicherungsschutz der Police eingeschlossen undes gibt keinen zahlungspflichtigen Dritten.
- > Die entstandenen Krankenhauskosten wurden DKV Seguros nicht in Rechnung gestellt.

**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 gemäß den Höchstgrenzen und Ausschlüssen für unterstützende Leistungen, die in den verschiedenen Abschnitten der Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt sind (Abschnitte 2, 3, 4, 5 und 6) und sich jeweils darauf anwenden lassen. **Zudem ein Ausschlusszeitraum festgelegt sowie eine Gesamt-Höchstgrenze pro Versicherten während der Laufzeit der Police, bzw. der Lebensdauer des Versicherten, welche in der Tabelle für Deckungen und Höchstgrenzen definiert ist**, die den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängt ist (berechnet die Gesamtsumme aus eigenen und fremden Mitteln).

#### **4.8 Exklusive Versicherungsleistungen**

**Medikamente.** Aufwendungen für pharmazeutische Produkte, die im Arzneimittelregister (Vademécum Internacional) aufgeführt sind, werden zu 100 % bis zu einem in der "Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen" als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen je versicherte Person und Jahr festgelegten Höchstsatz erstattet, vorausgesetzt, dass sie durch einen

Arzt verschrieben, in einer Apotheke erworben und zu therapeutischen Zwecken eingenommen werden.

Impfstoffe, Mittel gegen allergische Prozesse und homöopathische Mittel sind ebenfalls im Versicherungsschutz eingeschlossen.

**Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind öffentlich beworbene oder Produkte von geringem therapeutischen Nutzen, wie** zum Beispiel Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, Mineralwässer, kosmetische Produkte, Hygieneartikel und Artikel zur Körperpflege.

**Hilfsmittel.** Nach vorheriger ärztlicher Verordnung sind Hilfsmittel wie Verbandmittel, Brillengläser erstattungsfähig. Brillenfassungen sind bis zu einem Höchstbetrag, der sich aus der "Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen" als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen ergibt, im Versicherungsschutz eingeschlossen. (bei Personen ab 15 Jahren frühestens zwei Jahre nach Bezahlung der letzten Fassung).

**Orthopädisches Material.** Erstattungsfähig sind Einlagen zur Korrektur der Füße, Gehhilfen, Hörgeräte, Kompressionsstrümpfe, Kontaktlinsen, Korrekturschienen, Kunstglieder, Sitzschalen, orthopädische Apparaturen zur

Stützung des Oberkörpers sowie der Hände und Beine. Ebenso im Versicherungsschutz eingeschlossen sind maßgefertigte orthopädische Schuhe, wobei eine Selbstbeteiligung in Abhängigkeit des Alters der versicherten Person zu entrichten ist, die sich aus der “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen ergibt.

**Besondere Hilfsmittel:**

Rollstühle, Sauerstoffgeräte, Inhalationsapparate, Geräte zur Behandlung des obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms (CPAP oder BiPAP), Überwachungsmonitore für Neugeborene und Säuglinge, Infusionsgeräte, elektrische Lesehilfen, Krückstock, Blindenstock, Blindenführhund (einschließlich Orientierungs- und Mobilitätstraining).

Zum Erwerb dieser Hilfsmittel ist eine vorherige Autorisation durch DKV Seguros erforderlich. DKV Seguros kann den versicherten Personen diese Hilfsmittel unmittelbar zur vorübergehenden Benutzung bereitstellen.

Ebenso werden den versicherten Personen Aufwendungen für die Reparatur dieser Hilfsmittel erstattet, außer es handelt sich um Sohlen oder Absätze von maßgefertigten orthopädischen Schuhe.

Die max. Erstattungshöhe je versicherte Person und Jahr für “Besondere Hilfsmittel” ist in der “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt. Es werden auf diesen Höchstbetrag sowohl die Aufwendungen, die bei Inanspruchnahme der medizinischen Leistungserbringer des “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros als auch die Kosten, die bei freier Wahl des Leistungserbringers angefallen sind, angerechnet.

**Zahnmedizin:** Im Versicherungsschutz von “DKV Residentes” eingeschlossen sind alle zahnmedizinischen Leistungen wie Wurzelkanalbehandlungen, Parodontose, Kieferorthopädie, Füllungen, Zahnprothesen, Wurzelspitzenresektion (Apikotomie), Implantate sowie alle diagnostischen Mittel, die zur Durchführung dieser Behandlungen notwendig sind.

**Behandlungen aus ästhetischen Gründen sind ausgeschlossen.**

Die versicherte Person kann nicht-vertragsgebundene Zahnärzte und zahnmedizinische Einrichtungen des “Red DKV de Servicios Bucodentales” von DKV Seguros innerhalb Spaniens (und auch in Deutschland während eines Zeitraums von max. 100 Tagen im Jahr bei Abschluss der Deckungsmodalität “Komplettschutz

+ Überführung + Best Care”) aufsuchen und hat Anspruch auf Rückerstattung der Aufwendungen für zahnärztliche Behandlungen entsprechend der Festlegungen in der “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen.

Zudem kann die versicherte Person auch die mit DKV Seguros unter Vertrag stehenden zahnmedizinischen Leistungserbringer des “Red DKV de Servicios Bucodentales” von DKV Seguros, das in ganz Spanien zur Verfügung steht, nach Vorlage ihrer DKV MEDICARD® aufsuchen, um zahnmedizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen und hat das Recht auf Rückerstattung der Aufwendungen zu 100 %.

Die Summe der erstattungsfähigen Aufwendungen für alle zahnmedizinischen Leistungen, sowohl solche, die von DKV Vertragspartnern als auch jene, die von nicht vertragsgebundenen Leistungserbringern erbracht wurden, ist auf einen Höchstbetrag begrenzt, der sich aus der “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen ergibt.

**Techniken für assistierte Reproduktion.** Dies umfasst die Techniken der assistierten Reproduktion ausschließlich in

der individuellen Modalität der “DKV Residentes”, zur Behandlung der Unfruchtbarkeit des Paares, einschließlich gleichgeschlechtlicher Paare in der Zeit der maximalen Fruchtbarkeit der Partner (bei Frauen zwischen 18 und 42 Jahren und bei Männern bis 55 Jahre) mit einer Karenzzeit von 48 Monaten.

**Anforderungen:** um einen Anspruch auf die Deckung zu haben und auf eine assistierte Reproduktions-Behandlungen zugreifen zu können, ist es erforderlich, dass beide Teile des Paares über der Police versichert sind, kein gemeinsames Kind haben und die Karenzzeit eingehalten haben, die in der Tabelle für Deckungen und Höchstgrenzen festgelegt ist, welche den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängt ist, in Bezug auf den zuletzt beigetretenen Partner, sofern der Beitritt nicht am selben Tag stattgefunden hat.

**Modalität: Medizinische Versorgung mit eigenen Mitteln.** Der Versicherte kann auf die Leistung ausschließlich über medizinische Behandlungszentren und Kliniken zur assistierten Reproduktion zugreifen, die dem “DKV-Netzwerk für Gesundheitswesen” in Spanien angehören (Sachleistungsprinzip), vorausgesetzt er hat eine vorherige Genehmigung der DKV Seguros und durch Identifizierung mit seiner MEDICARD®.

Die Techniken für assistierte Reproduktion werden im Rahmen des Gesetzes für die assistierte menschliche Reproduktion sowie der Verwendungskriterien durchgeführt, die in den Bewertungsberichten der Agenturen zur Beurteilung von Gesundheitstechnologien des Nationalen Gesundheitssystems festgelegt sind.

**Beschreibung.** die Kriterien für die Deckung der Reproduktionstechniken und ihrer Höchstgrenzen bezüglich der Anzahl Versuche und des Alters der Frau lauten wie folgt:

**1. Künstliche Befruchtung (AI):** maximal zwei Versuche, bis zu einem Alter von 40 Jahren während der Laufzeit der Police, bzw. der Lebensdauer des Versicherten.

**2. In vitro-Fertilisation (IVF):** maximal ein Versuch bis zu einem Alter von 42 Jahren, während der Laufzeit der Police, bzw. der Lebensdauer des Versicherten.

**Einschränkungen und Ausschlüsse des Risikos.**

**Ausgeschlossen sind:**

a) Jede Fortpflanzungs- oder Befruchtungstechnik, die nicht ausdrücklich in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt ist, oder die das Ergebnis einer vorherigen Verhütungs-

**Chirurgie 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 Vison) 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 ist, gelten jene Abschnitte der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, welche die Abdeckung eingrenzen, diese definieren und im Zusammenhang stehen mit: Abschnitt 2 “Grundlagen. Definitionen” Abschnitt 3 “Modalität und Umfang der Versicherung” Abschnitt 4 “Beschreibung der Deckungsleistungen”, Abschnitt 5 “Ausgeschlossene Deckungen” und Abschnitt 6 “Karenz- und Ausschlusszeiten”.**

**Alternative und komplementäre Therapieverfahren.** Die Deckungsleistung von “DKV Residentes” umfasst ausdrücklich die nachfolgend aufgeführten alternativen und komplementären Therapieformen, vorausgesetzt, dass sie von einem Arzt durchgeführt werden. Die Erstattung erfolgt bis zu einem max. Betrag pro Beratung/Sitzung und ergibt sich aus der “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen.

Zusätzlich gibt es für Phytotherapie, Akupunktur und Chiromassage und Osteopathie eine Jahreshöchstgrenze der Zahl von Beratungen/Sitzungen je versicherte Person, die sich aus der “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen ergibt.

- > Homöopathie: Rückerstattung bis zu einem Höchstbetrag je Beratung oder Sitzung, ohne jährliche Höchstgrenze für die Zahl der erstattungsfähigen Behandlungen/Sitzungen.
- > Akupunktur: Rückerstattung bis zu einem Höchstbetrag je Beratung oder Sitzung mit Begrenzung auf eine erstattungsfähige max. Zahl von Beratungen/Sitzungen je versicherte Person und Jahr.
- > Phytotherapie: Rückerstattung bis zu einem Höchstbetrag je Beratung oder Sitzung mit Begrenzung auf eine erstattungsfähige max. Zahl von Beratungen/Sitzungen je versicherte Person und Jahr.
- > Chiromassage bzw. Osteopathie: Rückerstattung bis zu einem Höchstbetrag je Beratung oder Sitzung mit Begrenzung auf eine erstattungsfähige max. Zahl von Beratungen/Sitzungen je versicherte Person und Jahr, zusammengenommen aus beiden Therapieformen.

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

DKV Seguros garantiert im Fall, dass der versicherten Person und/oder ihrem gesetzlichen Pfleger durch das “Sistema para la Autonomia y Atención a la dependencia” (SAAD) ein Zustand oder die Situation von Pflegebedürftigkeit 3. Grades nach Unfall, der durch die Police gedeckt ist, bestätigt wird, und ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Deckung die Rückerstattung von 100% des Betrages der bezahlten Rechnungen, die für Familienunterstützung und/ oder im Fall von Pflegebedürftigkeit gezahlt worden sind, bis zu einem maximalen Höchstbetrag von 12.000 Euro je versicherter Person und mit einer Teilgrenze von 2.000 Euro für die Verwaltung der Familienhilfen.

Diese Entschädigung ist nur garantiert für die Aufwendungen im Zusammenhang mit erbrachten Leistungen oder sozio-sanitären Serviceleistungen, die unter den entsprechenden Versicherungsschutz fallen, jedoch mit den Begrenzungen und Ausschlüssen, die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (vergleichen Sie Artikel 5.a, 5.c, 5.d, 5.e “Einschränkungen der Leistungspflicht”) bestimmt sind.

Im Hinblick auf diese Deckung wird die Pflegebedürftigkeit 3. Grades durch Unfall definiert als ein nicht wiederherstellbarer Zustand, in dem sich die pflegebedürftige Person befindet

und aufgrund dessen sie weder in der Lage sein wird, in den Zustand der Selbstständigkeit zurückzukehren noch in einen niedrigeren Grad der Pflegebedürftigkeit eingestuft werden kann.

**Dies sind die sozio-sanitären Leistungen und die Serviceleistungen für die Familienunterstützung oder die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit, erbracht durch hauptberufliche Pflegekräfte, zu der diese Deckung berechtigt:**

**Häusliche Serviceleistungen:**

Serviceleistungen, die durch qualifiziertes Personal erbracht werden und eine Reihe von nützlichen Betreuungen für Personen bieten, die eine Minderung ihrer Selbstständigkeit und ihrer persönlichen Bewegungsfähigkeit haben, mit Schwierigkeiten beim Aufstehen, Duschen, Ankleiden sowie Zubereitung der täglichen Mahlzeiten und die einen ständigen Krankenpfleger benötigen.

**a) Persönliche Betreuung**

- > Persönliche Körperhygiene
- > Mobilität im häuslichen Umfeld
- > Änderung der Körperhaltung und persönliche Hygiene von bettlägerigen Personen
- > Unterstützung im häuslichen Umfeld



### **b) Hauswirtschaftliche Hilfe:**

- > Reinigung des häuslichen Umfelds
- > Haushaltseinkäufe
- > Zubereitung der Mahlzeiten

### **Persönliche Betreuung in Residenzen:**

Das sind die Einrichtungen in Residenzen und Tages- oder Nachtzentren mit hoch qualifiziertem Personal, das eine umfassende Betreuung gewährleistet. Hierzu zählen u.a. Ärzte, Krankenschwestern, Physiotherapeuten, Psychologen oder Beschäftigungstherapeuten. Mit diesem Service erhalten Sie den Zugang zu vorübergehenden und dauerhaften Aufenthalten in Residenzen und Tageszentren.

- > Residenzen
- > Tagesresidenzen mit spezialisierter Betreuung
- > Nachtresidenzen

### **Service von Fernbetreuung mit fest installierten oder mobilen Geräten:**

Das sind mobile oder festinstallierte Telefonanlagen, die ständig mit einer Alarmzentrale für Notfälle verbunden sind.

Der Service ist individuell angepasst und wird durch Sozialarbeiter, Psychologen und Ärzte 24 Stunden

täglich an 365 Tagen im Jahr innerhalb und außerhalb der Wohnung gewährleistet, wo der Zugang mit dem speziellen Terminal besteht.

**Die einzige Einschränkung besteht darin, dass der Nutzer geistig in der Lage sein muss, die entsprechende Anlage technisch zu bedienen.**

**Service-Leistungen zur Anpassung des Wohnumfeldes.** Es handelt sich um eine Vielzahl von Maßnahmen, die sich mit der Anpassung des Wohnumfeldes an Ihre Bedürfnisse befassen. Diese Produkte erlauben es, den Zugang zum Haus und die Mobilität innerhalb barrierefrei zu verbessern.

Beratungs- und Verwaltungsleistungen für Pflegehilfen. Ebenfalls eingeschlossen sind Beratungs- und Verwaltungsdienste für Pflegehilfen, **mit einer Teilgrenze von 2.000 Euro während der Vertragslaufzeit und/ oder Lebens des Versicherten.**

Die versicherte Person und/ oder eine Person in ihrem Namen (gesetzlicher Pfleger) kann die Rückerstattung aller für den Service für die Familienunterstützung und/ oder für Pflege entstehenden Kosten, die in diesem Artikel beschrieben werden, bis zu einem maximalen Höchstbetrag von **12.000 Euro pro versicherter Person bei DKV Seguros beantragen. Dabei gilt eine Teilgrenze**

**von 2.000 Euro für die Verwaltung von Pflegehilfen. Hierzu muss die Bestätigung, dass ein Zustand oder die Situation von Pflegebedürftigkeit 3. Grades (Niveau 1 oder 2) von der autorisierten Behörde des “Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia” seiner autonomen Region, in der die Gründe und Umstände der Pflegebedürftigkeit spezifiziert sind, vorgelegt werden.**

**Die Deckung für Pflegebedürftigkeit endet automatisch und definitiv, wenn die versicherte Person den maximal garantierten Höchstbetrag von 12.000 Euro, oder der Teilgrenze von 2.000 Euro für die Verwaltung von Pflegehilfen, während der Laufzeit der Police durch Rückerstattung der Kosten erhalten hat.**

### **Zugang zu der Versicherungsleistung**

#### **a) Voraussetzung, um als Begünstigter die Pflegeleistung in Anspruch nehmen zu können:**

- > Anspruchsberechtigung auf Pflegeleistungen in Spanien und Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen zu deren Erhalt.
- > Versicherte Person einer Krankenversicherungspolice mit Anspruch auf Rückerstattung der Aufwendungen für Pflege 3. Grades

im Augenblick des Unfalles zu sein und bereits Leistungen zu erhalten.

- > Der erlittene Unfall darf in keinem Zusammenhang stehen mit Aktivitäten oder unter Umständen zustande gekommen sein, die von der Deckung der Krankenversicherung ausgeschlossen sind (die Abschnitte 5.a, 5.c, 5.d und 5.e Ausgeschlossene Deckungsleistungen” der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) oder spezifisch aus der Deckung der Pflege ausgeschlossen (vergleichen Sie Abschnitt 4.8 “Exklusive Versicherungsleistungen”).
- > Eingestuft sein in Pflegestufe 3 gemäß den Einstufungen, die im Ley de Dependencia 39/2006 vom 14. Dezember und im Verzeichnis der in Spanien gültigen Bewertung von Pflegebedürftigkeit (Real Decreto 504/2007, de 20 de abril).
- > Vorlage der mit Datum versehenen und unterschriebenen Entscheidung der autorisierten Behörde “Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia” der autonomen Region mit der Qualifikation und der Anerkennung der Pflegebedürftigkeit Stufe 3.

#### **b) Notwendige Dokumente, zur Anerkennung der Leistungspflicht:**

- > Um Anspruchsberechtigter für die Kostenrückerstattung für Pflegeleistungen zu sein, muss die versicherte Person die Situation der Pflegebedürftigkeit umfassend unter Vorlage der nachfolgenden Dokumente (Originale oder beglaubigte Kopien) glaubhaft darlegen:
  1. Persönliche, familiäre und berufliche Daten der versicherten Person, die die Leistung beansprucht.
  2. Erteilte Qualifikation durch die zuständige Behörde “Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia”, in der die Gründe und die Umstände der Pflegebedürftigkeit aufgeführt sein müssen.
  3. Medizinische Berichte zum Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen und der Sozialbericht des Sozialarbeiters.
  4. Alle jene zusätzlichen Dokumente, die notwendig sind, um den Anspruch auf Leistungen feststellen zu können.
  5. Ausgefertigte Beschlussfassung mit Datum, ab wann der Anspruch auf Rückerstattung von sozio-sanitären Leistungen besteht und mit der die Qualifikation oder die Anerkennung auf Pflegebedürftigkeit 3. Grades bestätigt wird.

Die Nichterfüllung dieser Pflicht kann dazu führen, dass das Recht auf Rückerstattung abgelehnt wird.

**c) Die Kostenrückerstattung erfolgt folgendermaßen:**

- > Nach Einreichen des Erstattungsformulars mit Originalberichten und Originalrechnungen über die erfolgten Leistungen erstattet DKV Seguros die angefallenen Aufwendungen entsprechend dem Prozentsatz und den vorher genannten Deckungsbegrenzungen.
- > Der Erstattungsbetrag wird auf das genannte Konto überwiesen. Dieser Zahlungsweg ist rechtskräftig und ist befreiend für DKV Seguros.
- > Die Erstattung von Rechnungen, die in anderen Währungen/Devisen von der versicherten Person bezahlt werden, erfolgt in Spanien in EUR zu dem Tageskurs, an dem die Rechnung bezahlt wurde. Geht der Tag, an dem Rechnung bezahlt wurde, nicht aus der Rechnung hervor, dienen das Rechnungsdatum oder der Behandlungstag als Berechnungsgrundlage.
- > Die Aufwendungen für die Übersetzung von Berichten, Rechnungen oder Arzthonoraren

trägt DKV Seguros, vorausgesetzt diese sind in englisch, deutsch, französisch abgefasst.

- > Aufwendungen für Übersetzungen aus allen anderen Sprachen gehen zu Lasten der versicherten Person.

### **Ausgeschlossene Deckungsleistungen**

> Von der Leistungspflicht der Deckung der Pflegebedürftigkeit sind ausgeschlossen:

**1. Die Rückerstattung für Aufwendungen für Familienhilfe bzw. für Betreuung bei Pflegebedürftigkeit, die nicht in Abschnitt 4.8 “Exklusive Versicherungsleistungen” der Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt sind.**

**2. Die Rückerstattung für Aufwendungen für Familienhilfe bzw. für Betreuung bei Pflegebedürftigkeit, die im Abschnitt 4.8 “Exklusive Versicherungsleistungen” der Allgemeinen Versicherungsbedingungen detailliert aufgeführt sind, wenn die Situation der Pflegebedürftigkeit 3. Grades gegeben ist:**

**a)** durch einen Unfall verursacht wurde, aufgrund von Aktivitäten oder Umständen, die ausdrücklich aus der generellen Deckung der

Krankenversicherung ausgeschlossen sind (vergleichen Sie die Abschnitte 5.c, 5.d, 5.e der Allgemeinen Versicherungsbedingungen).

**b)** als Konsequenz bzw. Folge oder Komplikation von Verletzungen infolge eines Unfalls, der vor Einschluss der versicherten Person in die Police geschah.

**c)** durch einen Unfall aufgrund von geistiger Unzurechnungsfähigkeit, unter Einfluss alkoholischer Getränke oder Drogen jeglicher Art oder Psychopharmaka, auch wenn diese nicht Ursache des Unfalls waren.

**d)** als Konsequenz von Unfällen, die auf grobe Fahrlässigkeit und schweres Verschulden, Suizidversuch und die Teilnahme an Wettkämpfen, Schlägereien, Kämpfen oder aggressiven Handlungen hervorgerufen werden.

**e)** hervorgerufen durch Unfälle im Zusammenhang mit der Ausübung der folgenden sportlichen Aktivitäten: Auto- und Motorrennen in jeglicher Form, Jagd, Unterwassersport, Fortbewegen auf Schiffen, die nicht für den öffentlichen Transport von Passagieren vorgesehen sind, Reitsport, Bergsteigen, Alpinismus, Höhlenforschung, Boxen, Kämpfen in jeglicher Form, Kampfsportarten, Fallschirmspringen, Luftschiffahrt,

Freiflug, Segelfliegen und jeglicher Sport oder Entspannungs-Aktivität mit gefährlichem Charakter.

f) hervorgerufen durch Unfälle auf Reisen, sei es als Passagier oder Besatzung von Fluggeräten mit einer Kapazität von weniger als 10 Personen.

**3. Die Erstattung der Kosten für Familienhilfen und/oder Pflegehilfen, da der Anspruch auf die Deckung nicht mehr gilt und der Versicherte die Kostenobergrenze während der Versicherungslaufzeit erreicht hat, oder bei einer vorher abgeschlossenen Versicherung mit Rundumversorgung als Einzelmodalität.**

Rückerstattung der jährlich anfallenden Kosten für die Kryokonservierung in Datenbanken für Stammzellen aus dem Nabelschnurblut während der ersten sechs Jahre nach Geburt, exklusiv bei der Einzelmodalität von "DKV Residentes", sofern die Gewinnung und Kryokonservierung der Nabelschnur über einen Anbieter des Vertragsnetzes "Red de Servicios DKV Club Salud y Bienestar" erfolgt und die Geburt und die betreffende Person vom Versicherungsschutz abgedeckt sind.

**DKV bietet als Service mit Selbstbeteiligung über den "DKV Club Salud y Bienestar" das Entfernen der Nabelschnur und seine Kryokonservierung. Somit übernimmt DKV 300 Euro für die Extraktion und der Versicherte 690 Euro, bei der Modalität FIRST, oder 990 Euro, wenn die Modalität ADVANCE gewählt wird. Darüber hinaus deckt der Versicherungsschutz während der ersten sechs Jahre einen Höchstbetrag von 90 Euro/ Jahr für die Lagerungskosten der Nabelschnur, sofern die Geburt von der Versicherung abgedeckt ist und der Versicherte nach Geburt nicht von der Versicherung zurücktritt.**

Darüber hinaus kann DKV Seguros jedes Jahr bei Vertragsverlängerung den Serviceanbieter des DKV Club Salud y Bienestar (DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden), die Kosten für die Extraktion, die Zugangsbedingungen, die Tarife des Versicherten und die erstatteten Aufbewahrungskosten ändern.

#### 4.9 Auslandsreiseversicherung

Für Reisen und vorübergehende Aufenthalte im Ausland sieht die Versicherung einen weltweiten Auslandsreiseschutz von max. 180 Tagen je Reise oder Aufenthalt vor. Die Versicherungsleistungen dieses Auslandsreiseschutzes werden in Anhang I der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen detailliert aufgeführt. Diese Deckung werden nur unter vorherigem Anruf unter der Telefonnummer +34 91 379 04 34 gewährt.

# 5. Ausgeschlossene Deckungsleistungen

Vom allgemeinen Versicherungsschutz dieser Police sind ausgeschlossen:

a) Alle vor Abschluss des Versicherungsvertrages bestehenden Erkrankungen, Verletzungen, Gebrechen oder vorvertragliche Gesundheitszustände (z.B. Schwangerschaft) und deren Folgeerscheinungen, anlagebedingte oder angeborene physische Schäden sowie Unfallfolgen und Folgeerscheinungen von Krankheiten, vorausgesetzt, dass diese ihren Ursprung vor Einschluss jeder versicherten Person in die Police hatten und bekannt waren.

b) Sämtliche diagnostischen und therapeutischen Verfahren, deren Sicherheit und Wirtschaftlichkeit nicht wissenschaftlich nachgewiesen, bzw. nicht von den Agenturen für Health Technology Assessment ratifiziert sind, oder die nachweislich durch andere verfügbare Verfahren ersetzt wurden.

c) Physische Verletzungen infolge von Kriegen, Aufständen, Revolutionen und terroristischen Anschlägen oder infolge von offiziell erklärten Epidemien, direktem oder indirektem Kontakt mit Radioaktivität oder infolge von Nuklearreaktionen. Ebenso ausgeschlossen sind physische Schäden, die infolge von Naturkatastrophen wie Erdbeben, Überschwemmungen oder aufgrund anderer klimatischer oder meteorologischer Bedingungen entstehen.

d) Krankheiten oder Verletzungen, die durch die professionelle Ausübung einer Sportart oder bei der Teilnahme von Wettbewerben und –kämpfen hervorgerufen werden. Ebenso ausgeschlossen sind Krankheiten oder Verletzungen, die durch die professionelle oder laienhafte Ausübung von Risikosportarten wie Stierkampf oder das Eintreiben von ungezähmtem Vieh, Gefahrensportarten wie Tauchen, Bobfahren, Boxkampf,

Kampfsportarten, Bergsteigen, Autorennen, Rugby, Quadfahren, Höhlenforschung, Paragliding, Luftsportaktivitäten mit nicht für den öffentlichen Transport bestimmten Luftfahrzeugen, Wassersport, Wildwassersport, Bungee-Jumping, Barranquismo (Kombination aus Steiluferklettern und Schwimmen) sowie beim Training oder jeder anderen eindeutig gefährlichen Sportart verursacht werden.

e) Medizinische Maßnahmen zur Behandlung von chronischem Alkoholismus und / oder Suchtmittelabhängigkeit sowie daraus entstehende Komplikationen und Folgen, medizinische Versorgung von Verletzten infolge von Alkohol- oder Genussmittelmisbrauch, Gewalt, Schlägereien oder Streit, Suizidversuch oder Selbstverstümmelungen und Erkrankungen oder Unfälle, die aufgrund grober Fahrlässigkeit, Vorsatz oder Nachlässigkeit des Versicherten hervorgerufen werden.

f) Schönheitschirurgie sowie alle anderen zu ästhetischen oder kosmetischen Zwecken durchgeführten Infiltrationen oder Behandlungen, es sei denn, es liegt eine Funktionsstörung des betroffenen Körperteils vor (rein psychologische Gründe sind hierbei nicht ausreichend). Geschlechtsumwandlung.

Krampfaderbehandlungen aus ästhetischen Gründen, ambulante oder stationäre Schlankheitskuren, Hautbehandlungen, im Allgemeinen inklusive Haarbehandlungen. Ebenfalls ausgenommen sind die chirurgische Korrektur von Fehlsichtigkeiten, Astigmatismus, Weitsichtigkeit und Alterssichtigkeit sowie Orthokeratologie und kosmetische Zahnmedizin. Sowie die Folgen und Komplikationen, die sich aus den Ausschlüssen dieses Absatzes ableiten.

g) Alternative und komplementäre Therapieformen, die nicht durch einen Arzt durchgeführt werden oder nicht in Artikel 4.8 ("Sonderdeckungen") dieser Besonderen Versicherungsbedingungen eingeschlossen sind, sowie andere medizinische Behandlungen oder Fachgebiete, die nicht offiziell anerkannt sind. Dazu gehören die folgenden: Lymphdrainage, Mesotherapie, Gymnastik, Hydrotherapie, alternative Entbindungsmethoden (Hausgeburt, Wassergeburt usw.), dreifasige Oxygentherapie, Pressotherapie, Ozontherapie, die Modalitäten der Lichttherapie und weitere nicht im Artikel 4.5 aufgeführte Leistungen und andere vergleichbare Leistungen, wie zum Beispiel Orthoptik und die von offiziell nicht anerkannten medizinischen Fachrichtungen erbrachten.



Zudem sind alle medizinischen und chirurgischen Behandlungen mit Radiofrequenz ausgeschlossen, außer bei Adenoamygdaloplastie, Herz-Ablation sowie bei Chirurgie für Nasenmuscheln oder Turbinoplastik.

h) Aufenthalte, Versorgung oder Behandlung in nicht medizinischen Einrichtungen wie Hotels, Kurhotels, Seniorenheimen oder -residenzen, Erholungszentren, Diagnostikzentren u.ä., selbst wenn eine ärztliche Verordnung vorliegt.

Psychiatrischer Krankenhausaufenthalt, außer bei schweren akuten Anfällen, Krankenhausaufenthalt aus sozialen oder familiären Gründen, der durch eine häusliche oder ambulante Pflege ersetzt werden kann.

Ebenso ausgeschlossen sind Aufenthalte in privaten, nicht vertragsgebundenen Zentren und der vorgesehene Aufenthalt in Zentren oder anderen öffentlichen Einrichtungen des nationalen spanischen Gesundheitssystems bzw. Einrichtungen, die von autonomen Regionen abhängig sind, außer in identifizierten Fällen (vergleichen Sie Abschnitt 3.4 Inanspruchnahme von nicht dem DKV Vertragsnetz "Red DKV de Servicios Sanitarios" zugehörigen Leistungserbringern).

Auf jeden Fall behält sich DKV Seguros das Recht vor, die ihr entstandenen Aufwendungen der an das öffentliche Gesundheitssystem zu zahlenden Aufwendungen für medizinische und chirurgische Versorgung und den Krankenhausaufenthalt beim Versicherten zurückzufordern.

l) Jegliche Art von freiwilliger Schwangerschaftsunterbrechung und die durch einen Eingriff vorgenommene Reduzierung von Embryonen, rekonstruktive Chirurgie vorheriger empfängnisverhütender Techniken, Leihmutterchaft, Ausgaben für Spenden und Kryokonservierung von Eizellen, Sperma und Embryos sowie künstliche Befruchtung zur Vorbeugung und Behandlung von genetisch oder erblich bedingten Krankheiten, chronische Virusinfektionen durch Samenwaschtechniken oder weitere Zwecke, die sich von der Behandlung der Unfruchtbarkeit des Partners unterscheiden. Ebenso ist die Deckung der in Abschnitt 4.8 "Besonderes Deckungen" unter der Überschrift "Einschränkungen und Ausschlüsse des Risikos" der assistierten Reproduktion (Buchstaben a-e) ausgeschlossen.

**j) Die Behandlung des Schnarchens und der obstruktiven Schlafapnoe (ausgenommen zehn Sitzungen mit CPAP oder BiPAP) sowie Behandlungen, bzw. strahlentherapeutische Modalitäten und medizinische Indikationen, die nicht ausdrücklich in den Abschnitten 4.5 “Therapeutische Verfahren” und “Strahlungstherapie” dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen angegeben sind. Ebenfalls ausgeschlossen sind: Protonentherapie, Neutronentherapie, Radiochirurgie mit Cyberknife, extrakranielle, bzw. an die Atmung angepasste (4D) Strahlentherapie oder stereotaktische Radiochirurgie sowie Radiopharmaka mit radioaktiven Isotopen, die nicht von der EMA (European Medicines Agency) zugelassen, bzw. nicht von den klinischen NICE-Richtlinien empfohlen sind.**

**k) Präventivmedizin, Check-ups oder Vorsorgeuntersuchungen im Allgemeinen, außer den in Abschnitt 4.7 “Zusätzliche Versicherungsleistungen” dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführten besonderen Vorsorgeprogrammen.**

**l) Die freiwillige Unterbrechung der Schwangerschaft und**

**jede Art von instrumenteller selektiver Embryonenreduktion, die Leihmutterschaft oder die Vermietung der Gebärmutter, die Kosten der Spende und Kryokonservierung von Eizellen, Sperma 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 ist die Deckung der in Abschnitt 4.8 “Besonderes Deckungen” unter der Überschrift “Einschränkungen und Ausschlüsse des Risikos” der assistierten Reproduktion (Buchstaben a-e) ausgeschlossen.**

**Darüber hinaus werden Techniken der assistierten Reproduktion ausgeschlossen, wenn die Sterilität eines Mitglieds des Paares freiwillig oder als Folge der natürlichen, physiologischen Entwicklung im Rahmen der Beendigung des Reproduktionszyklus der Person hervorgerufen wurde.**

**m) Alle Prothesen, Implantate, sanitären Geräte, anatomische und orthopädische Teile (Körperstrukturen), sofern sie nicht ausdrücklich in Abschnitt**

**4 “Versicherungsumfang” der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt sind.**

Ebenso sind ausgeschlossen Kunstherzen, Transplantate der Wirbelsäule, Biomaterie bzw. natürliches, synthetisches und orthopädisches Material, die nicht spezifisch in Abschnitt 4.7 beschrieben sind sowie die einer anderen Verwendung als in den aufgeführten Indikationen beschrieben, dienen.

n) Hilfsmittel, orthopädisches Material, natürliches Material, medizinische Apparate oder Geräte, notwendige Sanitärartikel (z.B. elektrische Heizdecken, Massagegeräte usw.), die nicht ausdrücklich in Abschnitt 4.8 “Exklusive Versicherungsleistungen” dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt sind.

o) Transfers für die Wahrnehmung von Arztbesuchen, diagnostische Tests und ambulante medizinische Behandlungen aller Art. Analysen und andere Untersuchungen, die zur Ausstellung von Bescheinigungen, Erstellung von Berichten und Ausstellung von Dokumenten ohne unterstützende Funktion nötig sind.

p) **Psychiatrie und klinische Psychologie:** alle Behandlungen, diagnostischen Verfahren und Therapien, die nicht den Kriterien einer neurobiologischen oder pharmakologischen Behandlung entsprechen, die Psychoanalyse, die Hypnose oder ambulante Narkohypnose (Schlafhypnose), die Entspannungstechnik (Sophrologie), die Entspannungs- oder Schlafkuren und alle aus vergleichbaren Leistungen abgeleiteten Behandlungen.

Außerdem ausgeschlossen sind die Psychotherapie für Gruppen oder Paare, psychologische und psychomotorische Tests, die psychosoziale oder neuropsychiatrische Rehabilitation, die edukative oder kognitiv konduktuale Therapie bei Sprach- und Schreibschwächen und bei andersartigen Entwicklungsstörungen, außer den Behandlungsmethoden, die ausdrücklich im Artikel 4.7 (Versicherungsumfang der klinischen Psychologie) eingeschlossen wurden

q) **Logopädie und Phoniatrie** zur Behandlung von Sprachstörungen, Aussprache und der Sprache, verursacht durch anatomische oder angeborene neurologische und psychomotorische

Veränderungen diversen Ursprungs, ausgenommen die in Abschnitt 3.1.6.5 “Therapeutische Verfahren” (Abschnitt über die logopädische Rehabilitation) angegebenen Fälle.

r) Regenerative Medizin, biologische Medizin, die Immuntherapie, biologische Therapien, die Gentherapie oder genetische Therapie, der direkte Einsatz von Virostatikum und alle deren Anwendungen.

Darüber hinaus sind alle experimentellen Behandlungen sowie Behandlungen mit nicht zugelassenen Medikamenten und mit Medikamenten für seltene Leiden und jenen, die sich in jeglichen klinischen Erprobungsphasen befinden, ausgeschlossen.

s) Die medizinische Versorgung bei viralen hämorrhagischen Fieberarten sowie der damit zusammenhängenden Komplikationen und Folgen. Die Pflegekosten für Krankheiten, die sich als Folge von HIV / AIDS ergeben sowie für Krankheiten, die durch das Virus verursacht werden, sofern diese die festgelegten Höchstgrenzen gemäß der Tabelle für Deckungen und Höchstgrenzen überschreiten.

t) Die bildgeführte, oder durch einen Computer oder virtuellen Browser unterstützte Roboter-Chirurgie, mit Ausnahme der in Abschnitt 4.5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen angegebenen Indikationen. Ausgeschlossen sind zudem Behandlungen mit Laser, außer im Rahmen der in Abschnitt 4 “Beschreibung der Deckungen” angegebenen medizinischen Fachgebiete und Indikationen.

u) Aufwendungen für die Benutzung von Telefon, Fernsehgerät, die Verpflegung der Begleitperson im Rahmen einer stationären Behandlung; Reise- oder Transportkosten, außer für den Transport im Krankenwagen wie in den Abschnitten “Ambulante ärztliche Behandlung” und “Notfallbehandlungen” dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben sowie für alle anderen nicht unbedingt erforderlichen Krankenhausleistungen.

v) Organtransplantationen und Autotransplantationen, Implantate und Autoimplantate mit Ausnahme von den unter Abschnitt “Therapeutische Verfahren” der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführten Aufwendungen für

Organentnahme, -transport oder -konservierung sind mit Ausnahme der Hornhauttransplantation vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

w) Pharmazeutische Präparate, Medikamente und zusätzliche Heilmittel jeglicher Art, bei Überschreitung der Deckungshöchstgrenze, mit Ausnahme derjenigen, die dem Versicherten während seines stationären Aufenthalts (mindestens 24 Stunden) in einem Krankenhaus verabreicht werden. Ausdrücklich ausgeschlossen sind in jedem Fall biologische Arzneimittel oder medizinische Biomaterialien, die nicht in Abschnitt 4.7 "Chirurgische Implantate" und den in Abschnitt 5 angegebenen Therapien erwähnt sind. "Ausgeschlossene Deckungen", auch wenn diese während des stationären Aufenthalts im Krankenhaus verabreicht werden.

Die onkologische Chemotherapie deckt nicht die Aufwendungen für zytostatische Medikamente und die bei Immunschwäche oder in der Hormontherapie eingesetzten Medikamente, wenn ihre wissenschaftliche Evidenz und ihre therapeutische Wirksamkeit nicht bestätigt ist. Dies geschieht in den Veröffentlichungen und Empfehlungen, die im Leitfaden des Nationalen Instituts für die Klinische

Exzellenz "Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE)", veröffentlicht sind. Dieser Leitfaden ist als Referenz im Abschnitt 3.1 "Gegenstand der Versicherung" und 2 "Grundlagen. Begriffsdefinitionen" dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt.

Ausdrücklich ausgeschlossen bleibt in diesem Zusammenhang die Genterapie und andere unterstützende Medikamente (Enzyminhibitor, Antiangiogenesefaktoren und sensibilisierende Wirkstoffe).

Weiterhin ausgeschlossen sind öffentlich beworbene Produkte, phytotherapeutische Arzneimittel (pflanzliche Heilmittel), Nahrungsmittel, Aufbaupräparate, natürliche Mineralwässer, Pflege-, Kosmetik- oder Hygieneprodukte, Produkte zur Körperpflege und Badezusätze.

x) Rehabilitation oder Körpertraining bei irreversiblen neurologischen Schäden, die aufgrund verschiedener Ursachen hervorgerufen wurden sowie bei chronischen Schäden oder Verletzungen des Bewegungsapparates.

Eingeschlossen sind Reiz stimulierende Behandlungen,

**Ergotherapie, stationäre Behandlungen von erworbenen Hirnschäden oder andere Formen der häuslichen und stationären Rehabilitation, die in nicht autorisierten und/oder im Verzeichnis der entsprechenden Autonomen Region eingetragenen Zentren aufgeführt sind.**

**y) Untersuchungen zur Bestimmung des genetischen Profils, des Vaterschafts- oder Verwandtschaftstests zur Erhaltung von Risikobildern zu vorbeugenden oder zu prognostischen Zwecken, die Sequenzanalyse der Gene oder die Bestimmung des Karyotyps (Chromosomensatz), vergleichende genomische Hybridisierungstechniken und Mikroarray-Plattformen mit automatischer Interpretation der Ergebnisse, sowie jede andere Technik der genetischen bzw. molekular erforderlichen Bestimmung, wenn die Prognose oder Diagnose auf andere Weise erhalten werden kann, oder es sich um eine nicht therapeutische Wirkung handelt.**

# 6. Karenzzeiten und Ausschlüsse

Alle im Versicherungsschutz von DKV Seguros eingeschlossenen Leistungen können ab Inkrafttreten der Police in Anspruch genommen werden.

Abweichend vom vorher genannten generellen Prinzip gilt für folgende Versicherungsleistungen die Karenzzeit oder Ausschlussfrist, die in der den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängten Deckungs- und Deckungseinschränkungstabelle festgelegt ist:

1. Für alle chirurgischen Eingriffe und stationären Behandlungen einschließlich chirurgischer Prothesen - unabhängig von ihrer Ursache und Art. Lebensbedrohliche Notfälle oder Unfälle sind hiervon ausgeschlossen
2. Für die medizinische Versorgung bei Geburten (außer Frühgeburten) oder durch Kaiserschnitt gilt eine Karenzzeit von acht Monaten
3. Für Zahnprothesen und Kieferorthopädie

4. Für Transplantationen

5. Techniken der assistierten Reproduktion.

6. Für den Best Care Service in der Modalität **Grundabdeckung + Überführung + Best Care**, außer bei Unfall.

**7. Die medizinische Versorgung bei HIV-Infektion / AIDS unterliegt einer Ausschlussfrist, die in der Tabelle der Abdeckungen und Höchstgrenzen festgelegt ist, welche den Besonderen Vertragsbedingungen angehängt ist (siehe Definition von "Ausschlussfrist" in Abschnitt 2 Grundlagen. Definitionen).**

Die Karenzzeit sind sowohl für medizinische Leistungen in der Leistungsmodalität Sachleistungsprinzip, "Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros als auch für Leistungen außerhalb dieses Netzwerkes in der Leistungsmodalität Kostenerstattungsprinzip zu erfüllen.

# 7. Versicherungsleistungen gemäß vereinbarter Deckungsmodalität

Für die unter Abschnitt 4 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten Versicherungsleistungen kann bei Vertragsabschluss zwischen drei Deckungsmodalitäten gewählt werden:

## **Komplettschutz**

Medizinische Versorgung innerhalb Spaniens gemäß der Beschreibung in Abschnitt 4 (Beschreibung des Leistungsumfangs) dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

## **Komplettschutz + Überführung des Verstorbenen**

Zusätzlich zur medizinischen Versorgung innerhalb Spaniens (Komplettschutz) ist bei dieser Deckungsmodalität die Überführung des Verstorbenen von dem Ort, an dem sich der Versicherte bei Eintritt des Todes befindet bis zu dem internationalen Flughafen, der dem Bestattungsort in Deutschland am nächsten liegt, im Versicherungsschutz eingeschlossen.

Detaillierte Information zur Überführung des Verstorbenen befindet sich in Anhang II der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

## **Komplettschutz + Überführung des Verstorbenen + Best Care**

Zusätzlich zu dem im Rahmen der Deckungsmodalität “Komplettschutz + Überführung von Verstorbenen” garantierten Versicherungsschutz verleiht diese Variante den Versicherten Anspruch auf den Best Care – Service. Diese Dienstleistung garantiert bei bestimmten schwerwiegenden Erkrankungen die Behandlung durch einen anerkannten Spezialisten in Deutschland innerhalb von wenigen Tagen. Detaillierte Information hierzu befindet sich in Anhang III der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



Ebenso im Versicherungsschutz dieser Deckungsmodalität mit inbegriffen sind Behandlungen und Verfahren, die in Deutschland während eines vorübergehenden Aufenthaltes von max. 100 Tagen im Jahr durchgeführt werden, immer wenn der gewöhnliche Aufenthalt der versicherten Person sich über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten (183 Tage im Jahr) in Spanien befindet und sofern sie in Abschnitt 4 der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt sind. Für stationäre Behandlungen bei schwerwiegenden Erkrankungen gilt eine maximale Leistungsdauer von vier Monaten.

# 8. Vertragsgrundlagen

## 8.1 Vertragsabschluss und Versicherungsdauer

Der vorliegende Vertrag ist auf Grundlage und in Übereinstimmung der vom Versicherungsnehmer und den versicherten Personen im Gesundheitsfragebogen angegebenen Informationen, die DKV Seguros zur Einschätzung des zu versichernden Wagnisses und zur Festlegung des Versicherungsbeitrages gedient haben, zustande gekommen.

**Der Vertrag sowie Vertragsänderungen treten erst nach Unterschrift der Police und Zahlung des Erstbeitrages in Kraft, sofern nichts Gegenteiliges in den Besonderen Versicherungsbedingungen vereinbart wurde.**

Stimmt der Inhalt der Police nicht mit dem Versicherungsantrag oder den vereinbarten Klauseln überein, so kann der Versicherungsnehmer innerhalb von einem Monat ab Eingang der Police DKV Seguros zur Behebung dieser Abweichung auffordern.

Nach Ablauf dieser Frist werden die in der Police festgelegten Bestimmungen angewendet.

Die Versicherung wird für die in den Besonderen Versicherungsbedingungen vorgesehene Dauer abgeschlossen. Sofern nichts Gegenteiliges vereinbart wird, entspricht die Versicherungsdauer dem Kalenderjahr.

Die Police verlängert sich automatisch um jeweils ein Jahr. DKV Seguros kann der Verlängerung des Vertrags durch schriftliche Mitteilung an den Versicherungsnehmer mit einer Mindestfrist von zwei Monaten zum Ablauf des Jahres widersprechen, wenn dessen Police nicht verlängert wird, oder wenn sie Änderungen daran vornehmen wird.

**Gleichfalls kann der Versicherungsnehmer der Vertragsverlängerung der Police widersprechen mit einer Frist von einem Monat zum festgelegten Ablauftermin, wenn dies DKV Seguros nachweislich mitgeteilt wird.**

Bei einer Versicherungsdauer von mindestens drei aufeinander folgenden Versicherungsjahren verliert DKV Seguros das Recht, vom Vertrag zurückzutreten (Kündigungsverzicht). Der Vertrag verlängert sich automatisch Jahr für Jahr, sofern keine Vertragsverletzung vorliegt und sofern die Fragen im Gesundheitsfragebogen und im Versicherungsantrag von der versicherten Person wahrheitsgetreu und nicht unter Vortäuschung falscher Tatsachen beantwortet wurden.

Bedingung für diesen Verzicht seitens DKV Seguros auf ihr Recht, einer Fortsetzung der Police zu widersprechen, ist, dass sich der Versicherungsnehmer damit einverstanden erklärt, jährliche Änderungen der Prämien in Übereinstimmung mit den in Abschnitt 8.4 dieser Vereinbarung sowie Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen akzeptiert, die allen Versicherten innerhalb der gleichen Versicherungs-Modalität angeboten wird.

## **8.2 Rechte und Obliegenheiten des Versicherungsnehmers oder der versicherten Personen**

Der Versicherungsnehmer oder gegebenenfalls der Versicherte ist verpflichtet:

**a)** DKV Seguros vor dem Abschluss des Vertrages gemäß des ihm von der DKV

übergebenen Fragebogens alle ihm bekannten Umstände zu erläutern, die eine Risikobewertung beeinflussen können. Er ist von dieser Verpflichtung befreit, falls er von DKV Seguros keinen Fragebogen erhält, oder falls er den Fragebogen erhält und es sich um Umstände handelt, welche die Risikobewertung beeinflussen können und welche jedoch nicht in diesem enthalten sind (Artikel 10 des Versicherungsvertragsrechts).

**b)** DKV Seguros während der Laufzeit des Vertrages so früh wie möglich Auswanderungen in das Ausland oder Wohnsitzänderungen innerhalb Spaniens, Änderungen des üblich ausgeübten Berufs und/oder die Aufnahme von risikoreichen oder extremen Freizeit- oder Sportaktivitäten mitzuteilen, die, wenn sie DKV Seguros bei Vertragsabschluss bekannt gewesen wären, das Zustandekommen der Versicherungspolice entweder verhindert oder zur Vereinbarung von anderen Bedingungen geführt hätten.

**c)** Alle ihm zur Verfügung stehenden Mittel zur baldigen Heilung einer Erkrankung oder Verletzung zu nutzen.

Bei vorsätzlicher Nichterfüllung dieser Obliegenheiten mit der Absicht, DKV Seguros zu täuschen oder zu schädigen und sich einen zusätzlichen Vorteil zu verschaffen, befreit DKV Seguros von jeglicher Leistungspflicht für diesen Versicherungsfall.

**d) DKV Seguros** alle Anspruchsabtretungen oder Regressforderungen zur Verfügung zu stellen, wie in Abschnitt 3.5 bestimmt.

Hat der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person Anspruch auf Schadensersatz von Dritten, so geht dieser auf DKV Seguros in Höhe des für die medizinische Versorgung erbrachten Betrages über.

### 8.3 Obliegenheiten von DKV Seguros

Neben den versicherten medizinischen Leistungen gemäß der in der Police beschriebenen Modalität stellt DKV Seguros dem Versicherungsnehmer die Versicherungspolice zur Verfügung.

Außerdem stellt DKV Seguros dem Versicherungsnehmer die Versichertenkarte für jede versicherte Person zu ihrer Identifikation als DKV Seguros Kunde sowie die Information über das Ärzte- und Klinikverzeichnis des “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros für die jeweilige autonome Region Spaniens, in der die versicherten Personen ansässig sind, zur Verfügung. In diesem Verzeichnis sind alle medizinischen Einrichtungen, Notfalldienste und Ärzte sowie deren jeweilige Adresse, Öffnungszeiten oder Sprechstunden aufgeführt.

Ab dem Jahr des Vertragsabschlusses, oder der Aufnahme neuer Versicherter, übernimmt DKV Seguros die Deckung aller bereits bestehenden Vorerkrankungen, sofern diese dem Versicherten unbekannt waren und er diese nicht absichtlich bei der Ausfüllung des Gesundheitsfragebogens verschwiegen hat.

### 8.4 Versicherungsbeitrag

Der Versicherungsnehmer ist dazu verpflichtet, den Erstbeitrag oder den Einmalbeitrag bei Schließung des Vertrages zu entrichten.

Die darauf folgenden Beiträge werden zum jeweils festgelegten Zeitpunkt fällig.

Der Versicherungsnehmer kann unterjährige Zahlungsweise des Jahresbeitrages beantragen in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten.

In diesem Fall wird der entsprechende Ratenzuschlag erhoben.

Die unterjährige Zahlungsweise des Beitrags befreit den Versicherungsnehmer jedoch nicht von der Pflicht, den gesamten Jahresbeitrag zu entrichten.

Bei Nichtzahlung des Erstbeitrages oder der Einmalprämie durch Verschulden des Versicherungsnehmers ist DKV Seguros berechtigt, den Vertrag aufzulösen oder ein gerichtliches Vollstreckungsverfahren einzuleiten.

Wurde nichts Gegenteiliges in den Besonderen Versicherungsbedingungen vereinbart, ist DKV Seguros bei Nichtzahlung des Erst- oder Jahresbeitrages von der Leistungspflicht im Schadensfall befreit.

Bei Nichtzahlung des Folgebeitrages oder weiterer Beiträge ist DKV Seguros einen Monat nach Fälligkeit von ihrer Leistungspflicht befreit.

Fordert DKV Seguros die Beitragszahlung nicht innerhalb der nächsten sechs Monate nach dieser Fälligkeit ein, gilt der Vertrag als aufgehoben.

Wird der Vertrag nicht gemäß den zuvor genannten Bedingungen aufgelöst bzw. aufgehoben, so tritt er 24 Stunden nach Zahlung der Beitragsrückstandes durch den Versicherungsnehmer wieder in Kraft.

In diesem Fall steht DKV Seguros der Beitrag für den Zeitraum zu, in dem der Versicherungsschutz wegen Nichtzahlung aufgehoben war.

Bei einer Aufhebung des Vertrages ist DKV Seguros ausschließlich zur Einforderung des Beitrages für den laufenden Zeitraum berechtigt.

DKV Seguros verpflichtet sich ausschließlich im Rahmen von Belegen, die von DKV Seguros ausgestellt wurden.

Wird in den Besonderen Versicherungsbedingungen nichts Gegenteiliges vereinbart, wird der Beitrag per Lastschriftzugang angefordert.

Aus diesem Grund muss der Versicherungsnehmer DKV Seguros die Daten seines Bankkontos oder seines Sparbuches, von wo aus der Beitragseinzug für diese Versicherung erfolgen soll, mitteilen und autorisiert das Finanzinstitut, den Beitragseinzug zuzulassen.

Ist in den Besonderen Versicherungsbedingungen kein Zahlungsort festgelegt, gilt der Wohnsitz des Versicherungsnehmers als Zahlungsort.

DKV Seguros hat das Recht, bei jeder Verlängerung des Versicherungsvertrages die jährliche Höhe der Versicherungszahlung (Prämie) sowie die Kosten pro medizinischer Behandlung gemäß den technischen versicherungsmathematischen Berechnungen zu verändern. Die

Prämie für jeden Versicherten wird auf der Grundlage der folgenden Risikofaktoren berechnet: Alter und geographische Lage des Wohnsitzes.

Wenn die mathematischen, von DKV verwendeten Methoden zur Berechnung der Risikoprämie weitere objektive Risikofaktoren von Bedeutung aufzeigen, wird über die Einbeziehung dieser Faktoren in die Berechnung des Tarifs vor Erneuerung der Police Auskunft gegeben.

Zur Berechnung der Prämie müssen zudem weitere Faktoren wie der Anstieg der medizinischen Versorgungskosten und die medizinischen Technologieinnovationen, die zu den Deckungen hinzugefügt werden, berücksichtigt werden.

Im Falle der Kollektivversicherungen wird bei Erneuerungen ebenfalls das kollektive Ergebnis und die Anzahl der angewandten Prämienteilbeträge berücksichtigt.

Sie finden die aktuellen Prämien jedes Gesundheitsprodukts in ihrer individuellen Modalität auf der Website [www.dkvseguros.es](http://www.dkvseguros.es) und in den Büros der DKV Seguros.

Die Anpassung wird auf die zum Zeitpunkt der Erneuerung gültigen Beiträge angewendet.

Ebenso ist die Festlegung der Versicherungsbeiträge abhängig vom Alter und anderen persönlichen Merkmalen der zu versichernden Personen.

Im Rahmen der Vertragsmodalität Gruppenversicherung erfolgt in einigen Bereichen eine Einteilung nach Altersgruppen. Aus diesem Grund können die Beiträge im Hinblick auf Veränderungen der Struktur des versicherten Kollektivs als auch im Hinblick auf Veränderung der Höchstgrenzen für die Rückerstattung anpasst werden.

Erreicht die versicherte Person während der Laufzeit der Police die nächst höhere Altersgruppe, ändert sich der von ihm zu entrichtende Beitrag dementsprechend bei Beginn des darauf folgenden Versicherungsjahres.

Für die jährlichen Beitragsanpassungen gelten keine Begrenzungen. Die Höhe des Jahresbeitrages wird nach Prüfung der erhobenen Zuschläge nach dem Äquivalenzprinzip gemäß den Bestimmungen für die Versicherungstätigkeit der spanischen Aufsichtsbehörde für Finanzdienstleistungen festgelegt.

Diese Anpassung wird auch bei Policen durchgeführt, für die DKV Seguros die Fortführung des Versicherungsschutzes aufgrund ihrer Laufzeit garantiert (Kündigungsverzicht des Versicherten).

Der Versicherungsnehmer kann zwischen der Weiterführung des Versicherungsvertrages oder Kündigung zum Ende des Versicherungsjahres wählen, wenn er von DKV Seguros schriftlich über die jährliche Beitragserhöhung in Kenntnis gesetzt wird. In diesem Fall muss DKV Seguros sein Wunsch, den Vertrag zu beenden schriftlich und fristgemäß vorgelegt werden.

### **8.5 Verlust von Rechten**

**Der Versicherte verliert das Recht auf die garantierte Leistung:**

**a) Falls der Versicherungsnehmer die Beantwortung des Gesundheitsfragebogens, oder der von ihm angeforderten Erläuterungen nicht wahrheitsgemäß durchführt, indem er etwa relevante Umstände bewusst verschweigt, oder keine ausreichende Sorgfalt bei der Bereitstellung der von ihm verlangten Daten walten lässt (Abschnitt 10 des Versicherungsvertragsrechts).**

### **8.6 Aussetzung und Beendigung des Versicherungsvertrages**

**a) DKV Seguros kann den Vertrag durch eine schriftliche Erklärung gegenüber dem Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats kündigen, gerechnet ab dem Zeitpunkt der Kenntnisnahme über das Verschweigen oder die Ungenauigkeit**

**des Versicherungsnehmers bei der Beantwortung des Gesundheitsfragebogens (Artikel 10 des Versicherungsvertragsrechts).**

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

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

**Im Falle eines Ausfalls der zweiten oder der nachfolgenden Prämien oder deren Raten, wird die Deckung von DKV Seguros einen Monat nach Fälligkeit dieser Prämie oder des Bruchteils davon suspendiert.**

**Wenn DKV Seguros die Zahlung nicht innerhalb von sechs Monaten nach diesem Fälligkeitsdatum reklamiert, gilt der Vertrag als erloschen.**

**Wenn der Vertrag aufgrund der oben genannten Bedingungen weder aufgelöst wird, noch erlischt, tritt die Deckung nicht rückwirkend nach Ablauf von 24 Stunden nach dem Tag in Kraft, an dem der Versicherungsnehmer die Prämie zahlt.**

### 8.7 Kommunikation

Schriftliche Mitteilungen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Personen sind ausschließlich immer an den Sitz von DKV Seguros zu richten. Unabhängig davon haben auch Mitteilungen, die nachweislich an den Vermittler von DKV Seguros gerichtet sind, der die Police vermittelt hat, Gültigkeit.

Von einem Vermittler gegenüber DKV Seguros im Namen des Versicherungsnehmers oder den versicherten Personen veranlasste Mitteilungen haben die gleiche Rechtswirkung, wie wenn sie vom Versicherungsnehmer oder von versicherten Personen selbst an DKV Seguros veranlasst worden wären.

Mitteilungen, die vom Versicherungsnehmer oder den versicherten Personen an den Vermittler gerichtet werden, haben jedoch keine Rechtswirkung für DKV Seguros.

Mitteilungen von DKV Seguros an den Versicherungsnehmer oder die versicherten Personen werden an die im Vertrag angegebene Wohnsitzadresse versandt, sofern DKV Seguros keine Änderung des Wohnsitzes mitgeteilt wurde.

### 8.8 Spezielle Gesundheitsrisiken

Zur Aufnahme eines vom Versicherungsschutz dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen nicht gedeckten oder nicht ausdrücklich aufgeführten Risikos kann der Versicherungsnehmer einen versicherungsmedizinischen Zuschlag mit DKV Seguros vereinbaren.

Um Versicherungsschutz für die so genannten besonderen Gesundheitsrisiken gewährleisten zu können, müssen diese ausdrücklich in den Besonderen Versicherungsbedingungen aufgeführt sein. Vom Versicherungsnehmer ist hierfür ein Zusatzbeitrag zu entrichten.

### 8.9 Steuern und Zuschläge

Gesetzlich abzuführende Steuern und Abgaben gehen zu Lasten des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Personen.



# **Anhang I: Auslandsreise- versicherung**

## 1. Einleitende Bestimmungen

### 1.1 Versicherte Personen

Die in Spanien ansässige natürliche Person, die Krankenversicherungsnehmer ist. Die in Spanien ansässige natürliche Person, die Krankenversicherungsnehmer ist. Die in Spanien ansässige natürliche Person, die Krankenversicherungsnehmer ist. Die in Spanien ansässige natürliche Person, die Krankenversicherungsnehmer ist. Die in Spanien ansässige natürliche Person, die Krankenversicherungsnehmer ist.

### 1.2 Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Die Versicherungsschutz gilt weltweit und nach Überschreiten der Grenze der Provinz, in der sich der gewöhnliche Wohnsitz der versicherten Person befindet. Lediglich die Leistungen unter 2.1.1, 2.1.3, 2.1.14, 2.1.20 sowie die Leistungen 2.1.6, 2.1.8 über Hotelkosten gelten nicht in Spanien, sondern werden nur bei Auslandsreisen der versicherten Personen gezahlt.

### 1.3 Dauer des Versicherungsschutzes

Die Dauer des Versicherungsschutzes ist der des Hauptversicherungsschutzes der Krankenversicherung angepasst.

### 1.4 Gültigkeit

Die versicherte Person kann die Leistungen des Versicherungsschutzes nur in Anspruch nehmen, wenn ihr gewöhnlicher Wohnsitz in Spanien liegt und die Abwesenheit von diesem Wohnsitz durch Reise oder vorübergehende Aufenthalte außerhalb der Wohnung einen Zeitraum von 180 aufeinander folgenden Tagen nicht überschreitet.

## 2. Beschreibung der Leistungen

### 2.1 Versorgung

**2.1.1 Aufwendungen für ärztliche Behandlungen, für Medikamente, für chirurgische Eingriffe, für stationäre Aufenthalte und Transport im**

### **Krankenwagen bei Behandlung im Ausland**

DKV Seguros übernimmt die Aufwendungen für medizinisch chirurgische Behandlungen, für durch einen Arzt verschriebene Medikamente, für stationäre Behandlungen und Krankentransporte, die durch eine während der Reise ins Ausland eingetretene Erkrankung oder als Folge eines Unfalls notwendig werden, bis zu einem Höchstbetrag von 20.000 EUR.

Die Deckungsgrenze des Versicherungsschutzes gilt pro Unfall und Versichertem.

#### **2.1.2 Aufwendungen für zahnmedizinische Notfälle**

Wenn während der Reise akute zahnmedizinische Probleme wie Entzündungen, Zahnschmerzen oder Verletzungen auftreten, welche eine Notfallbehandlung erfordern, übernimmt DKV Seguros die durch die Behandlung **entstehenden Aufwendungen bis maximal 300 Euro**.

#### **2.1.3 Aufwendungen für die Verlängerung eines Hotelaufenthaltes**

Wenn der Versicherte im Ausland krank oder verletzt ist und die Rückreise nicht zum geplanten Zeitpunkt möglich ist, übernimmt DKV Seguros die Aufwendungen für die durch einen Arzt verordnete Verlängerung des Aufenthaltes nach einem Krankenhausaufenthalt der

versicherten Person **bis zu einem Betrag von 80 Euro pro Tag und bis max. 800 Euro**.

#### **2.1.4 Überführung oder Verlegung**

Falls die versicherte Person während der Reise erkrankt oder einen Unfall erleidet, übernimmt DKV Seguros folgende Leistungen:

- a)** Die Aufwendungen des Transportes im Krankenwagen bis zum nächstgelegenen Krankenhaus.
- b)** Kontaktaufnahme mit dem Arzt, der die verletzte oder erkrankte versicherte Person behandelt, um die in dieser Situation am besten geeigneten Maßnahmen zu bestimmen, wie zum Beispiel die angemessene Behandlung und - falls notwendig - das am besten geeignete Transportmittel für die eventuelle Verlegung in ein anderes Krankenhaus oder zum Wohnsitz der versicherten Person zu finden.
- c)** Die Aufwendungen der Verlegung des Verletzten oder Erkrankten durch das am besten geeignete Transportmittel in ein anderes Krankenhaus oder zu seinem gewöhnlichen Wohnsitz.

Wenn die versicherte Person in ein Krankenhaus eingeliefert wird, welches nicht in der Nähe ihres Aufenthaltsortes liegt, übernimmt DKV Seguros später nach Entlassung aus dem Krankenhaus den Transport zu diesem Wohnsitz.

Das gewöhnliche Transportmittel in Europa und in Mittelmeer-Anrainerstaaten ist ein spezielles Ambulanzflugzeug, falls die Dringlichkeit und der Schweregrad des Falles dies erfordern.

Andernfalls oder in anderen Gegenden der Welt erfolgt die Verlegung durch einen regulären Linienflug oder durch den jeweiligen Umständen entsprechende schnellere und geeignetere Transportmittel.

### **2.1.5 Rückführung von Verstorbenen und Begleitern**

DKV Seguros übernimmt sowohl alle anfallenden Formalitäten an dem Ort, wo sich die versicherte Person bei Eintritt ihres Todes befindet, als auch die Aufwendungen für die Überführung an den für ihre Bestattung bestimmten Ort in Spanien.

Sollten die die versicherte Person begleitenden mitversicherten Angehörigen zum Zeitpunkt ihres Todes mangels finanzieller Mittel nicht verfrüht zurückkehren können oder sollte eine Umbuchung des Reisetickets nicht möglich sein, übernimmt DKV Seguros die Aufwendungen des Transports der Angehörigen zum Bestattungsort oder zum gewöhnlichen Wohnsitz in Spanien.

Handelt es sich bei den Angehörigen des Verstorbenen um Kinder unter 15 Jahren, die sich nicht in Begleitung eines Verwandten oder einer Vertrauensperson befinden, stellt DKV Seguros eine Person zur Verfügung, die sie bis zum Bestattungsort bzw. bis zum gewöhnlichen Wohnsitz in Spanien begleitet.

### **2.1.6 Überführung sterblicher Überreste**

Sollte kein Begleiter für die sterblichen Überreste des Versicherten vor Ort sein, stellt DKV Seguros einer von der Familie bestimmten Person ein Hin- und Rückflugticket zur Begleitung der Leiche.

Wenn der Todesfall im Ausland eintritt, übernimmt DKV Seguros zudem die Aufenthaltskosten dieser Person bzw. die Aufenthaltskosten einer anderen Person, die bereits vor Ort ist, da sie mit dem verstorbenen Versicherungsnehmer reist, und von den Familienmitgliedern zur Begleitung der Leiche bestimmt wurde. Dabei gilt eine Höchstgrenze von 80 Euro pro Tag für einen maximalen Zeitraum von drei Tagen.

### **2.1.7 Rückführung oder Überführung anderer Versicherter**

Wenn einer der Versicherten wegen Krankheit oder Unfall überführt oder zurückgeführt werden musste und dieser Umstand verhindert, dass die anderen, ebenfalls versicherten

Familienmitglieder mit den ursprünglich vorgesehenen Mitteln die Rückkehr zu Ihrem Wohnsitz antreten, übernimmt DKV Seguros die Kosten für:

- a) Die Aufwendungen für den Transport der übrigen versicherten Personen bis zu ihrem gewöhnlichen Wohnsitz oder zu dem Ort, in dem die versicherte Person durch Überführung oder Verlegung stationär eingewiesen ist.
- b) Die Aufwendungen für eine Begleitperson für die Rückreise der übrigen versicherten Personen, wenn es sich um Kinder unter 15 Jahren handelt und sie sich nicht in Begleitung eines Verwandten oder einer Vertrauensperson befinden.

### **2.1.8 Reise einer Begleitperson**

Falls die versicherte Person mehr als 5 Tage stationär behandelt wird, übernimmt DKV Seguros die Aufwendungen für ein Hin- und Rückreiseticket für einen Familienangehörigen zur Unterstützung der versicherten Person. Außerdem übernimmt DKV Seguros die Aufwendungen der Verlängerung des Hotelaufenthalts des Familienangehörigen, falls die stationäre Behandlung im Ausland vollzogen wird. Erstattet werden bei Vorlage der dazugehörigen Zahlungsbelege 80 Euro täglich bis zu einer Höchstgrenze von zehn Tagen.

### **2.1.9 Vorzeitige Rückkehr zum gewöhnlichen Wohnsitz**

Falls sich während der Reise, wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Wohnsitz aufhält, ein Brand oder ein schwerer Schaden ereignet oder falls ein Familienmitglied ersten Grades verstirbt, stellt DKV Seguros für die Rückreise der versicherten Person zu ihrem gewöhnlichen Wohnort ein Rückreiseticket zur Verfügung, wenn das Ticket, das die versicherte Person besitzt, keine vorzeitige Rückreise erlaubt.

Falls die versicherte Person aufgrund einer dies erfordernden Situation zu ihrem Wohnsitz zurückkehrt, danach aber zurück zu ihrem Ausgangspunkt der Reise gelangen möchte, erstattet DKV Seguros ihr dieses Ticket.

### **2.1.10 Medikamentenversand**

Benötigt die versicherte Person während ihrer Reise ärztliche Informationen, die sie vor Ort nicht erhalten kann, hat sie die Möglichkeit, sich telefonisch mit der Kundenzentrale in Verbindung zu setzen.

### **2.1.11 Hilfe bei der Gepäcksuche**

Benötigt die versicherte Person während ihrer Reise ärztliche Informationen, die sie vor Ort nicht erhalten kann, hat sie die Möglichkeit, sich telefonisch mit der Kundenbetreuungszentrale in Verbindung zu setzen.

Da telefonisch keine verbindliche Diagnose gestellt werden kann, sind solche Gespräche lediglich als Ratschlag zu betrachten, die DKV Seguros haftet nicht für diese unverbindliche Diagnose.

#### **2.1.12 Hilfe bei der Gepäcksuche**

Bei Verlust von Gepäckstücken steht DKV Seguros den versicherten Personen unterstützend zur Seite, um das verlorene Gepäck schnellstmöglich wiederzubeschaffen. Die Aufwendungen für den Versand von wieder gefundenen Gepäckstücken an den Heimatwohnsitz der versicherten Person werden übernommen.

#### **2.1.13 Übermittlung von Dokumenten**

Benötigt die versicherte Person dringend wichtige Unterlagen oder Dokumente, die sie nicht bei sich führt, leitet DKV Seguros die notwendigen Schritte für den Versand dieser Unterlagen zu ihrem Aufenthaltsort ein.

#### **2.1.14 Aufwendungen für einen Rechtsbeistand und Vorschuss einer Prozessbürgschaft im Ausland**

Falls sich während der Reise im Ausland ein Verkehrsunfall ereignet, und die versicherte Person muss einen Rechtsbeistand engagieren, übernimmt DKV Seguros die dadurch entstehenden Aufwendungen **bis zu einer Höchstgrenze von 1.500 Euro**.

Falls die versicherte Person nicht in der Lage ist, einen Rechtsbeistand selbst zu bestimmen, bestimmt DKV Seguros einen, er übernimmt jedoch keine Haftung für die aus dem Handeln des Anwalts entstehenden Folgen.

Falls die zuständigen Behörden des jeweiligen Landes, in welchem der Unfall geschah, gegen die versicherte Person eine Strafkautions festsetzen, gewährt DKV Seguros einen Vorschuss, **der auf einen Höchstbetrag von 6.000 Euro begrenzt ist**.

Dieser Vorschuss ist von der versicherten Person innerhalb von **drei Monaten ab dem Zeitpunkt** der Vorschussleistung an DKV Seguros zurückzuzahlen. Erstaten die zuständigen Behörden der versicherten Person den Betrag vor Ablauf dieser dreimonatigen Frist, so hat die versicherte Person den Vorschuss umgehend an DKV Seguros zurückzuzahlen.

#### **2.1.15 Reiseinformation**

Wenn der Versicherte Informationen über die Länder erhalten möchte, die er besuchen möchte, wie zum Beispiel Einreiseformalitäten, Visa, Währung, wirtschaftliches und politisches Regime, Bevölkerung, Sprache, Gesundheitszustand etc., stellt DKV Seguros diese allgemeine Informationen gerne zur Verfügung, wenn Sie sich mit dem Unternehmen über die angegebene Telefonnummer

in Verbindung setzen und die Beantwortung Ihrer Fragen per Telefon oder E-Mail beantragen.

#### **2.1.16 Übermittlung von Nachrichten**

DKV Seguros übernimmt im Auftrag der versicherten Person die Übermittlung von dringenden Mitteilungen, die aufgrund von den hier genannten und unter den Versicherungsschutz fallenden Ereignisse notwendig werden.

#### **2.1.17 Familienhilfe**

Wenn infolge der Reisegarantie eines Familienmitglieds aufgrund von Krankenhauseinweisung oder Todesfall des Versicherten Kinder unter 15 Jahren oder mit Behinderung alleine zu Hause bleiben, wird eine Aufsichtsperson zur Verfügung gestellt.

**Dabei gilt eine Höchstgrenze von 60 Euro pro Tag für einen maximalen Zeitraum von sieben Tagen.**

#### **2.1.18 Sperren von Karten**

Bei Diebstahl, Verlust oder Abhandenkommen von Bankkarten oder anderen Karten, die von spanischen Institutionen ausgestellt wurden, verpflichtet sich DKV Seguros auf Anfrage des Versicherten, dem Emissionsinstitut die Sperrung der Karte mitzuteilen.

#### **2.1.19 Sperren von Mobiltelefonen**

Wenn die versicherte Person eine Benachrichtigung über den Diebstahl oder Verlust des Mobiltelefons

übermittelt, teilt DKV Seguros diesen Umstand dem Telefonanbieter mit, um die Sperrung des Geräts zu beantragen. DKV Seguros übernimmt in keinem Fall Verantwortung für missbräuchliche Nutzungen.

#### **2.1.20 Vorauszahlung von Geldern im Ausland**

Wenn nötig, verauslagt DKV Seguros dem Versicherten zusätzliche Kosten aufgrund eines Unfalls oder Krankheitsfalls im Ausland **bis zu einer Höchstgrenze von 1.500 Euro**, gegen Unterzeichnung eines Schuldanerkenntnisses oder Bankschecks in Höhe des betreffenden Betrags oder Euro-Gegenwerts des verauslagten Betrags, immer unter Berücksichtigung der geltenden Rechtsvorschriften in Bezug auf Devisenkontrolle.

**Der Versicherte verpflichtet sich, DKV Seguros den verauslagten Betrag innerhalb von maximal 30 Tagen ab verauslagter Zahlung zurückzuerstatten.**

#### **2.2 Gepäck**

##### **2.2.1 Verwaltungskosten für verlorene Dokumente**

Abgedeckt sind, **bis zu einem Höchstbetrag von 120 Euro**, begründete Ausgaben, die für den Versicherten während der Reise zum Ersetzen von Kreditkarten, Bankschecks, Reiseschecks, Tankkarten,

Transporttickets, Reisepässen, Visa entstehen, die während der Reise oder des Aufenthalts außerhalb seines ständigen Wohnsitzes gestohlen oder verloren wurden.

**Aus 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 Verzögerungen

### 2.3.1 Verpassen von Anschlussverbindungen von öffentlichen Verkehrsmitteln

Wenn die öffentlichen Verkehrsmittel sich aufgrund von technischen Störungen, Streiks, extremen Witterungsbedingungen oder Naturkatastrophen, gewaltsames Eingreifen der Behörden oder anderer Personen verspäten und infolgedessen der fahrplanmäßige Verkehrsanschluss verpasst wird, erstattet **DKV Seguros die mit der Verspätung verbundenen Ausgaben für Unterkunft und Verpflegung bis zu einem Höchstbetrag von 120 Euro.**

## 3. Vertragsbeschränkungen

### 3.1 Ausschlüsse

**3.1.1 Leistungen, die nicht bei DKV Seguros beantragt wurden und die nicht mit seinem Einverständnis oder durch ihn ausgeführt werden, außer in Schadensfällen, welche durch höhere Gewalt verursacht wurden, oder bei Mangel an Beweisen.**

**3.1.2 Krankheiten oder Verletzungen, die als Folge eines chronischen Leidens oder am Anfang der Reise als Komplikationen oder Rückfälle auftreten.**

**3.1.3 Suizid oder Krankheiten und Verletzungen, die aus einem Suizidversuch entstehen. Sowie Krankheiten oder Verletzungen als Folge von mittelbaren oder unmittelbaren kriminellen Handlungen.**

**3.1.4 Falls die zu behandelnden Krankheiten aufgrund von Drogenkonsum, Konsumierung von Narkosemitteln oder durch Verwendung von verschreibungspflichtigen Medikamenten entstehen.**

**3.1.5 Aufwendungen für Prothesen, Brillen oder Kontaktlinsen sowie für Geburt und Schwangerschaft, ausgenommen unvorhersehbare Komplikationen während der ersten**



**sechs Schwangerschaftsmonate, sowie für die Behandlung von jeglichen geistigen Krankheiten.**

**3.1.6 Schäden oder Unfälle, die durch die Teilnahme an sportlichen Wettbewerben hervorgerufen werden sowie die Aufwendungen für die Rettung von Personen aus Seenot, Bergnot oder aus der Wüste.**

**3.1.7 Jegliche medizinischen oder pharmazeutischen Aufwendungen unterhalb eines Betrages von 10 EUR.**

**3.1.8 Die Aufwendungen der Bestattung und der Grabzeremonie.**

**3.1.9 Schadensfälle im Zusammenhang mit Kriegen, Pandemien, Demonstrationen, Volksaufständen, Terrorakten, Sabotageakten, Streiks, Festnahmen durch Befehlsgewalten aufgrund von Straftaten, die nicht aufgrund von Verkehrsunfällen entstehen, Beschränkungen des freien Warenverkehrs oder höherer Gewalt, außer der Versicherte beweist, dass der Schadensfall nicht mit den vorgenannten Umständen in Zusammenhang steht.**

**3.1.10 Schadensfälle aufgrund von Bestrahlung infolge von nuklearer Transmutation oder Zerfall bzw. Radioaktivität sowie Schadensfälle infolge von biologischen oder chemischen Agenzien.**

**3.1.11 Schäden, die vorsätzlich vom Versicherten verursacht werden oder aus grober Fahrlässigkeit entstehen.**

## **4. Schlussbestimmungen**

Bei telefonischer Kommunikation zur Beantragung von Leistungen müssen folgende Angaben gemacht werden: Name der versicherten Person, die Versicherungsnummer der Krankenversicherungspolice oder die Nummer der Versichertenkarte, der Ort, wo sich die versicherte Person gerade aufhält, eine Telefonnummer, unter der die versicherte Person erreichbar ist und der Service, der benötigt wird.

Es wird nicht gehaftet für Verzögerungen und Nichterfüllung aufgrund Höherer Gewalt oder aufgrund von spezifischen administrativen oder politischen Anordnungen von Regierungsstellen eines bestimmten Landes. Auf jeden Fall, und sofern eine direkte Einschaltung unmöglich ist, erhält die versicherte Person nach Rückkehr nach Spanien oder bei Notwendigkeit, wenn sie sich in einem Land aufhält, wo die vorgenannten Umstände nicht auftreten, die mit Belegen nachgewiesenen Aufwendungen für die stattgefundenen Behandlungen zurückerstattet.

Die medizinischen Leistungen und der Rücktransport dürfen nur durchgeführt werden nach vorhergehender Vereinbarung des Arztes des behandelnden medizinischen Zentrums mit dem medizinischen Team von DKV Seguros.

Im Fall, dass der versicherten Person für den Fall der Nicht-Benutzung des Tickets für die Heimreise Geld zurückgezahlt wird, muss sie bei Inanspruchnahme der Rückführungsgarantie das Geld an den Versicherer zurückzahlen.

Die in dem Deckungsumfang beschriebenen Leistungen sind subsidiär im Hinblick auf mögliche Verträge, die die versicherte Person speziell gegen die gleichen Risiken bei der Sozialversicherung oder einem vergleichbaren kollektiven System abgeschlossen hat.

DKV Seguros bleibt bis zum Gesamtbetrag der geleisteten oder erhaltenen Service-Leistungen freigestellt gegenüber Rechten und Handlungen, welche die versicherte Person aufgrund ihres Handelns zu vertreten hat.

**Um die Leistungen von DKV Seguros, die mit den vorgenannten Deckungen verbunden sind, zu erhalten, ist es unabdinglich, dass die versicherte Person die Einschaltung im Augenblick des Eintritts des Ereignisses beantragt und sich an folgende Telefonnummer wendet: +34 91 379 04 34.**

# **Anhang II: Überführung des Verstorbenen im Todesfall**

## Einleitende Bestimmungen

### Versicherte Personen

In Spanien ansässige Ausländer, die bei DKV Seguros krankenversichert sind.

### Geltungsbereich und Dauer der Versicherung

Der Geltungsbereich erstreckt sich auf Spanien. Die Dauer der Versicherung entspricht derjenigen der Krankenversicherung "DKV Residentes".

### Versicherte Leistungen

#### 1. Überführung von Verstorbenen

Im Todesfall übernimmt der Versicherer alle Aufwendungen und anfallenden Formalitäten für die Vorbereitung und die Überführung der sterblichen Überreste von dem Ort in Spanien, an dem sich der Versicherte bei Eintritt des Todes befand bis zum

dem internationalen Flughafen, der dem Bestattungsort in Deutschland am nächsten liegt.

Die Bestattungskosten sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

#### 2. Begleitperson

Der Versicherer übernimmt die Aufwendungen für die Reise einer durch die Rechtsnachfolger des verstorbenen Versicherten bestimmten Person aus dem Heimatland nach Spanien und zurück (bzw. aus Spanien in das Heimatland und zurück), die der Überführung der sterblichen Überreste beiwohnen kann.

#### 3. Höchstversicherungssumme pro Schadensfall

Die von DKV garantierte Höchstversicherungssumme pro Schadensfall für alle im Versicherungsschutz eingeschlossenen Leistungen beträgt 6.000 EUR.

### **Außergewöhnliche Umstände**

Der Versicherer übernimmt keine Haftung für Verzögerungen oder Nichterfüllung der Vertragsbedingungen, die aufgrund höherer Gewalt oder der politischen oder wirtschaftlichen Situation eines Landes hervorgerufen werden.

### **Ausschlüsse und Beschränkungen**

**Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind:**

**a) Leistungen oder Dienstleistungen, für die keine Anträge auf Kostenübernahme beim Versicherer gestellt werden oder die ohne seine Bewilligung in Anspruch genommen werden. Ausgenommen hiervon sind Schadensfälle, die aufgrund höherer Gewalt oder fehlender Mittel nicht beantragt oder mitgeteilt werden können. Der Versicherte hat hierüber einen Nachweis zu erbringen.**

**b) Berg-, See- oder Wüstenrettung.**

# **Anhang III: Best Care**

## 1. Deckungsumfang

Der Service Best Care garantiert in einer Frist von max. fünf Tagen Zugang zu renommierten und anerkannten Experten in Deutschland zur diagnostischen und therapeutischen Behandlung für bestimmte Krankheitsbilder, die in diesem Anhang (vergleichen Sie Nr. 2.1) dargestellt sind.

## 2. Wann liegt ein Versicherungsfall von Best Care vor?

### 2.1 Schadensfall

Es besteht Versicherungsschutz nach Best Care, bei im Krankenhaus stationär behandlungsbedürftigen – Erkrankungen, Fehlbildungen und Komplikationen nach Unfallverletzungen:

**a)** Für versicherte Personen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres

- > Chronische psychische Erkrankungen (z.B. Zuckerkrankheit, Rheuma); nicht aber psychische (seelische) Erkrankungen (z.B. Depression, Verhaltensstörung)
- > Angeborene Fehlbildungen (z.B. Herzklappenfehler, Lippen-Kiefer-Gaumenspalte)
- > Bösartige Tumorerkrankungen (z.B. Blutkrebs)
- > Gutartige Tumore des Nervensystems (z.B. Geschwulst der Hirnanhangsdrüse)
- > Komplikationen nach Unfallverletzungen (z.B. Knochenfehlstellung, Bewegungseinschränkung)

Wird vor Vollendung des 20. Lebensjahres eine Erkrankung diagnostiziert, die nur in Nr. 2.1 b) aufgeführt ist, gilt folgendes: Sie haben Anspruch auf alle Leistungen der Deckung Best Care.

**b)** Für versicherte Personen ab Vollendung des 20. Lebensjahres

- > Bösartige Tumorerkrankungen (z.B. Lungenkrebs, Darmkrebs, Brustkrebs)
- > Gutartige Tumore des Nervensystems (z.B. Tumor der Hirnhaut, des Hörnervs)
- > Herzerkrankungen (z.B. Verengung der Herzkranzgefäße, Herzrhythmusstörungen)
- > Arterielle Gefäßerkrankungen (z.B. Erweiterung der Bauchschlagader, Verengung der Beinschlagader)
- > Erkrankungen der Wirbelsäule mit Beeinträchtigung von Nerven (z.B. Bandscheibenvorfall)
- > Erkrankungen und Verletzungen des Knie- und Schultergelenks (z. B. Arthrose, Kreuzbandriss)

Komplikationen nach Unfallverletzungen (z. B. Lähmungserscheinungen, Bewegungseinschränkungen)

## 2.2 Ärztliche Nachweise

Zum Nachweis bzgl. des Vorliegens der o.g. Voraussetzungen hat die versicherte Person ärztliche Befunde über das Vorliegen einer Diagnose nach Nr. 2.1 an DKV Seguros zu senden. Sie kann uns die Unterlagen in Textform (z.B. per Brief oder E-Mail)

an den Case Manager Best Care (vergleichen Sie Nr. 7) zusenden. Die ärztlichen Berichte müssen neben dem medizinischen Befund folgende Angaben enthalten: Vor- und Zuname der betroffenen versicherten Person sowie das Datum des diagnostischen Befundes. Diese Unterlagen werden Eigentum von DKV Seguros.

Versehen Sie dabei die Unterlagen – bei Briefen von außen auf dem Briefumschlag – deutlich sichtbar mit dem **Stichwort „Best Care“ und dem Alter der versicherten Person. Fehlt das Stichwort** beginnt die Fünf-Tage-Frist nach Nr. 2.3 erst mit Zugang der Nachweise in der zuständigen Serviceeinheit.

## 2.3 Organisation der Behandlung

**a)** Wir schalten für Sie für die jeweilige Diagnose qualifizierten Top-Experten (vgl. Nr. 4) ein. Ist eine Operation erforderlich, organisieren wir auf der Grundlage des bestehenden Krankenversicherungsschutzes, dass der Experte die Operation durchführt. Erfolgt keine Operation, besteht die Expertenleistung in einer begründeten Empfehlung für die weitere Behandlung, ggf. im Rahmen einer vorstationären medizinischen Sprechstunde.

Wir sichern zu, dass:



- > die stationäre Aufnahme in dem Krankenhaus, in dem der ausgewählte Top-Experte praktiziert, durchgeführt wird
- > oder die Konsultation in der vorstationären medizinischen Sprechstunde des Top-Experten stattfindet.

Die Maßnahme wird innerhalb von fünf Werktagen außer Samstags realisiert. Die Fünf-Tage-Frist beginnt am folgenden Tag, nachdem wir die Nachweise (ärztliche Berichte) erhalten haben; vergleichen Sie hierzu Abschnitt Nr. 2.2. Sollte die versicherte Person nicht transportfähig sein, beginnt die Frist an dem Tag, an dem Sie uns die ärztlich gesicherte Transportfähigkeit mitteilen.

**b)** Die Operation kann auch durch den ständigen Vertreter des Top-Experten erfolgen, wenn der Experte unvorhergesehen verhindert ist. Eine unvorhersehbare Verhinderung liegt vor, wenn der Experte die Operation aufgrund einer Erkrankung nicht durchführen kann. Entsprechendes gilt, wenn der Experte durch eine unplanbare berufliche Verpflichtung oder vergleichbar gravierende Gründe verhindert ist, die Intervention durchführen zu können. Die berufliche Verpflichtung muss aufgrund des Anstellungsvertrages oder einer Güterabwägung vorrangig sein.

**c)** Ist keine Operation erforderlich, besteht kein Anspruch, dass nach Festlegung der Therapie auch die anschließende Behandlung durch einen Top-Experten erfolgt.

**d)** Im Übrigen besteht im Versicherungsfall ein Anspruch auf Beratung vor, während und nach der Behandlung durch unser Kundenservice Center. Diese umfasst u. a. Informationen über die Kostenträger von medizinisch notwendigen Anschlussheilbehandlungen. Auf Wunsch der versicherten Person übernimmt DKV Seguros mit Unterstützung von DKV Deutsche Krankenversicherung AG auch gerne die Organisation dieser Maßnahmen. Voraussetzung ist, dass kein anderer Leistungsträger (z.B. Rentenversicherung, Berufsgenossenschaft, Gesetzliche Krankenversicherung/GKV, anderer privater Krankenversicherer) zuständig ist.

#### **2.4 Garantierte Aufwandspauschale**

Gemäß den genannten Bedingungen hat die versicherte Person das Recht auf Zahlung einer garantierten Aufwandspauschale in Höhe von 500 EUR. Diese garantierte Pauschale zahlen wir Ihnen, wenn die medizinischen Nachweise nach Nr. 2.2 erbracht sind. Dies gilt unabhängig davon, ob die Organisation der Behandlung erfolgt.

## 2.5 Ersatzpauschale

Können wir die Fünf-Tage-Frist bei der Organisation der Behandlung ausnahmsweise nicht einhalten, zahlen wir Ihnen einmalig eine Ersatzpauschale in Höhe von 500 EUR. Wir werden danach weiterhin versuchen, schnellstmöglich einen Top-Experten einzuschalten.

Weitergehende Ansprüche bestehen nicht.

## 2.6 Wann besteht ein erneuter Anspruch auf die Leistungen des Tarifs Best Care?

**Ein erneuter Anspruch auf Leistungen aufgrund derselben Diagnose besteht frühestens zwölf Monate nach Ablauf der Fünf-Tage-Frist.**

Die Zwölf-Monats-Frist gilt nicht, wenn die Leistungsvoraussetzungen aufgrund einer anderen Diagnose erfüllt sind. Dies ist dann der Fall, wenn die neue Diagnose nicht in einem ursächlichen Zusammenhang mit der bisher behandelten steht. Entsprechendes gilt, wenn zwar ein ursächlicher Zusammenhang besteht, das Krankheitsgeschehen aber als ein selbstständiges zu bewerten ist. Von einem selbstständigen Krankheitsgeschehen ist auszugehen, wenn andere Körperteile oder Organe betroffen sind.

## 3. Ausgeschlossene Leistungen des Produkts Best Care

- > **Krankheiten, Missbildungen oder Verletzungen infolge von Unfällen oder bereits vor Abschluss der Versicherung bestehende sogenannte Vorerkrankungen.**
- > **Akute Notfälle (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Unfall), die eine sofortige ärztliche Behandlung erfordern. Als Notfallbehandlung gilt auch, wenn die stationäre Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen vor Ablauf der Fünf-Tage-Frist (vergleichen Sie Nr. 2.3) begonnen werden muss.**
- > **Transplantationen (außer Hauttransplantationen)**
- > **Behandlungskosten**
- > **Kosten für Reisen und Transport, um den Experten aufzusuchen (sowohl Hin- als auch Rückreise)**

## 4. Best Care Experten

**4.1** Top-Experten im Sinne dieses Produktes sind Ärzte, die bezüglich der spezifischen Diagnose mit uns im Rahmen einer diesbezüglichen Vereinbarung kooperieren. Diese Ärzte sind renommiert und für die jeweilige Diagnose als Experte anerkannt. DKV AG trägt die Verantwortung dafür, welche Experten wir als Top-Experten aufnehmen. Sollten Top-Experten mit uns getroffene Vereinbarungen nicht einhalten, können wir die Zusammenarbeit mit diesen beenden. Eine Vermittlung zu diesem Top-Experten ist dann im Rahmen des Tarifs Best Care nicht mehr möglich.

**4.2** Bei der Auswahl der Top-Experten, bedienen wir uns wissenschaftlicher Kriterien und der Kenntnis von unserem Hause unabhängiger Fachleute.

**4.3** Soweit möglich, berücksichtigen wir gerne die Wünsche der versicherten Person, welcher der von uns genannten Experten eingeschaltet werden soll. Beachten Sie dabei, dass sich durch die Auswahl der Experten ergibt, wo die Leistungen in Deutschland erbracht werden.

## 5. Wer ist nach Best Care versicherungsfähig?

**5.1** Alle Personen, die die Versicherung DKV Residentes in der Deckungsmodalität "Komplettschutz + Überführung des Verstorbenen + Best Care" abschließen und deren aktuarielles Alter zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses zwischen 0 und 70 Jahren liegt. Wenn die Deckung einmal vereinbart ist, besteht sie auch über das genannte Höchstalter von 70 Jahren hinaus.

**5.2** Für das neugeborene Kind einer versicherten Person kann der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und Karenzzeiten ab Vollendung der Geburt beginnen. Dazu müssen Sie das Kind spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend zur Versicherung bei uns anmelden. Unter diesen Voraussetzungen stehen dann auch angeborene Anomalien und Krankheiten unter Versicherungsschutz.

Diese Regelungen gelten ebenfalls im Fall der Adoption von Minderjährigen. In diesem Fall können wir bei erhöhtem Morbiditätsrisiko einen versicherungsmedizinischen Zuschlag erheben, der max. 100 % des Beitrags erreichen kann.

## 6. Beginn und Ende des Versicherungsschutzes. Karenzzeiten

**6.1** Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung). Er beginnt auch nicht vor Ablauf der Karenzzeiten (vergleichen Sie Nr. 6.4).

**6.2** Für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten sind, übernehmen wir keine Deckungsleistungen. Davon ist auszugehen, wenn eine stationäre Krankenhausbehandlung als mögliche Behandlungsalternative zwischen Arzt und versicherter Person besprochen wurde. Dieses Gespräch muss in den letzten 24 Monaten vor Abschluss des Vertrages anlässlich der den Versicherungsfall auslösenden Diagnose erfolgt sein.

**6.3** Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsvertrages. Mit diesem Zeitpunkt endet auch eine ggf. noch nicht abgeschlossene Organisation der Behandlung.

**6.4 Die Karenzzeiten für die Nutzung der Deckung Best Care beträgt 3 Monate** vom Zeitpunkt

des Einschlusses der versicherten Person in die Versicherungspolice DKV Residentes nach der Modalität “Komplettschutz + Überführung des Verstorbenen + Best Care”.

Die Karenzzeiten entfällt nach Unfällen.

## 7. Mitteilungen

Im Schadensfall muss der Versicherte sich unter der Telefonnummer 976 506 000 mit unserem Kundenservice in Verbindung setzen. Dort müssen Sie sich als Versicherter von DKV Residentes mit der Modalität “Basisschutz + Rückführung + Best Care identifizieren, um Kontakt mit dem Case Manager von Best Care in Spanien aufzunehmen, der sich um alles Nötige kümmert, um Ihren Fall in Zusammenarbeit mit der DKV AG zu verwalten.

Die Anschrift, an die Sie die medizinischen Berichte gemäß Absatz 2.2 dieses Anhangs zu senden haben, lautet wie folgt:

DKV Seguros Centro de Gestión de Barcelona Att. Case Manager de Best Care C/ Bergueda, 1 – local 1 – esc. A

Oder per E-Mail an die folgende Adresse [bestcare@dkvseguros.es](mailto:bestcare@dkvseguros.es).

Oder per Fax Nr. +34 93 378 01 26.

**Der Versicherungsnehmer erklärt, dass er in Übereinstimmung mit den in Artikel 3 des Ley de Contrato de Seguro (Versicherungsvertragsgesetz) festgelegten Bestimmungen, ein Exemplar der gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit Anlagen zum Vertrag erhalten hat und bestätigt mit seiner Unterschrift sein Einverständnis zu den darin enthaltenen, begrenzenden und einschränkenden Klauseln und insbesondere zu den in Abschnitt 5 ausdrücklich hervorgehobenen, aufgeführten Ausschlüssen aus der Leistungspflicht und dass er den Inhalt kennt und verstanden hat, weil er diesen gelesen hat.**

Versicherungsnehmer

Versicherte Person

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

A handwritten signature in black ink, consisting of a horizontal line that curves upwards and then loops back down to cross itself, forming a stylized, abstract shape.

Folgen Sie uns auf:



Laden Sie die app herunter



Telefonische Beratung  
durch:

Fundación  
**INTEGRALIA DKV**



Verantwortlich mit  
Ihrer Gesundheit, der  
Gesellschaft und dem  
Planeten



Gesundes  
Unternehmen



Nachhaltiges  
Unternehmen

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