



Bei diesem Schriftstück handelt es sich um die Übersetzung der spanischen Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit ausschließlich informativem Charakter. Rechtsgültig und verbindlich sind nur die Allgemeinen Versicherungsbedingungen in spanischer Sprache.

Meine Gesundheit - weltweit zu
100 % abgedeckt

DKV Top Health®

Achten Sie gut auf Ihre Gesundheit

Ein Unternehmen
der ERGO Versicherungsgruppe

VERSICHERUNGSPOLICE DKV TOP HEALTH®

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, Torre DKV, Avda. 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-00013
Ausgabe aktualisiert im Januar 2017

2DNP1.CG/01_V13a

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

Seiten

WIR BEANTWORTEN IHRE FRAGEN	5
PROGRAMM VIDA SALUDABLE: “VIVE LA SALUD”	19
DKV CLUB FÜR GESUNDHEIT UND WOHLBEFINDEN	25
1. Service-Leistungen von e-Salud	26
2. Zusätzliche Premium Service-Leistungen	28
3. Kliniknetz in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA)	34
4. Telefonisches Kundencenter	34
VERSICHERUNGSVERTRAG:	
ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN	35
1. Einleitende Klausel	37
2. Grundlagen. Begriffsdefinitionen	39
3. Leistungsmodalitäten, Erweiterung und örtlicher Geltungsbereich der Versicherung	51
3.1 Gegenstand der Versicherung	51
3.2 Leistungsmodalitäten der Versicherung	52
3.3 Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	53
3.4 Zugang zu den Versicherungsleistungen.....	53
3.5 Regressforderungsklausel und Abtretung von Rechten.....	57
4. Versicherungsumfang	59
4.1 Ambulante ärztliche Behandlung.....	59
4.2 Notfallbehandlungen	60
4.3 Medizinische Versorgung durch Fachärzte und Fachchirurgen	60
4.4 Diagnostische Verfahren	63
4.5 Therapeutische Verfahren.....	65
4.6 Stationäre medizinische Versorgung.....	69
4.7 Zusätzliche Versicherungsleistungen	71
4.8 Exklusive Versicherungsdeckungen	74
4.9 Auslandsreiseversicherung.....	83

5.	Ausgeschlossene Deckungsleistungen	85
6.	Karennzeiten und Ausschluss	91
7.	Versicherungsleistungen gemäß vereinbarter Deckungsmodalität	93
7.1	Selbstbeteiligung	93
8.	Vertragsgrundlagen	95
8.1	Vertragsabschluss und Versicherungsdauer	95
8.2	Rechte und Obliegenheiten des Versicherungsnehmers oder der versicherten Personen	96
8.3	Obliegenheiten von DKV Seguros	97
8.4	Versicherungsbeitrag	97
8.5	Verlust von Ansprüchen und Auflösung des Vertrages	99
8.6	Aussetzung und Beendigung des Versicherungsvertrages	100
8.7	Kommunikation	100
8.8	Spezielle Gesundheitsrisiken	101
8.9	Steuern und Zuschläge	101
	ANHANG I: AUSLANDSREISEVERSICHERUNG	103

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” bzw. die “Besonderen Versicherungsbedingungen” enthalten 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 Medi-Card® 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 natürlichen Fälligkeitsdatum kündigen, wenn dies nachweislich der anderen Partei mitgeteilt 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 in Ihrer Police enthalten sind, anzubieten.

Gleichfalls ist DKV Seguros dazu berechtigt, an den Versicherungsnehmer Informationen über Versicherungsdeckungen, Vorsorgepläne und Programme zur Gesundheitsförderung, die in seinem 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.

Leistungsmodalitäten und Erweiterung der Versicherung

Wodurch zeichnet sich das Produkt “DKV Top Health®” hauptsächlich aus?

Bei “DKV Top Health®” 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 medizinische Einrichtungen, die nicht unter das Vertragsnetz “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros fallen, frei wählen wollen.

Hier gilt das Erstattungsprinzip: der Kunde tritt in Vorleistung und erhält den Rechnungsbetrag zu den Prozentsätzen und bis zu den Höchstsätzen, die in 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 Medi-Card® 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 Top Health®” erstattet - sofern nichts Gegenteiliges vereinbart ist - 100 % des Rechnungsbetrages für medizinisch notwendige Aufwendungen, die in Spanien und im Ausland angefallen sind ohne Leistungsbegrenzung, bis zu den Höchstgrenzen, die 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: partielle Erstattung der Rechnungsbeträge, die bei nicht dem Vertragsnetz zugehörigen Leistungserbringern 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.

- › Augenheilkunde: refraktive Chirurgie (Excimer-Laser) sind bis zu einer Höchstgrenze pro behandeltem Auge erstattungsfähig.
- › Klinische Psychologie: Beratungen bzw. Sitzungen werden bis zu einer Höchstgrenze je versicherte Person und Jahr erstattet.
- › Psychiatrische Behandlungen: Beratungen bzw. psychotherapeutische Sitzungen werden mit einem sich nach Anzahl der Sitzungen vermindernenden Prozentsatz 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 versicherte Person erstattet, die für versicherte Personen ab 16 Jahren höher ausfällt.
- › Behandlungen in Kurbädern werden bis zu einer Höchstaufenthaltsdauer je versicherte Person und Jahr erstattet, wenn sie nach einer mindestens dreitägigen stationären Behandlung durch einen Arzt verschrieben wurden und medizinisch dem Abschluss der Behandlung und zur Genesung der versicherten Person beitragen.

Wo gilt meine Versicherung?

Sie können als versicherte Person weltweit alle Ärzte und Kliniken außerhalb des medizinischen Netzes “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros aufsuchen. Sie haben Anspruch auf die Erstattung von Kosten für notwendige medizinische und chirurgische Behandlungen, vorausgesetzt, dass Sie mindestens sechs Monate (183 Tage) im Jahr in Spanien ansässig sind.

Zudem 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 Medi-Card®

Kann ein mit DKV Seguros vertragsgebundener Arzt des “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros neben der Kostenübernahmegarantie für bestimmte Leistungen die Vorlage meiner Versichertenkarte DKV Medi-Card® verlangen?

Ja. Mit der Versichertenkarte DKV Medi-Card® müssen Sie sich als Kunde von DKV Seguros gegenüber dem jeweiligen Leistungserbringer des Vertragsnetzes “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 Medi-Card® 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.

Was muss ich bei Verlust meiner Versichertenkarte DKV Medi-Card® 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 einer der folgenden Telefonnummern +34 902 499 499 | +34 913 438 596 | +34 934 797 539 in Verbindung setzen oder auch unsere Internet-Seiten unter 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 welche Untersuchungen oder 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. Weiterhin haben Sie die Möglichkeit, die Autorisation über eine dritte Person in unserer Geschäftsstelle unter Vorlage der Versicherungskarte 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 der monatlichen Beitragszahlung steht. Die Beitragszahlung kann jedoch auch 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 Vida Saludable: “Vive la Salud”?

Über den Internetzugang 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 Abschnitt 6 “Karenzzeiten”).

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 von DKV Seguros Zahnärzte und Zahnkliniken außerhalb des Vertragsnetzes "Red DKV de Servicios Sanitarios" (Leistungsmodalität Kostenerstattungsprinzip) weltweit aufsuchen und haben Anspruch auf Erstattung der medizinisch notwendigen Aufwendungen 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 für die von Ihnen benötigte Behandlung in ganz Spanien nach Vorlage Ihrer Versichertenkarte DKV Medi-Card® zur Verfügung (Leistungsmodalität Sachleistungsprinzip), ohne dass Sie in Vorleistung treten müssen.

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

Ja, es gibt eine jährliche Höchstgrenze je versicherte Person und Jahr, 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 Top Health®" Arzneimittel mit versichert?

Die Aufwendungen für Arzneimittel werden erstattet, 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 mit eingeschlossen.

Welche alternativen und ergänzenden Therapieformen sind im Versicherungsschutz von "DKV Top Health®" eingeschlossen?

Bei "DKV Top Health®" sind die nachfolgenden Therapieformen im Versicherungsschutz eingeschlossen, vorausgesetzt, dass sie durch einen Arzt durchgeführt werden: Die Aufwendungen für Homöopathie, Phytotherapie (Pflanzenheilkunde), Akupunktur und Chiropraktik 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 Chiropraktik 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 Top Health®” der chirurgische Eingriff bei Fehlsichtigkeit mit versichert?

Die refraktive Chirurgie mittels Excimer-Laser zur Korrektur von Fehlsichtigkeiten wie Kurzsichtigkeit (Myopie), Weitsichtigkeit (Hypermetropie) und Hornhautverkrümmung (Astigmatismus) ist im Versicherungsschutz eingeschlossen, wenn ab Einschluss der versicherten Person mindestens zwölf Monate vergangen sind.

Zur Inanspruchnahme dieses Services haben Sie als versicherte Person die Möglichkeit, nach vorheriger Mitteilung an DKV Seguros eine vertragsgebundene Augenklinik aufzusuchen oder den Eingriff in einer Augenklinik außerhalb des Netzwerkes von DKV Seguros (Leistungsmodalität Kostenerstattungsprinzip) durchführen zu lassen. In diesem Fall werden Ihnen die Aufwendungen gemäß den Festlegungen in der “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen erstattet.

Deckt “DKV Top Health®” auch die klinische Psychologie ab?

Ja, die klinische Psychologie ist bis zu einer Höchstzahl von Beratungen/ Sitzungen je versicherte Person

und Jahr - wie sie sich aus der “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen ergibt - im Versicherungsschutz eingeschlossen (zusammengenommen als Summe der Sitzungen innerhalb und außerhalb des Ärzte- und Kliniknetzes von DKV Seguros), vorausgesetzt, dass sie von einer dafür fachlich ausgebildeten Person durchgeführt wird.

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

Und die Familienplanung?

Ja, sowohl das Einsetzen eines Intrauterin-Pessars (IUP-Spirale ohne der Aufwendungen für die Spirale), als auch die Eileiterunterbindung, der Verschluss der Gebärmutterhöhle mittels der Hysteroskopie (Gebärmutter Spiegelung) und die Vasektomie (Durchtrennung der Samenstränge) sind abgedeckt.

Da es sich in den letzten drei Fällen um chirurgische Eingriffe handelt, oder Prothesen benötigt werden, ist eine Karenzzeit von sechs Monaten einzuhalten.

Deckt mein Versicherungsschutz “DKV Top Health®” auch die medizinisch unterstützte Fortpflanzung?

Ja, es sind Befruchtungstechniken gedeckt, die innerhalb der Landesgrenze angewendet werden, sowohl durch das Sachleistungsprinzip (zum Unternehmen angeschlossenes “DKV-Netzwerk für Gesundheitspflege”), als auch durch das Kostenerstattungsprinzip in Form von Erstattung der Kosten für bezahlte Rechnungen, mit einer Karenzzeit von 12 Monaten, sofern bei dem Paar eine Unfruchtbarkeit vorliegt, dieses kein gemeinsames Kind hat und sich beide im gebärfähigen Alter befinden (mindestens 18 Jahre und mit einem Höchstalter von 45 Jahren bei Frauen und 55 Jahren bei Männern). **Es sind sechs Versuche zur künstlichen Befruchtung und vier Versuche zur In-vitro-Fertilisation (IVF) mit eigenen Gameten enthalten sowie zwei Versuche für In-vitro-Fertilisation (IVF) mit Spender-Eizellen / Präembryonen.**

Weiterhin deckt Ihr Versicherungsschutz die Kryokonservierung (Gefrierkonservierung) von Spermien und von Eierstockgewebe (Eizellen) ab, sollten sich innerhalb der gesetzlich vorgesehenen Frist sich einer chirurgischen Behandlung, Strahlentherapie bzw. Chemotherapie unterwerfen.

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?

Ja. Im Rahmen der Krankenversicherung “DKV Top Health®” werden Rechnungen für Behandlungen im Ausland nach den gleichen Bedingungen und Höchstgrenzen wie für Behandlungen innerhalb Spaniens erstattet. Voraussetzung ist, dass Sie als versicherte Person mindestens sechs Monate (183 Tage) im Jahr in Spanien ansässig sind.

Weiterhin genießen Sie einen zusätzlichen Auslandsreiseschutz in allen Deckungsmodalitäten, der Ihnen eine medizinische Versorgung für max. 180 Tage je Reise oder Aufenthalt im Falle einer plötzlichen Erkrankung (Notfall) oder eines Unfalls während einer Auslandsreise gewährleistet (vergleichen Sie Anhang I).

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 auch 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 stationäre 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).

Hierfür ist der schriftliche Antrag eines Arztes erforderlich, aus dem der Grund für diese Einweisung hervorgeht.

Erfolgt eine Einweisung in eine nicht im "Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros 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 zum Vertragsnetz "Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros 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 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.

Gilt meine Krankenversicherung “DKV Top Health®” auch innerhalb des Kliniknetzes der Vereinigten Staaten von Amerika (USA)?

Ja, auch wenn die Versorgung in Kliniken der USA nicht Gegenstand dieses Versicherungsvertrages ist, können Sie mit Ihrer Krankenversicherung “DKV Top Health®” diesen von DKV Seguros zusätzlich angebotenen Service im Falle einer geplanten medizinisch-chirurgischen Einweisung in Anspruch nehmen, ohne dass Sie in Vorleistung treten müssen. Nach vorherigem Antrag und Kostenübernahmegarantie durch DKV Seguros wird die beantragte medizinische oder chirurgische Behandlung durchgeführt. Wenn Sie es wünschen, kümmert sich DKV Seguros auch um das Management wie Reiseformalitäten, Transport zum Krankenhaus einschließlich eines Übersetzerdienstes.

Anregungen und Beschwerden

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

Sie können dies schriftlich an eines unserer Büros, oder an den Kundenservice Defensa del Cliente senden. Hierzu können Sie sich an den Firmensitz der DKV Seguros wenden: Torre DKV, Avenida María Zambrano 31 (50018 Zaragoza), oder per E-Mail: defensacliente@dkvseguros.es. Sie können auch unseren Kundenbetreuungsservice unter einer der folgenden Nummern anrufen: +34 902 499 499 / + 34 913 438 596 / +34 934 797 539.

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”).

Plan de Vida
Saludable:
“Vive la Salud”
Programm Gesundes
Leben: “Es lebe die
Gesundheit”

DKV Seguros stellt ihren versicherten Personen die Möglichkeit zur Verfügung, auf das **Programm Gesundes Leben: “Es lebe die Gesundheit”** 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 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 sowie Adoleszenz) und 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 Vaginalabstrichen 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 ischämische 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, um diese 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 diesen Programm ist ausschließlich **über das Internet bei programas.vivelasalud.com möglich.**

Weitere Informationen zu diesen Programmen erhalten Sie **unter einer unserer nachfolgenden Telefonnummern: +34 902 499 499 | +34 913 438 596 | +34 934 797 539.**

DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden

‘Der Abschluss der Krankenversicherung “DKV Top Health®” gibt den versicherten Personen Zugang zu zusätzlichen Service-Leistungen des DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden, abweichend von der Versicherungsdeckung, wie im folgenden beschrieben.

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

1. Services von e-Salud

Medizinische Fernbetreuung

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”

Die versicherte Person kann bis zu drei 30-minütige psychologische Beratungstermine je Jahr wahrnehmen und dabei die Beratung durch ein qualifiziertes Psychologen-Team, das jeden Fall individuell studiert, in Anspruch nehmen. Die Sprechzeiten sind montags bis freitags von 8:00 bis 21:00 Uhr nach vorheriger Terminvereinbarung.

Beratungsservice bei “Schweren Erkrankungen”

1.11 Zweite ärztliche Meinung

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. mögliche alternative Behandlungsformen dar.

1.12 Zweite bioethische Meinung

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.

2. Zusätzliche Premium Service-Leistungen

Die versicherte Person hat Zugang - direkt oder mittels Ermäßigungsgutscheinen - zum **“Red de Servicios DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden”** 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 und zu medizinischen Leistungen verschiedener Ausrichtungen dienen und erhält Preisnachlässe bzw. Spezialtarife, die unter den marktüblichen Preisen liegen.

Abhängig von der Art der Service-Leistung, die die versicherte Person im **“Red de Servicios DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden”** 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 **+34 902 499 150** oder direkt in jeder Geschäftsstelle von DKV Seguros erfolgen.

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 für Gesundheit und Wohlbefinden modifizieren, kann neue Service-Leistungen hinzufügen oder einige der bestehenden streichen mit dem Ziel, das Angebot an die Service-Bedürfnisse der versicherten Personen anzupassen.

2.1 Service-Leistungen zur Förderung der Gesundheit

2.1.1 Service-Leistung Wellness: Kurzentren und städtische Kurzentren

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.

2.1.2 Fitness-Studios

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

2.1.3 Diätetische Ernährungsberatung

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

2.2 Präventive Service-Leistungen

2.2.1 Vorhersagende genetische Studien

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.

2.2.2 Programm zur Nikotinentwöhnung

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

2.2.3 Kryokonservierung in Datenbanken für Stammzellen aus dem Nabelschnurblut

Die Transplantation der Stammzellen aus dem Nabelschnurblut ist heutzutage eine gewöhnliche Behandlungsmethode für viele schwere Erkrankungen (Leukämie, Lymphdrüsenkrebs,

Neuroblastome, Thalassämie - Erkrankung der roten Blutkörperchen - usw). Die versicherten Personen, die Zugang zu diesen Service-Leistungen zu vorteilhaften Konditionen wünschen, können einen Ermäßigungsgutschein erwerben, der die Sammlung, den Transport, die vorherigen Analysen und die Einlagerung der Stammzellen ihrer Kinder ab dem Zeitpunkt der Geburt in einer privaten Bank für die Zeit von 20 Jahren (mit der Möglichkeit einer Verlängerung) umfasst.

2.2.4 Kryokonservierung in Stammzellen-Banken adulter mesenchymaler Stammzellen, die aus dem Fettgewebe entnommen wurden (Celulife).

Dieser innovative Service erlaubt im Anschluss an eine geringe Fettabsaugung, die Möglichkeit der Kryokonservierung von adulten Stammzellen aus dem Fettgewebe. Diese Zellen haben ein hohes therapeutisches Potenzial für zukünftige Anwendungen in der regenerativen Medizin und kosmetischen Chirurgie. Mesenchymale Stammzellen (MSCs) sind multipotente adulte Zellen von großer Plastizität. Diese sind fähig, sich in verschiedene Zelllinien zu differenzieren, um beschädigtes oder zerstörtes Gewebe zu regenerieren, wie dies bei der Behandlung von Narben nach großflächigen Verbrennungen, Geschwüren im Augenbereich und Knochenbrüchen, die nicht konsolidiert sind, nötig ist.

2.2.5 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.

2.3 Medizinische kosmetische oder ästhetische Service-Leistungen

2.3.1 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.

2.3.2 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 Ermäßigungsgutscheines zu vorteilhaften Konditionen zur Verfügung.

2.3.3 Ästhetische Schönheitschirurgie

Beinhaltet den Zugang mittels eines Ermäßigungsgutscheines 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.

2.4 Ergänzende medizinische Service-Leistungen

2.4.1 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 Ermäßigungs-Gutscheines 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.

2.4.2 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 Chiropraxie diplomierten Spezialisten zu Spezialpreisen je Beratung oder Sitzung zur Verfügung.

2.4.2.1 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.

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

2.4.2.3 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.

2.4.3 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.**

2.5 Service-Leistungen zur persönlichen Selbstbeobachtung

2.5.1 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.

2.5.2 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.

2.5.3 Optiker-Leistungen

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.

2.5.4 Service-Leistungen orthopädische Einrichtungen

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

2.5.5 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.

2.6 Service-Leistungen der Heilgymnastik oder Rehabilitation

2.6.1 Umschulungstherapie für die Wiedererlangung von gestörten Lautbildungen, der Aussprache oder der Sprache

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.).

2.6.2 Therapie des Schlafapnoe Syndroms

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.

2.6.3 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. Netz von Vertragskliniken in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA)

Über diesen Service steht den versicherten Personen von "DKV TOP Health®" ein umfassendes Netz von vertragsgebundenen Kliniken in den Vereinigten Staaten für geplante stationäre medizinisch-chirurgische Aufenthalte zur Verfügung.

Möchten unsere Kunden eine dieser vertragsgebundenen Kliniken in den Vereinigten Staaten aufsuchen, müssen sie nach vorheriger Autorisation durch DKV Seguros nicht für den gesamten Rechnungsbetrag in Vorleistung treten, sondern sie müssen lediglich den Betrag bezahlen, der nicht durch die Police abgedeckt ist. Die restlichen Aufwendungen werden direkt von DKV Seguros übernommen.

4. Telefonisches Kundencenter

Anfragen, Informationen und Autorisierungen

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, 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, oder per E-Mail: defensacliente@dkvseguros.es. Oder telefonisch durch Anruf einer der folgenden Nummern unseres Kundenbetreuungsservices: +34 902 499 499 / +34 913 438 596 / +34 934 797 539

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.

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

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 Erkrankungen, Miss- oder Fehlbildungen bzw. Defekte

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

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

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.

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

Chiomassage 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 in einen 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 stationären Aufenthalt von max. 48 Stunden 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) von DKV Seguros auf dem gesamten spanischen Territorium.

F

Fruchtbares Alter

Im Rahmend der Behandlungen für abgedeckte 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 vor dem Einschluss in die Versicherung Kenntnis davon 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.

Gentherapie 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 Mikroinjektion 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.

Kuren oder Kurbäder

Allgemein anerkannte Einrichtungen zur therapeutischen Behandlung mit Mineralheilbädern, wobei deren Wirkung abhängig von Wärme, Druck, chemischer Zusammensetzung, bakterieller Flora, Radioaktivität und gelösten Gasen ist.

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 Limitierungen 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 in 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, natürliche Mineralwässer 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 verschiedenen 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 ärztliche Behandlung, medizinische Behandlung durch Fachärzte und Fachchirurgen und ergänzende diagnostische und therapeutische Verfahren und stationäre medizinische 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).

Nichtstationäre medizinische Versorgung

Medizinische diagnostische bzw. therapeutische Versorgung 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 diejenigen 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

Alle Behandlungen, die von einem Unfallchirurgen oder Traumatologen, Neurologen, Rheumatologen oder Rehabilitationsarzt verschrieben werden und von einem auf Rehabilitation spezialisierten Arzt oder einem Physiotherapeuten zur Wiederherstellung der Funktion der betroffenen Stellen des Bewegungsapparates nach einer Krankheit oder einem Unfall während der Gültigkeitsdauer der Police durchgeführt werden.

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.

Selbstbeteiligung

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 Personal und Krankenhauspflegepersonal, das darauf spezialisiert ist, bestimmte Arten von 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 aufgeteilt. 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

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 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 Vertragsnetz “Red DKV de Servicios Sanitarios” Vertragspartner von DKV Seguros sind.

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 Leistungsmodalitäten der Versicherung

Bei “DKV TOP HEALTH®” 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 Medi-Card® 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).

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.

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 jeglicher Deckungsmodalität in Anspruch nehmen.

In der Leistungsmodalität Kostenerstattungsprinzip gilt weltweiter Versicherungsschutz, d.h. die versicherte Person kann alle Ärzte, Chirurgen und medizinischen Einrichtungen weltweit in Anspruch nehmen, vorausgesetzt, dass sie mindestens 6 Monate (183 Tage) im Jahr in Spanien ansässig ist.

Wenn der vorgenannte Wohnsitz außerhalb des spanischen Territoriums verlagert wird, würde der Versicherungsschutz nur bis zum Ablauf der Jahresprämie fortbestehen.

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 Medi-Card® 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 beantragt oder eine Autorisation für die Inanspruchnahme eines vertragsgebundenen Leistungserbringers 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 Medi-Card® 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) Autorisationen können telefonisch im Kunden-Center unter einer der nachfolgenden Telefonnummern +34 902 499 499 | +34 913 438 596 | +34 934 797 539, per Fax unter +34 902 499 000, per Internet www.dkvseguros.com oder bei unseren Geschäftsstellen beantragt werden.

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.

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.

Dieser Anspruch auf Regressforderung kann nicht gegenüber dem Ehepartner oder anderen Blutsverwandten der versicherten Person bis dritten Grades, Adoptiveltern oder -kindern, die mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben, geltend gemacht werden.

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 Tests sowie genetische und molekular biologische), 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 Impfstoff bei allergenen Prozessen.

Anästhesie und Reanimation.

Inklusive der Epiduralanästhesie.

Angiologie und Gefäßchirurgie

Verdauungsapparat

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 die:

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 handelt (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 (CO₂, 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)

Neonatalogie (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.

Im Versicherungsschutz eingeschlossen ist der Triple-Test oder EBA-Test (kombinierter Test im ersten Quartal) und die Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung) oder Chorionbiopsie mit Erlangung des chromosomalen Karyotyps zur Diagnose der Fehlbildungen des Fötus. **Der vorgeburtliche genetische Test des mütterlichen Blutes auf Trisomie 21 (Down) 18 (Edwards) und 13 (Patau) ist nur 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).**

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 zur Korrektur von Fehlsichtigkeit (Kurz- oder Weitsichtigkeit und Hornhautverkrümmung) außer der Alterssichtigkeit (vergleichen Sie Abschnitt 4.8 “Exklusive Versicherungsleistungen”).

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 oder bei Uvulopalatoplastik.

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.

Als geeignetes und für Rehabilitation spezifiziertes Zentrum gilt, 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 chirurgischem Holmium-Laser in der urologischen Chirurgie, bei Gallensteinleiden, stenotisch oder bei Tumoren, der grüne Laser (KTP und HPS), Diode, Holmium oder Thulium 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 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) **Magnetresonanzzarthografie**, bei Pathologien im Knorpel- und Sehnenbereich (Osteochondrose und Tendinitis) mit schwieriger Diagnose, die Cholangiographie durch Magnetresonanz (CRM) und die Cholangiom Pankreatikographie 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) Die Positronen-Emissions-Tomographie (PET), einzeln **oder** in Kombination mit der Computertomographie (PET-CT), CT (Single-Photon-Spektroskopie - SPECT), Szintigraphie und MR-Spektroskopie oder NMR-Spektroskopie mit hoher Auflösung oder Feld (3 Tesla): **in der Krebsdiagnostik, bzw. der refraktären Epilepsie-Behandlung, nach den allgemein anerkannten Regeln der klinischen Praxis.**

e) 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.**

f) Die Eco Bronchoskopie (EBUS) oder der endobronchiale Ultraschall bei der Diagnose von an den bronchialen Baum angrenzender onkologischer Pathologie (in der Lunge und Mediastinum), die nicht mit anderen Mitteln zugänglich ist, und sofern erforderlich, deren Biopsie.

g) **Die sektorale oder radiale Magen-Darm-Endoskopie mit Ultraschall (EUS), bei der Beurteilung der Submukosa-Läsionen, der Lokalisierung von neuroendokrinen Tumoren und der Identifizierung und Befunderstellung von Magen-Darm- und Biliom-Pankreas-Krebs sowie bei dessen extraluminalem Rückfall.**

h) **Brust-Tomosynthese (3D) zur Steuerung und Überwachung von fibrozystischer Pathologie und frühen Diagnose von Krebs in Brüsten mit dichtem Gewebe, indem unnötige Biopsien vermieden 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 im Versicherungsschutz eingeschlossen.

Analgetika und Schmerzbehandlung.

Im Versicherungsschutz eingeschlossen sind auch auf Techniken der Schmerzbehandlung spezialisierte Einrichtungen sowie die dazu notwendigen Medikamente.

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 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 Strahlentherapie, 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 Behandlung bei Niereninsuffizienz.

Medizinische Fußpflege. Behandlung der Füße.

Transplantationen. Transplantationen aller menschlichen Organe (vergleichen Sie Abschnitt 4.8 “Exklusive Versicherungsleistungen”).

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.

Physiotherapie. Zur Durchführung von Physiotherapien ist eine vorherige Verordnung eines Facharztes (Traumatologe, Unfallchirurg, Rheumatologe, Rehabilitationsarzt oder Neurologe) notwendig, um die Funktionen des Bewegungsapparates wiederherzustellen, und sie muss von speziell für Physiotherapie ausgebildeten Fachkräften und in dafür geeigneten Rehabilitationszentren durchgeführt werden und die den in Abschnitt 4.3 Absatz "Rehabilitation" aufgeführten Anforderungen entsprechen.

Lasertherapie und Magnettherapie, als Techniken zur Rehabilitation.

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

Muskel-Skelett-Lithotripsie (3 Sitzungen max. pro Prozess) in Referenzzentren des "Red DKV de Servicios Sanitarios" auf nationaler Ebene, in der Pseudarthrose (verzögerte Frakturheilung), Osteonekrose (Knocheninfarkt) und bei chronischer Sehnenentzündung (mehr als 3 Monate Dauer) des

Schulter-, des Ellenbogengelenks, der Kniescheibe, der Ferse und Sohle, wenn eine medizinische Therapie bzw. Rehabilitation erfolglos war.

Therapeutische Hochtechnologie:

Über die dem "Red DKV de Servicios Sanitarios" zugehörigen Leistungserbringer wird diese 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 Vorhoffrhythmusstörungen oder ventrikulären Arrhythmien bei Patienten mit angeborenem Herzfehler.**

› Die komplexen

Vorhoffrhythmusstörungen 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) Intraoperatives Neuromonitoring-System (MNIO) des Nervensystems.

Überwachungssystem zur Verbesserung der chirurgischen Sicherheit der Patienten und als Arbeitserleichterung für die Chirurgen bei komplexen chirurgischen Eingriffen mit hohem Risiko für neurologische Verletzungen. 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.

Logopädie. Umfasst im Rahmen einer Verschreibung eines HNO-Arzt 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.

Es besteht eine Erstattungshöchstgrenze für jede Sitzung der logopädischen Rehabilitation, wenn der Versicherte das Kostenerstattungsprinzip außerhalb des “DKV-Netzwerks für Gesundheitspflege” einsetzt sowie eine maximale Anzahl von abgedeckten Sitzungen pro Versicherten und Kalenderjahr zu jeder Indikation (Summe aus mit eigenen und fremden Mitteln durchgeführten Sitzungen). Beide Höchstgrenzen sind in der Tabelle für Deckungen und Höchstgrenzen festgelegt, welche an die Besonderen Versicherungsbedingungen angehängt ist.

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 Versorgung 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.

Außerdem eingeschlossen sind:

- › Onkologische Behandlungen: Radiumtherapie, Brachytherapie und Chemotherapie
- › OSNA-Methode oder -Technik: dies ist die interoperative Sentinell-Lymphknoten-Diopsie 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 chirurgische Eingriffe

- › Interventionelle Radiologie, bzw. invasive, vaskuläre und viszerale Radiologie
- › Techniken der Familienplanung: Eileiterunterbindung und Vasektomie und der Verschluss der Gebärmutterhöhle mittels der Hysteroskopie (Gebärmutterspiegelung)
- › Stereotaktische intrakranielle Radioneurochirurgie
- › Arthroskopie
- › Chirurgie der Nasenhöhlen, der Nasenmuschel und die Mandelentfernung mit Hilfe von Radiofrequenztherapie.
- › Im Operationssaal 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 in 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 Operationssaals sowie der Entbindungsstation und Anästhesiemittel und Medikamente und Implantate aus biologischen Materialien bzw. Biomaterialien mit therapeutischem Zweck, wie in Abschnitt 4.7 “Chirurgische Prothesen” der Allgemeinen Versicherungsbedingungen. **Ausdrücklich ausgeschlossen sind die im Abschnitt 5 o “Ausgeschlossene Deckungsleistungen” beschriebenen Therapien.**

Die stationäre Versorgung 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.

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 Aufnahme zur psychiatrischen Behandlung.

Eingeschlossen ist die psychotherapeutische Behandlung durch einen ärztlichen Psychiater. Im Versicherungsschutz sind lediglich akute Fälle eingeschlossen. Die Leistungspflicht ist auf eine max. Dauer der stationären Behandlung pro Kalenderjahr begrenzt, die in der "Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen"

als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen dargelegt ist. Auf die maximale Leistungsdauer werden alle insgesamt angefallenen Aufenthaltstage angerechnet, sowohl die im medizinischen Netz "Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros als auch außerhalb des Netzes verbracht wurden.

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

7. Stationäre Aufnahme zur Dialysebehandlung und Künstliche Niere. Schließt die Behandlung durch einen Nephrologen oder Internisten ein. Ausschließlich bei akuter Niereninsuffizienz, solange eine Behandlung medizinisch notwendig ist.

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
- › Regelmäßige Untersuchungen und Kontrollen zur körperlichen und geistigen Entwicklung des Kindes während der ersten vier Lebensjahre.

2. Programm zur Krebsvorsorge 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 gynäkologischen 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.

3. Programm zur Prävention des koronaren Risikos

Dies schließt ein:

- › **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.

4. Programm zur Prävention von Hautkrebs

Dies schließt ein:

- › 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.

5. Programm zur Prävention von kolorektalen Tumoren für Versicherte der Risikogruppe mit entsprechender Vorgeschichte

Dies schließt ein:

- › Ärztliche Beratung und körperliche Untersuchung
- › Spezieller Test zur Feststellung von Blut im Stuhl
- › Kolposkopie, falls notwendig

6. 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

7. 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

8. Programm vorbeugendes Screening oder Screening von Bauchaneurysmen der Aorta (AAA) mit Hilfe der Bauchsonografie

Eingeschlossen:

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

Familienplanung. Dies schließt die nachfolgend aufgeführten Leistungen ein:

- > das Einsetzen und die Aufwendungen eines Intrauterin-Pessars (IUP – Spirale)
- > Eileiterunterbindung
- > Verschluss der Gebärmutterhöhle mittels der Hysteroskopie (Gebärmutter Spiegelung) einschließlich der Aufwendungen für die Mikrospirale
- > Vasektomie (Sterilisation des Mannes)

Chirurgische Prothesen. Im Versicherungsschutz der Police sind eingeschlossen künstliche Teile, die ein Organ ersetzen oder seine Funktion unterstützen. Es bestehen keine Höchstgrenzen je Kalenderjahr und versicherte Person.

Krankenhaustagegeld. DKV Seguros zahlt - beschränkt auf ein max. Tagesgeld - ab dem dritten Tag der stationären Behandlung und bis zu einem Höchstbetrag je versicherte Person und Jahr, der sich aus den Festlegungen in der "Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen" als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen ergibt, ein Krankenhaustagegeld, falls die nachfolgenden Umstände vorliegen:

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

4.8 Exklusive Versicherungsdeckungen

Kuren oder Kurbäder. Im direkten Anschluss an eine stationäre Behandlung von mindestens drei Tagen und nach vorheriger schriftlicher Verordnung eines Arztes ist die Behandlung in einem Kurbad zur Fortsetzung des Heilungsprozesses oder zur Genesung erstattungsfähig gemäß den Festlegungen in der "Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen" als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen.

Refraktive Chirurgie zur Korrektur von Fehlsichtigkeit. Im Versicherungsschutz eingeschlossen ist die chirurgische Laser-Korrektur (Excimer-Laser o.ä.) bei Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit oder Hornhautverkrümmung außer infolge von Alterssichtigkeit. Der Höchstleistungsbetrag, den DKV Seguros je Auge erstattet, ergibt sich aus der "Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen" als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen.

Medikamente. Die Rückerstattung der Aufwendungen für Arzneimittel, Verbandmittel, Heilsalben und andere Mittel ist im Versicherungsschutz eingeschlossen, 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.

Alle Medikamente, die im Arzneimittelregister (Vademécum Internacional) aufgeführt sind sowie homöopathische Mittel sind im Versicherungsschutz eingeschlossen, **es sei denn, es handelt sich um öffentlich beworbene oder Produkte von geringem therapeutischen Nutzen.**

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.

Zahnmedizin. Im Versicherungsschutz von "DKV Top Health®" 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 Zahnärzte und zahnmedizinische Einrichtungen, die nicht im medizinischen Netzwerk “Red DKV de Servicios Bucodentales” gebunden sind, weltweit in Anspruch nehmen und hat Anspruch auf Rückerstattung der Aufwendungen im Rahmen, der sich aus der “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen ergibt.

Daneben kann die versicherte Person auch die mit DKV Seguros unter Vertrag stehenden zahnmedizinischen Leistungserbringer des “Red DKV de Servicios Bucodentales” in ganz Spanien nach Vorlage ihrer DKV Medi-Card® aufsuchen, um zahnmedizinische Leistungen in Anspruch nehmen zu können.

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

Klinische Psychologie. Die Beratungen von klinischen Psychologen sind im Versicherungsschutz eingeschlossen bis zu einem Höchstbetrag je versicherte Person und Jahr (Summe der Sitzungen innerhalb und außerhalb des Ärzte- und Kliniknetzes “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros), die sich aus der “Leistungsübersicht der Deckungen

und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen ergibt, vorausgesetzt, dass sie vorher verschrieben und durch einen medizinischen Psychiater erbracht wurden.

Psychotherapie. Die psychotherapeutischen Beratungen bzw. Sitzungen müssen von einem medizinischen Psychiater oder ggf. durch einen klinischen Psychologen geleitet werden. Die Erstattung erfolgt gemäß den Bestimmungen, die sich aus der “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen ergeben.

Techniken für assistierte Reproduktion. Dies umfasst die Techniken der assistierten Reproduktion **für die Behandlung von Unfruchtbarkeit des Paares, einschließlich gleichgeschlechtlicher Paare in der Zeit der maximalen Fruchtbarkeit der Partner** (von 18 bis 45 Jahren bei Frauen und bis 55 Jahre bei Männern) **mit einer Karenzzeit von zwölf 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: Gemischte ärztliche Betreuung. Der Versicherte kann auf die Leistung über medizinische Behandlungszentren und Kliniken zur assistierten Reproduktion zugreifen, die dem "DKV-Netzwerk für Gesundheitswesen" in Spanien angehören (eigene Mittel), vorausgesetzt er hat eine vorherige Genehmigung der DKV Seguros und durch Identifizierung mit seiner Medi-Card (R), oder die Erstattung der bezahlten Kosten für Kliniken beantragen, die nicht dem DKV-Netzwerk für Gesundheitswesen angehören (fremde Mittel).

Einschließlich der Techniken für assistierte Reproduktion, welche im Inland **im Rahmen des Gesetzes für die assistierte menschliche Reproduktion** sowie der Verwendungskriterien durchgeführt werden, die in den Bewertungsberichten der Agenturen zur Beurteilung von Gesundheitstechnologien des Nationalen Gesundheitssystems festgelegt sind, für Leistungen, die nicht ausdrücklich in diesem Vertrag (Abschnitte 4.8 und 5.k dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen) eingeschränkt, bzw. ausgeschlossen sind, bzw. gemäß der Verordnung des Ministeriums für Gesundheit SSI / 2065 / 2014.

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 sechs Versuche, bis zu einem Alter von 40 Jahren während der Laufzeit der Police, bzw. der Lebensdauer des Versicherten.**
2. **In-vitro Fertilisation (IVF) mit eigenen Gameten: maximal vier Versuche, bis zu einem Höchstalter von 42 Jahren während der Laufzeit der Police, bzw. der Lebensdauer des Versicherten.**
3. **In-vitro Fertilisation mit Eizellen-, bzw. Präembryonenspende: maximal zwei Versuche, bis zu einem Höchstalter von 45 Jahren während der Laufzeit der Police, bzw. der Lebensdauer des Versicherten.**

Zudem übernimmt DKV Seguros die Kryokonservierung von Samen und Eierstockgewebe (Eizellen) während des gesetzlich vorgeschriebenen Zeitraums **in den Fällen, in denen sich die Empfänger einer chirurgischen Behandlung, bzw. Chemotherapie oder Strahlentherapie unterziehen müssen.**

Alternative und ergänzende Therapieverfahren. Die

Versicherungsdeckung von "DKV TOP Health®" umfasst ausdrücklich die nachfolgend aufgeführten alternativen und ergänzenden 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 Chiropraxie 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.

- > Chiropraxie 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.

Transplantationen. Im

Versicherungsschutz eingeschlossen sind alle Arten von Organtransplantationen sowie Knochentransplantate. Der Erhalt von Transplantaten erfolgt gemäß den Bestimmungen des gültigen spanischen Gesundheitsgesetzes. DKV Seguros übernimmt die Aufwendungen für die Organentnahme sowie für den Transport und die Konservierung des für die Transplantation vorgesehenen Organs.

Rückerstattung der Aufwendungen für Service-Leistungen zur Unterstützung der Familien bzw. im Fall, wenn Pflegebedürftigkeit der Stufe 3 nach einem Unfall bestätigt ist.

DKV Seguros garantiert im Fall, dass der versicherten Person bzw. ihrem gesetzlichen Pfleger durch das "Sistema para la Autonomía 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 bzw. im Fall von Pflegebedürftigkeit gezahlt worden sind, bis zu einem maximalen Höchstbetrag von 10.000 EUR je versicherte Person.

Diese Entschädigung ist nur garantiert für die Aufwendungen im Zusammenhang mit erbrachten Leistungen oder sozio-sanitären Service-Leistungen, die unter den entsprechenden Versicherungsschutz fallen, **jedoch mit den Begrenzungen und Ausschlüssen, die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (vergleichen Sie die Abschnitte 5.a, 5.c, 5.d, 5.e “Ausgeschlossene Deckungsleistungen”) und Anhang II (Abschnitt 2.2.3) 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 Service-Leistungen für die Familienunterstützung oder die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit, erbracht durch hauptberufliche Pflegekräfte, zu der diese Deckung berechtigt:

Häusliche Service-Leistungen:

Service-Leistungen, die durch qualifiziertes Personal erbracht wird 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

- › 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 Nachzentren mit hoch qualifiziertem Personal, das eine umfassende Betreuung sichert. Hierzu zählen u.a Ärzte, Krankenschwestern, Physiotherapeuten, Psychologen oder Beschäftigungstherapeuten. Mit diesem Service erhalten Sie den Zugang zu vorübergehenden und dauerhaften Aufhalten 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.

Die versicherte Person bzw. eine Person in ihrem Namen (gesetzlicher Pfleger) kann die Rückerstattung aller für den Service für die Familienunterstützung bzw. für Pflege entstehenden Aufwendungen, die in diesem Absatz beschrieben werden, bis zu einem maximalen Höchstbetrag von 10.000 EUR pro versicherte Person bei DKV Seguros beantragen.

Hierzu muss die Bestätigung, dass ein Zustand oder die Situation von Pflegebedürftigkeit 3. Grades (Stufe 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 10.000 EUR während der Laufzeit der Police durch Rückerstattung der Aufwendungen 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.

- › Dass der erlittene Unfall in keinem Zusammenhang mit Aktivitäten steht oder unter Umständen zustande gekommen ist, die von der Deckung der Krankenversicherung ausgeschlossen sind (Abschnitte 5.a, 5.c, 5.d und 5.e “Ausgeschlossene Deckungsleistungen” der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) oder spezifisch aus der Deckung der Pflege ausgeschlossen (Abschnitt 4.8 “Exklusive Versicherungsleistungen”) sind.
- › 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 bezahlten 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 im 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 Rückerstattung der Aufwendungen für Familienhilfe bzw. für Betreuung bei Pflegebedürftigkeit, wenn der Anspruch auf Leistung abgelaufen ist, weil die versicherte Person die maximale Summe während der Laufzeit der Krankenversicherung mit kompletter Versorgung, die vorher abgeschlossen wurde, bereits erhalten hat.

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 Nuclearreaktionen. 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 bzw. Suchtmittelabhängigkeit sowie daraus entstehende Komplikationen und Folgen, medizinische Versorgung von Verletzten infolge von Alkohol- oder Genussmittelmisbrauch, Gewalt, Kämpfen, 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). Weiterhin vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Varizenbehandlungen aus ästhetischen Gründen, ambulante oder stationär durchgeführte Schlankheitskuren, die chirurgische Korrektur der Alterssichtigkeit sowie allgemeine ästhetische Behandlungen der Haut, Behandlung der Haare oder ästhetische Zahnbehandlungen. Außerdem alle Folgen und Komplikationen aller in diesem Abschnitt aufgeführten Ausschlüsse.

g) Alternative und komplementäre Therapieformen, die von einem Arzt durchgeführt oder nicht ausdrücklich in Abschnitt 4.8 ("Exklusive Versicherungsleistungen") dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt sind sowie alle andere Behandlungsformen, die offiziell nicht anerkannt sind, wie die im Folgenden aufgeführten Lymphdrainage, Mesotherapie, Gymnastik, Osteopathie, Hydrotherapie, dreifasige Oxygentherapie, Pressotherapie, Ozontherapie, die Modalitäten der Lichttherapie und weitere nicht im Abschnitt 4.5 aufgeführte Leistungen und weitere vergleichbare Leistungen.

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 Kosten für medizinische und chirurgische Versorgung und den Krankenhausaufenthalt beim Versicherten zurückzufordern.

i) Die diagnostische, bzw. therapeutische Hightech-Medizintechnik, die Lithotripsie sowie die strahlentherapeutischen Modalitäten und ihre Indikationen, ausgenommen des in Abschnitt 4.4 “Diagnosemethoden”, bzw. 4.5 “Therapeutische Verfahren” dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen Beschriebenen. Zudem ist die Roboter-Chirurgie sowie die bildgeführte oder über einen Computer oder virtuellen Browser unterstützte Chirurgie ausgeschlossen, mit Ausnahme der in Abschnitt 4.5 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschriebenen Indikationen.

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

k) Jegliche Art von freiwilliger Schwangerschaftsunterbrechung und die durch einen Eingriff vorgenommene Reduzierung von Embryonen, Fremdschwangerschaft und Leihmutter, Aufwendungen einer Eizellen- und Spermien spende sowie deren Kryokonservierung, aus anderen Motiven als den in Abschnitt 4.8 vorgesehenen sowie die Anwendung von Methoden der künstlichen Befruchtung als Vorbeugung zur Behandlung von genetischen oder Erbkrankheiten, die chronischen Virenerkrankungen durch Verfahren der Samenwaschung oder für jegliche andere Zwecke, sofern sie nicht der Behandlung der Unfruchtbarkeit des Paares dienen.

Darüber hinaus sind die Techniken der assistierten Reproduktion ausgeschlossen, wenn sich die Sterilität eines Partners des Paares freiwillig ergeben hat oder sich als Folge des eigenen natürlichen physiologischen Prozesses der Beendigung des Reproduktionszyklusses der Person ergibt.

l) Hilfsmittel, orthopädisches Material, sanitäre Geräte, natürliches Material, Biomaterial, 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.

m) Zur Ausstellung von Attesten, Berichten oder Dokumenten notwendige Analysen oder andere Untersuchungen, für die ein medizinischer Zweck nicht eindeutig erkennbar ist.

n) 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 ist die Psychotherapie für Gruppen oder Paare, psychologische und psychomotorische Tests, die psychosoziale oder neuropsychiatrische Rehabilitation und die edukative oder kognitiv-konduktuale Therapie bei Sprach- und Schreibschwächen.

o) Regenerative, bzw. biologische Behandlungen, Immuntherapie, biologische Therapien, genetische Therapien und Therapien mit direkt wirkenden Virenhemmern sowie die Anwendung aller hier genannten Varianten.

Zudem sind ärztliche Behandlungen aufgrund viraler hämorrhagische Fieber und der damit zusammenhängenden Komplikationen oder Folgeschäden ausgeschlossen sowie experimentelle Behandlungen oder Behandlungen im Rahmen klinischer Studien in allen Phasen oder Stufen, Behandlungen mit nicht zugelassenen Medikamenten und mit Orphan-Medikamenten.

p) 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.

q) Pharmaka oder Arzneimittel von geringem therapeutischen Nutzen oder solche, die nicht im Arzneimittelregister (Vademécum Internacional) aufgeführt sind. Homöopathische Mittel sind jedoch im Versicherungsschutz eingeschlossen.

Anti-Tumor- oder Krebsmedikamente und Radiopharmaka mit radioaktiven Isotopen, sofern es im Rahmen der Berichte und veröffentlichten Empfehlungen der “Clinical Practice Guidelines” des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), welche als Nachschlagewerk in den Abschnitten 3.1.1 “Gegenstand der Versicherung” und 2 “Grundlagen. Definitionen.” dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen angehängt sind, keinen wissenschaftlichen Nachweis über deren therapeutischen Nutzen gibt.

Zudem sind die in Abschnitt 5 genannten Therapien ausgeschlossen. oder “Ausgeschlossene Abdeckungen”, auch wenn diese während des stationären Aufenthalts verabreicht werden, spezielle Werbeartikel, phytotherapeutische Medikamente, Ernährungsprodukte, Pflegeprodukte, Mineralwasser, Kosmetika, Hygiene- und Körperpflegeartikel sowie Badezusätze.

r) Die Rehabilitation für irreversible neurologische Verletzungen unterschiedlicher Herkunft und bei chronischen Muskel-Skelett-Verletzungen. Die Logopädie, außer bei den in Abschnitt 4.5 “Therapeutische Verfahren” angegebenen Fällen.

Ebenso ausgeschlossen sind reizstimulierende Behandlungen, häusliche Rehabilitation oder stationäre Aufenthalte zur Durchführung von Rehabilitation und diejenigen, die in nicht vertraglich gebundenen bzw. in Zentren, die nicht im Register der Zentren und medizinischen Einrichtungen der jeweiligen Autonomen Region eingetragen sind, durchgeführt werden.

s) 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 automatischen 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 ist für folgende Versicherungsleistungen, die in der "Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen" als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt sind, eine Karenzzeit einzuhalten:

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 Karenzzeiten von acht Monaten.
3. Für Psychotherapie, Zahnprothesen und Kieferorthopädie.

4. Transplantate, chirurgische Korrektur von Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit und Astigmatismus mit Excimer-Laser oder dergleichen.

5. Techniken der assistierten Reproduktion

Die Karenzzeiten 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 eine jährliche Selbstbeteiligung in Höhe der in den Besonderen Versicherungsbedingungen dieser Police festgelegten Beträge vereinbart werden.

Die Selbstbeteiligung gilt nicht für Behandlungen, die durch die im “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros vertragsgebundenen Leistungserbringer erbracht werden. (Leistungsmodalität Sachleistungsprinzip)

Er wird auch nicht bei stationären Behandlungen oder bei Arzthonoraren für chirurgische Eingriffe oder medizinische Behandlungen angewandt. Die Erstattung erfolgt gemäß dem vereinbarten Versicherungsschutz von DKV Seguros.

7.1 Selbstbeteiligung

Für die jährliche Selbstbeteiligung gilt Folgendes:

- a) Die Selbstbeteiligung gilt individuell für jede einzelne in der Police versicherte Person.
- b) Der als Selbstbeteiligung gewählte Betrag ist für alle versicherten Personen in der Police gleich.
- c) Zum Ablauf des Versicherungsjahres hat der Versicherungsnehmer die Möglichkeit, die Höhe der vereinbarten Selbstbeteiligung zu ändern, sofern er dies DKV Seguros mindestens einen Monat vorher mitteilt.
- d) Bei Policen, die nicht am 1. Januar in Kraft treten, verringert sich die Selbstbeteiligung proportional zu den noch verbleibenden Monaten bis zum Ablauf des Versicherungsjahres.
- e) Nach Erreichen der festgelegten Selbstbeteiligung werden die Rechnungen vertragsgemäß erstattet.

f) Aufwendungen werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Behandlungen stattgefunden haben und bei verordneten Arzneimitteln, Verbandmitteln oder Hilfsmitteln dem Kalenderjahr, in dem diese Mittel bezogen wurden.

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 - UMLF 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 werden.

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 alle während der Laufzeit des Vertrages auftretenden Umstände so früh wie möglich und umgehend mitzuteilen, die gemäß des vor Vertragsabschluss ausgefüllten Gesundheitsfragebogens zu einer Risikoveränderung führen. Dabei handelt sich um solche Umstände, 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 einen zusätzlichen Vorteil zu erzielen, ist DKV Seguros von jeglicher Leistungspflicht für diesen Versicherungsfall befreit.

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 ihrer Leistungspflicht im Schadensfall befreit.

Bei Nichtzahlung des Folgebeitrages und 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 des 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 Lastschriftinzug 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 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 ihr 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 Versicherers).

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 (Artikel 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) Wenn sich eine Erhöhung des Risikos aufgrund einer Änderung des üblichen Wohnsitzes, der üblichen Arbeit, oder des Beginns von Freizeitaktivitäten oder Sportarten mit hohem oder extremem Risiko ergibt, kann DKV Seguros den Vertrag kündigen, indem der Versicherungsnehmer oder der Versicherte schriftlich innerhalb eines Monats ab dem Tag, an dem Zunahme des Risikos bekannt wurde, darüber in Kenntnis setzt. (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 der versicherten Personen veranlasste Mitteilungen haben die gleiche Rechtswirkung, wie wenn sie vom Versicherungsnehmer oder den 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: Auslandsreiseversicherung

1. Einleitende Bestimmungen

1.1 Versicherte Personen

Natürliche Personen, die in Spanien ansässig sind und Anspruch auf Versicherungsschutz nach einem Krankenversicherungsprodukt von DKV Seguros haben.

1.2 Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz gilt weltweit und nach Überschreiten der Grenze der Provinz, in der sich der gewöhnliche Wohnsitz der versicherten Person befindet.

Lediglich die Leistungen unter 2.1.1.1, 2.1.2.1, 2.2.8 und die Leistung 2.2.2 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 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 Medizinische Leistungen

2.1.1 Unmittelbare medizinische Behandlungskosten

2.1.1.1 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.

2.1.1.2 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 150 EUR.

2.1.2 Mittelbare Kosten

2.1.2.1 Aufwendungen für die Verlängerung eines Hotelaufenthaltes

Wenn die vorher genannten Umstände (2.1.1.1) für die Garantie der Behandlungskosten vorliegen, 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 30 EUR pro Tag und bis max. 300 EUR.

2.1.2.2 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.

2.1.2.3 Überführung der sterblichen Überreste und Rücktransport von versicherten Begleitpersonen

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.

Falls die versicherte verstorbene Person allein gereist ist, übernimmt DKV Seguros die Aufwendungen für Hin- und Rückreise eines Familienangehörigen, damit dieser den Leichnam begleiten kann.

2.2 Andere Gewährleistungen

2.2.1 Überführung oder Verlegung von anderen versicherten Personen

Wenn eine der versicherten Personen aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls verlegt oder überführt wird und die übrigen Familienangehörigen, welche auch versichert sind, durch diesen Umstand nicht - wie vorgesehen - an den gewöhnlichen Wohnsitz zurückkehren können, übernimmt DKV Seguros die nachstehend genannten entsprechenden Aufwendungen:

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.

2.2.2 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 30 EUR täglich begrenzt auf einem maximalen Betrag von 300 EUR.

2.2.3 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.

2.2.4 Medikamentenversand

DKV Seguros übernimmt den Versand von Medikamenten, die für die Heilbehandlung einer versicherten Person erforderlich sind, sofern diese am Aufenthaltsort der versicherten Person nicht erhältlich sind.

2.2.5 Medizinische Telefonberatung

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.

2.2.6 Hilfe bei der Suche nach verlorenen Gepäckstücken

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.

2.2.7 Dokumentenversand

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.

2.2.8 Aufwendungen für einen Rechtsbeistand und Vorschuss einer Prozessbürgschaft im Ausland

Falls sich während der Reise im Ausland ein Verkehrsunfall ereignet, und die versicherte Person einen Rechtsbeistand engagieren muss, übernimmt DKV Seguros die dadurch entstehenden Aufwendungen bis zu 1.500 EUR.

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 EUR begrenzt ist.

Dieser Vorschuss ist von der versicherten Person innerhalb von drei Monaten ab dem Zeitpunkt der Vorschussleistung an DKV Seguros zurückzuzahlen. Erstatte 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.

2.2.9 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.

2.2.10 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.

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.

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 haftet 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 die versicherte Person für den Fall der Nicht-Benutzung des Tickets für die Heimreise Geld zurückgezahlt wird, muss sie bei Inanspruchnahme der Rückführungsgarantie das Geld an DKV Seguros 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 im Augenblick des Eintritts des Ereignisses die Einschaltung beantragt und sich an folgende Telefonnummer wendet (es gibt auch Rückrufmöglichkeit)
+34 91 91 379 04 34.**

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 in ihnen 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.

DKV | ERGO ist das spezialisierte Versicherungsunternehmen, das Ihre Zufriedenheit und vollkommene Sicherheit garantiert. Die DKV berät Sie in den Bereichen Kranken-, Tagegeld- und Unfallversicherungen, während ERGO sich auf die Bereiche Risikoleben-, Hausrat- und Sterbegeldversicherungen konzentriert.

Folgen Sie uns auf:



902 499 499 | 913 438 596 | 934 797 539
dkvseguros.com

+34 902 499 350

Telefonischer Beratungsdienst durchgeführt von:

DKV integralia 

Fundación para la integración laboral de personas con **discapacidad**

360°

Verantwortungsbewusstes Unternehmen

Verantwortlich für Ihre Gesundheit, für die Gesellschaft und den Planeten.



Wir sind ein vorbildliches Unternehmen.

AENOR

conform

Ein gesundheitlich orientiertes Unternehmen