

# Ich kann frei wählen, egal wo ich bin

**DKV Mundisalud**

Allgemeine  
Versicherungsbedingungen

**DKV** Gesundheit

Achten Sie gut auf  
Ihre Gesundheit



Versicherungspolice  
**DKV Mundisalud**

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

Gezeichnetes Kapital: 66.110.000 Eur

DKV Seguros y Reaseguros S.A.E., eingetragen im Spezialregister der spanischen Aufsichtsbehörde für Finanzdienstleistungen (Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones) durch Ministerialverordnung vom 12. Juli 1956, mit Sitz Torre DKV, Avenida María Zambrano 31 in 50018 Zaragoza (Spanien).

Handelsregister Zaragoza, Buch 1.711, Registerblatt 214, Seite Z – 15.152.  
Umsatzsteueridentifikationsnummer (CIF): A-50004209

Mod. RE CON-04308  
2DNP1.CG/02\_V16a  
Aktualisierte Ausgabe Januar 2018

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

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

# Inhaltsverzeichnis

---

# Inhaltsverzeichnis

---

Wir beantworten Ihre Fragen	<b>5</b>
Programm Gesundes Leben: „Vive la salud“	<b>17</b>
DKV Club Gesundheit und Wohlbefinden	<b>22</b>
<b>23</b> 1.    Digitale Gesundheitsleistungen	
<b>25</b> 2.    Ärztliche Zweitmeinung bei schwerer Krankheit	
<b>26</b> 3.    Zahnmedizinischer Service	
<b>26</b> 4.    Zusätzliche Premium Service-Leistungen	
<b>33</b> 5.    Netz von Vertragskliniken in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA)	
<b>34</b> 6.    Telefonisches Kundencenter	
Versicherungsvertrag: Allgemeine Versicherungsbedingungen	<b>35</b>
<b>36</b> 1.    Einleitende Klausel	
<b>38</b> 2.    Grundlagen. Begriffsdefinitionen	
<b>51</b> 3.    Leistungsmodalitäten und Erweiterung und örtlicher Geltungsbereich der Versicherung	
<b>51</b> 3.1    Gegenstand der Versicherung	
<b>52</b> 3.2    Leistungsmodalitäten der Versicherung	
<b>53</b> 3.3    Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	
<b>53</b> 3.4    Zugang zu den Versicherungsleistungen	
<b>57</b> 3.5    Regressforderungsklausel und Abtretung von Rechten	
<b>58</b> 4.    Vertragsgrundlagen	
<b>59</b> 4.1    Ambulante ärztliche Behandlung	
<b>60</b> 4.2    Notfallbehandlungen	
<b>60</b> 4.3    Medizinische Versorgung durch Fachärzte und Fachchirurgen	
<b>64</b> 4.4    Diagnostische Verfahren	
<b>67</b> 4.5    Therapeutische Verfahren	
<b>72</b> 4.6    Stationäre medizinische Versorgung	

<b>76</b>	4.7	Zusätzliche Versicherungsleistungen
<b>83</b>	4.8	Exklusive Versicherungsleistungen
<b>85</b>	4.9	Auslandsreiseversicherung
<b>86</b>	5.	Ausgeschlossene Deckungsleistungen
<b>93</b>	6.	Karennzeiten und Ausschluss
<b>94</b>	7.	Versicherungsleistungen gemäß vereinbarter Deckungsmodalität
<b>94</b>	7.1	DKV Mundisalud Classic Hospitalización der Krankenversicherung
<b>96</b>	7.2	DKV Mundisalud Complet
<b>99</b>	7.3	DKV Mundisalud Plus
<b>102</b>	7.4	DKV Mundisalud Classic
<b>105</b>	7.5	DKV Mundisalud Élite
<b>108</b>	7.6	DKV Mundisalud Combinado
<b>111</b>	7.7	DKV Mundisalud Premium
<b>116</b>	7.8	Ergänzende pauschale Rückerstattung bei stationärer medizinischer Versorgung
<b>118</b>	8	Vertragsgrundlagen
<b>118</b>	8.1	Vertragsabschluss und Versicherungsdauer
<b>119</b>	8.2	Rechte und Obliegenheiten des Versicherungsnehmers oder der versicherten Personen
<b>120</b>	8.3	Obliegenheiten von DKV Seguros
<b>120</b>	8.4	Versicherungsbeitrag
<b>123</b>	8.5	Verlust von Ansprüchen und Auflösung des Vertrages
<b>124</b>	8.6	Aussetzung und Beendigung des Versicherungsvertrages
<b>124</b>	8.7	Kommunikation
<b>125</b>	8.8	Spezielle Gesundheitsrisiken
<b>125</b>	8.9	Steuern und Zuschläge

---

Anhang I:	Auslandsreiseversicherung	<b>126</b>
-----------	---------------------------	------------

---

Anhang II:	Zusätzliche leistungen für Versicherungen für Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit oder Krankenhausaufenthalt, Unfälle und Todesfälle	<b>137</b>
------------	--	------------

**Wir beantworten  
Ihre Fragen**

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

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

In diesem Kapitel haben wir die von unseren Versicherten am häufigsten gestellten Fragen zusammengefasst und sind um eine klare und verständliche Beantwortung bemüht. Wir hoffen, dass sie Ihnen nützlich sind.

## Zum Vertrag

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

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

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

Die “Allgemeinen Versicherungsbedingungen” und/oder die “Besonderen Versicherungsbedingungen” enthalten sowohl die Rechte und Pflichten von DKV Seguros als auch der versicherten Personen oder der Person, die den Versicherungsvertrag schließt.

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

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

Bitte 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.

Wir freuen uns, Ihnen behilflich sein zu können.

### **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 bzw. 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, dem Versicherungsnehmer bzw. der versicherten Person Informationen über Versicherungsdeckungen, Vorsorgepläne und Programme zur Gesundheitsförderung, die in ihrem Interesse liegen, zu übermitteln.

Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben die Möglichkeit, sich in Übereinstimmung mit dem Gesetz "Ley Orgánica 15/99 de Protección de Datos de Carácter Personal" (Datenschutzgesetz) an DKV Seguros zu wenden, um Einblick in diese Daten zu erhalten und diese vervollständigen, korrigieren oder löschen zu lassen.



## Leistungsmodalität und Erweiterung der Versicherung

### **Wodurch zeichnet sich das Produkt “DKV Mundisalud” hauptsächlich aus?**

Bei “DKV Mundisalud” 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 MEDICARD® vor und, falls notwendig, eine Kostenübernahmegarantie (Autorisation).

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

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

### **Wie hoch ist die Erstattung bei der Inanspruchnahme nicht vertragsgebundener Leistungserbringer des “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros? Welche Prozentsätze und**

### **Limitierungen sind in der Police festgelegt?**

Das Produkt “DKV Mundisalud” erstattet vertragsgemäß in Abhängigkeit der vereinbarten Deckungsmodalität einen Prozentsatz des Rechnungsbetrages der medizinisch notwendigen Leistungen bis zu den Höchstgrenzen, die in der “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt sind.

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

Außer in der Deckungsmodalität “DKV Mundisalud Combinado”, deren Geltungsbereich auf das spanische Territorium beschränkt ist, können Sie als versicherte Person der übrigen Modalitäten von “DKV Mundisalud” weltweit alle Ärzte und Kliniken außerhalb des medizinischen Netzwerkes “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros aufsuchen. Sie haben Anspruch auf Erstattung für notwendige medizinische oder chirurgische Behandlungen, vorausgesetzt, dass Sie mindestens neun Monate im Jahr in Spanien ansässig sind.

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

## **Versichertenkarte DKV MEDICARD®**

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

Ja. Mit der Versichertenkarte DKV MEDICARD® müssen Sie sich als Kunde von DKV Seguros gegenüber dem jeweiligen Leistungserbringer des 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 MEDICARD® ausweise?**

Die vertragsgebundenen Einrichtungen sind in diesem Fall 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 MEDICARD® tun?**

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

Wir lassen Ihnen eine neue Karte zukommen.

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

Sie können sich mit dem Kunden-Center von DKV Seguros direkt telefonisch unter 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](http://www.dkvseguros.com) besuchen. Selbstverständlich stehen Ihnen auch die Mitarbeiter in unseren Geschäftsstellen zur Verfügung.

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

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

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

Suchen Sie einen Arzt oder eine medizinische Einrichtung auf, die nicht im “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros unter Vertrag steht, ist eine Autorisation in keinem Fall notwendig.

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

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

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

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

Über unser Kunden-Center unter einer der folgenden Telefonnummern +34 902 499 499 | +34 913 438 596 | +34

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

## Beitragszahlung

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

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

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

## Medizinische Leistungen

### **Was beinhaltet das Programm**

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

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

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

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

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

Nein. Fachärzte und Fachchirurgen können direkt und ohne vorherige Autorisation aufgesucht werden. Dies gilt sowohl für im “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros vertragsgebundene als auch für nicht mit DKV Seguros unter Vertrag stehende Fachärzte und Fachchirurgen.

**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 sind eingeschlossen zahnmedizinische Behandlungen, das Entfernen von Zähnen (Zahnextraktionen), die Behandlungen der Mundschleimhaut, Fluoridierungen, die Zahn- und Mundreinigung und die im Rahmen dieser Behandlungen erforderlichen Röntgenleistungen.

Außerdem sind Zahnversiegelungen und Zahnfüllungen bei versicherten Personen bis zum Alter von 14 Jahren eingeschlossen.

Die übrigen zahnmedizinischen Leistungen, die Ihre Versicherung nicht deckt, stehen Ihnen über den “Servicio Bucodental” (vergleichen Sie den Abschnitt “Zusätzliche Service-Leistungen”) unter Beteiligung der versicherten Person an den jeweiligen Aufwendungen zur Verfügung.

**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 Mundisalud” Arzneimittel mit versichert?**

“DKV Mundisalud” deckt die Medikamentenkosten für den Fall einer Krankenhauseinweisung oder eines stationären Aufenthalts, sofern das Modul “Hospitalisierung und Chirurgie” beauftragt wurde, ausgenommen biologische Medikamente und medikalisierte Biomaterialien, die nicht in Abschnitt 4.7 “Chirurgische Implantate” dieser Versicherungsbedingungen beschrieben sind.

Darüber hinaus erstattet DKV Seguros bei den einzelnen Policen der Modalitäten für umfassende medizinische Versorgung Complet, Plus, Classic und Élite 50% der Kosten für ambulante Medikamente, bis zu einem Höchstbetrag von 100 Euro pro Person, pro Jahr, sofern diese Medikamente im Rahmen der in diesen Versicherungsbedingungen festgelegten Einschränkungen und Ausschlüsse von einem Arzt verschrieben und in einer Apotheke erworben wurden.

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

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

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

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

### **Deckt “DKV Mundisalud” auch die klinische Psychologie ab?**

Ja, die klinische Psychologie ist bei ambulanter Behandlung als individuelle psychologische Behandlung abgedeckt, vorausgesetzt, sie wurde zuvor von einem medizinischen Psychiater oder Kinderarzt verschrieben, und die Behandlung wird von einem Psychologen ausgeführt. Die Leistungen sind auf eine bestimmte Anzahl an Sitzungen pro versicherte Person und Jahr (zusammengenommen als Summe der Sitzungen innerhalb und außerhalb des Ärzte- und Kliniknetzes von DKV Seguros) und auf einen bestimmten Rückerstattungsbetrag pro Sitzung bei Behandlung außerhalb des Ärzte- und Kliniknetzes von DKV Seguros begrenzt und werden bei nachfolgend aufgeführten Krankheitsbildern, die einen psychologisch-therapeutischen Eingriff erfordern, gewährt:

- > Psychische Krankheiten:  
Depression, Schizophrenie  
und psychische Störungen

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

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

#### **Und die Familienplanung?**

Ihre Versicherung beinhaltet die Behandlung von Tubenligatur, hysteroskopischen Tubenverschluss, Vasektomie und IUP-Implantation. Im Falle des IUP erstattet DKV Seguros zudem die anteiligen Kosten des IUP

gemäß dem in der Modalität der Police festgelegten Prozentsatz, bis zu einem in der Tabelle für Deckungssummen und Höchstgrenzen festgelegten Höchstbetrag.

Da es sich in den ersten drei Fällen um einen chirurgischen Eingriff oder eine erforderliche Prothese handelt, wird eine Karenzzeit von sechs Monaten festgelegt.

#### **Deckt "DKV Mundisalud" die assistierte Reproduktion?**

DKV deckt die Kosten für Befruchtungstechniken ausschließlich bei den einzelnen Policen DKV Mundisalud Classic und Elite, die eine umfassende medizinische Versorgung beauftragt haben, und 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 42 Jahren bei Frauen und 55 Jahren bei Männern).

**Der Zugang zur Behandlung findet ausschließlich in Behandlungszentren statt, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsdienste angehören (eigene Mittel) sowie nach vorheriger Genehmigung durch DKV Seguros, mit einer Karenzzeit von 48 Monaten. Die verwendeten Techniken beinhalten zwei Versuche für künstliche Befruchtung und einen Versuch für In-vitro-Fertilisation (IVF).**

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

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

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

Außer in der Deckungsmodalität “DKV Mundisalud Combinado” werden Rechnungen für Behandlungen im Ausland zu einem Prozentsatz des Rechnungsbetrages der medizinisch notwendigen Leistungen und bis zu den Höchstgrenzen, die in der “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt sind, erstattet. Voraussetzung ist, dass Sie als versicherte Person mindestens neun Monate 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 private, nicht im “Red DKV de Servicios Sanitarios” vertragsgebundene Klinik,



ist eine vorherige Autorisation nicht notwendig. Zur Bearbeitung Ihres Erstattungsantrages benötigen wir die angefallenen Rechnungen, die ärztliche Einweisung und den Arzt- und Entlassungsbericht.

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

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

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

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

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

Im Versicherungsschutz 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.

**Anregungen und Beschwerden**

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

Sie können dies schriftlich an eines unserer Büros senden oder an den Kundenservice Defensa del Cliente senden. Hierzu können Sie sich an den Firmensitz der DKV Seguros wenden: DKV-Tower, Avenida María Zambrano 31 (50018 Zaragoza), oder per E-Mail: [defensacliente@dkvseguros.es](mailto:defensacliente@dkvseguros.es). Sie können auch unseren 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: Bevollmächtigter für Verbraucherschutz im Rahmen von Finanzdienstleistungen: Paseo de la Castellana 44, 28046 Madrid.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

sowie auf die Aufmerksamkeit für das Neugeborene auswirken.

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

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

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

### **7. Brustkrebsvorsorge.**

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

**8. Prostatakrebsvorsorge.** Dieses Programm wendet sich an Männer über 45 Jahre. Das Ziel ist die effektive Prostatakrebsvorsorge oder die möglichst frühzeitige Erkennung. Das Programm stellt persönlichen Rat zur Verfügung und gibt Empfehlungen zu den effektivsten Aktivitäten in Bezug auf die Merkmale 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 die Beurteilung und Vorbeugung von Risikofaktoren. Es verfügt auch über ein medizinisches Experten-Team für Prävention und gesunde Lebensweise, das laufend individuelle Beratung bietet.

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

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

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

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

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

### **c) Zugang:**

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

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 Mundisalud” sowohl in den Vertragsmodalitäten Einzel- als auch Gruppenversicherung gibt der versicherten Person 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](http://www.dkvclubdesalud.com) veröffentlicht, oder Sie können diese telefonisch unter den Telefonnummern erfragen, die in den Ärzte- und Klinikverzeichnissen genannt sind.

## 1. Digitale Gesundheitsleistungen

### a) Telefonische Beratung

#### 1.1 Beratungsservice 24 Stunden

Den versicherten Personen von DKV Seguros steht ein telefonischer 24 Stunden Servicedienst durch medizinisches und administratives Personal zur Verfügung, das auf

die Koordination und Aktivierung von medizinischer Versorgung zu Hause entsprechend dem Versicherungsschutz und der Lage des Wohnortes spezialisiert ist.

#### 1.2 DKV Arztberatungsservice 24 Stunden

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

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

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



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

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

#### **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”**

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

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

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

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

Diese Leistung Service stellt den bei DKV Seguros versicherten Personen telefonische medizinische Beratung oder Online-Beratung zur Verfügung, um Informationen zur Verfügung zu stellen und Zweifel hinsichtlich

auftretender Krankheitssymptome, Ergebnissen von Diagnosen, allgemeiner Gesundheitsprobleme, über Prophylaxe und spezielle Arzneimittel bei Auslandsreisen aufzuklären.

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

Der Versicherte kann drei psychologische Beratungen von jeweils dreißig Minuten pro Jahr wahrnehmen und von einem qualifizierten Psychologenteam betreut werden, das jeden Fall individuell untersucht.

Öffnungszeiten an Werktagen von 8:00 Uhr bis 21:00 Uhr, unter vorheriger Terminvereinbarung.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **2.1 Ärztliche Zweitmeinung**

Innerhalb dieses Services hat die versicherte Person oder ihr Arzt im Falle einer schweren Erkrankung kostenfreien Zugang zur Beratung und 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.

## **2.2 Bioethische Zweitmeinung bei bioethischen Fragen**

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

## **3. Zahnmedizinischer Dienst**

Dieser Service stellt den bei DKV Seguros versicherten Personen Zugang zu zahnmedizinischen Behandlungen, die nicht im Versicherungsschutz eingeschlossen sind, zu sehr vorteilhaften Konditionen zur Verfügung, wenn sie Zahnkliniken des Vertragsnetzes “Red DKV de Servicios Sanitarios” in Anspruch nehmen.

Zudem umfasst die Krankenversicherung DKV Mundisalud Premium sowohl als Einzel- als auch als Kollektivversicherung die Kostenrückerstattung für zahnärztliche Dienstleistungen, die nicht im Artikel 5.n für die restlichen Versicherungsmodalitäten “Deckungsgrenzen” aufgeführt sind. Die Rückerstattung unterliegt den Höchstgrenzen,

die in der den Allgemeinen Versicherungsbedingungen angehängten Deckungs- und Deckungseinschränkungstabelle aufgeführt sind.

**Bei jeder Vertragserneuerung dieser Versicherungspolice behält sich DKV Seguros das Recht vor, die Zahnärzte des Vertragsnetzes “Red DKV de Servicios Sanitarios”, die je zahnärztlicher Behandlung erhobenen Zuzahlungen und die eingeschlossenen zahnärztlichen Service-Leistungen zu verändern.**

## **4. Premium-Zusatzleistungen**

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

Abhängig von der Art der Serviceleistung, die die versicherte Person im “Red de Servicios DKV Club Salud y Bienestar” in Anspruch nehmen will, werden zwei Arten des Zugangs unterschieden:

- > **Direktzugang zur Service-Leistung:** die versicherte Person sucht in der Website **www.dkvclubdesalud.com** die Preise der verfügbaren Zentren oder Leistungserbringer, vereinbart selbst einen Termin mit dem Leistungserbringer und identifiziert sich bei Ankunft im Zentrum mit ihrer Versichertenkarte oder der Versicherungsnummer von DKV Seguros. Dies ist notwendig, damit der Leistungserbringer den Spezialpreis des “DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden” berechnet. Letztendlich zahlt die versicherte Person für die Service-Leistung direkt an den Leistungserbringer.
- > **Zugang mit Rabattgutschein:** in anderen Fällen ist es zur Inanspruchnahme einiger Serviceleistungen des “DKV Club Salud y Bienestar” allerdings notwendig, im Voraus einen Rabattgutschein zu erwerben. Die Gutscheine sind auf der Webseite **www.dkvclubdesalud.com**, telefonisch unter den Telefonnummern 976 506 010 I 902 499 150 oder direkt in einer der Filialen von DKV Seguros erhältlich.

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

#### **4.1 Serviceleistungen zur Gesundheitsförderung**

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

DKV Seguros stellt den versicherten Personen Ermäßigungsgutscheine zur Verfügung, um Zugang zu Kurbehandlungen, der Hydrotherapie (Anwendungen von Wasser), der Bewegungstherapie, Behandlungen der Lymphdrainage oder Hautstraffung zu vorteilhaften Konditionen zu erlangen.

**Kurzentrums:** 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.

#### **4.1.2 Fitnessstudios**

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

#### **4.1.3 Ernährungsernährungsberatung**

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

### **4.2 Präventive Serviceleistungen**

#### **4.2.1 Prädiktive genetische Untersuchungen**

Zugang mittels Ermäßigungsgutscheinen zu Analysen, die Informationen über das Risiko einer bestimmten Person liefern, eine spezifisch genetisch bedingte Krankheit zu erleiden. 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 eines Vaterschaftstests.

#### **4.2.2 Programm zur Raucherentwöhnung**

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

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

Die Transplantation der Stammzellen aus dem Nabelschnurblut ist derzeit eine gängige Behandlungsmethode für viele schwere Erkrankungen (Leukämie, Lymphdrüsenkrebs, Neuroblastome, Thalassämie - Erkrankung der roten Blutkörperchen - usw.). Die versicherten Personen, die Zugang zu diesen Service-Leistungen zu wirtschaftlich vorteilhaften Bedingungen wünschen, können einen Rabattgutschein erwerben, der die Sammlung, den Transport, die vorherigen Analysen und die Einlagerung der hämopoetischen Stammzellen aus der Nabelschnur ihrer Kinder ab dem Zeitpunkt der Geburt in einer privaten Bank für die Zeit von 20 Jahren (mit der Möglichkeit einer Verlängerung) umfasst.

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

Diese Leistung mittels eines Ermäßigungsgutscheins stellt den versicherten Personen ein Vertragsnetz von Podologen zur Verfügung, die auf die Entwicklung und Herstellung von individuellen Einlagen sowie auf die erforderlichen fortlaufenden Kontrollen und Garantieleistungen spezialisiert sind.

### **4.3 Medizinische kosmetische oder ästhetische Serviceleistungen**

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

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

#### **4.3.2 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 sich durch eine verminderte Fähigkeit des Auges äußert, sich auf Nahsicht anzupassen, besteht. DKV Seguros bietet ihren versicherten Personen über den Erwerb eines Ermäßigungsgutscheins zu wirtschaftlich vorteilhaften Konditionen den Zugang zu einem Netzwerk von Augenkliniken, die auf die chirurgische Korrektur mittels Implantierung von intraokularen Linsen spezialisiert sind.

#### **4.3.3 Laser-Chirurgie der Alterssichtigkeit**

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

### **4.4 Ergänzende medizinische Serviceleistungen**

#### **4.4.1 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-

Gutscheins 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 Spermia und Embryonen.

#### **4.4.2 Alternative Therapien**

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

**4.4.2.1 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.

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

#### **4.4.2.3 Osteopathie und 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.

#### **4.4.3 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.**

#### **4.5 Serviceleistungen zur persönlichen Selbstbeobachtung**

##### **4.5.1 Hörgesundheit**

Ermöglicht über den Erwerb eines Ermäßigungsgutscheins die Durchführung eines Hörtests im Netzwerk der Hörzentren des DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden sowie den Einkauf von Hörgeräten zu vorteilhaften Konditionen.

#### **4.5.2 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.

#### **4.5.3 Serviceleistungen optische Einrichtungen**

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

#### **4.5.4 Serviceleistungen orthopädische Einrichtungen**

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

#### **4.5.5 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.

### **4.6 Serviceleistungen der Heilgymnastik oder Rehabilitation**

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

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

#### **4.6.2 Therapien der obstruktiven Schlafapnoe**

Dieser Service ermöglicht für die Beatmung zu Hause 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.

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

Die versicherte Person kann zudem mittels eines Ermäßigungsgutscheins des DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden am Programm für Training oder Rückbildung des Beckenbodens mit dem Birdi-Kit 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.

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

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

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

##### **4.7.2 Häusliche Betreuung nach der Geburt**

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

##### **4.7.3 Häusliche Serviceleistungen**

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

**a) Persönliche Betreuung:**

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

**b) Hauswirtschaftliche Hilfe:**

Das erfahrene Fachpersonal unterstützt Sie bei der Reinigung des häuslichen Umfelds, bei Haushalteinkäufen und sogar der Zubereitung von Mahlzeiten.

**4.7.4 Service von Fernbetreuung mit fest installierten oder mobilen Geräten.**

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

**4.7.5 Serviceleistungen zur Anpassung des Wohnumfeldes.**

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

**4.7.6 Netzwerk von Altersheimen**

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

**4.7.7 System betreutes Wohnen**

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

**5. Netzwerk von Kliniken in den USA**

Über diesen Service steht den versicherten Personen von "DKV Mundisalud" 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.

Wenn Sie es wünschen, kümmert  
sich DKV Seguros auch um das  
Management wie Reiseformalitäten,  
Transport zum Krankenhaus usw.

## **6. Callcenter**

### **Beratungen, Informationen und Genehmigungen.**

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

# Allgemeine Versicherungs- bedingungen

# 1. Einleitende Klausel

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

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

Vertragsbestandteile sind:

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

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

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

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

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

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

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

#### **Ambulante chirurgische Eingriffe**

Alle chirurgischen Eingriffe, die in einem Operationssaal unter lokaler oder örtlicher Betäubung, Vollnarkose oder unter Verabreichung eines Beruhigungsmittels durchgeführt werden und bei denen lediglich eine kurze postoperative Beobachtung notwendig ist, weshalb keine stationäre Einweisung erforderlich ist und der Patient kurze Zeit nach dem Eingriff entlassen werden kann.

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

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

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

#### **Antiangiogenesikum**

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

#### **Arzt**

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

#### **Arzthonorare**

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

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

### **Ausschlussfrist**

Dies ist der **vertraglich festgelegte Zeitraum**, der ab dem Zeitpunkt der Krankentlassung 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 eine Vereinbarung im Rahmen des Versicherungsvertrags, die den Umfang der Garantie begrenzt oder widerruft, wenn ein risikorelevanter Umstand 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**

### **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 Operationssaal der jeweiligen, gesetzlich zugelassenen medizinischen Einrichtung.

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

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



### **Chirurgische Prothese**

Dies sind medizinische Produkte, die vorübergehend oder dauerhaft eingepflanzt, ein fehlendes, krankes oder nicht normal funktionierendes Körperorgan ersetzen oder dessen körperliche Funktionsfähigkeit ganz oder teilweise unterstützen.

## **D**

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

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

## **E**

### **Enzyminhibitor**

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

## **F**

### **Fruchtbares Alter**

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

### **Frühgeburt und vorzeitige Entbindung**

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

## **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, zu 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, das 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, Selektion und Spermienkapazitation (schließt Wiederherstellungstechnik für bewegliche Spermien REM mit ein) sowie Befruchtung.

## **L**

### **Lebensbedrohlicher Notfall**

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

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

### **“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.

## 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 Fachkräften und unterliegen der Berichterstattung an die Rating-Agenturen der medizinischen Technologien (AETS), um ihre Sicherheit und Wirksamkeit in verschiedene Richtungen und Größen zu testen, und die bestehende Technologie zu ersetzen.

### **Medizinische Vollversorgung**

Hierunter fallen alle medizinischen Fachrichtungen und medizinischen Leistungen in den Modulen “Ambulante ärztliche Versorgung”, “Fachärztliche medizinische Versorgung und ergänzende diagnostische und therapeutische Verfahren” und “Stationäre medizinische und chirurgische Versorgung”.

### **Medizinische Vorgeschichte**

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

### **Modalität Einzelversicherung**

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

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

### **Modalität Gruppenversicherung**

Im Sinne der Vertragsschließung wird die Versicherung als Modalität Gruppenversicherung bezeichnet, wenn mindestens 10 Personen versichert sind, die alle unabhängig vom versicherten Interesse verbunden sind und die die gesetzlichen Bedingungen der Versicherungsfähigkeit erfüllen. Ihre Versicherungsdeckung ist entweder durch obligatorischen Zugang (colectivo cerrado) oder freiwillig (colectivos abiertos oder cofinanciados) zu Vertragskonditionen, die DKV Seguros vorab mit einem Kollektivpartner vereinbart hat, zustande gekommen.

## **N**

### **Neugeborenenversorgung**

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

### **Neurorehabilitation**

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

### **Nichtstationäre medizinische Versorgung**

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

Die große ambulante Chirurgie fällt nicht hierunter.

### **Nicht vertragsgebundene Leistungserbringer**

#### **(Leistungsmodalität**

#### **Kostenerstattungsprinzip)**

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

## O

### **Orthopädisches Material und Orthesen**

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

### **Osteosynthesematerial**

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

## P

### **Police**

Dabei handelt es sich um den Versicherungsvertrag. Dies ist ein Dokument, das die Allgemeinen, die Besonderen und die Speziellen Versicherungsbedingungen sowie die Zusatzvereinbarungen oder Nachträge zur Ergänzung oder Modifikation enthält. Der Versicherungsantrag und die Gesundheitserklärung sind ebenfalls Teil der Police.

### **Psychotherapie**

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

## R

### **Radikale Chirurgie oder Onkologie**

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

### **Regenerative Medizin**

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

### **Rehabilitation**

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

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

Als Roboter-Chirurgie, auch Tele-Operation genannt, wird die Chirurgie bezeichnet, die von einem Roboter auf Anweisungen des Chirurgen mit Hilfe von telerobotischer Laparoskopie bzw. mit Unterstützung eines Informatiksystems von

Computerbildern oder mittels eines Navigationssystems in 3D durchgeführt wird.

## S

### **Schmerztherapie**

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

### **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 und Krankenhauspflegepersonal, das darauf spezialisiert ist, bestimmte Behandlungen durchzuführen.

### **Spiralförmige Strahlentherapie oder Tomotherapie**

Die spiralförmige Strahlentherapie in Echtzeit, auch als Tomotherapie bekannt, enthält im CT einen Linearbeschleuniger, der die Strahlen durch einen Multileaf-Kollimator in 64 rechteckige Einzelfelder aufteilt. Es ist eine erweiterte Form der Strahlentherapie, die vor der Verabreichung ermöglicht, ein dreidimensionales Bild des Tumors

(3-D) zu erhalten und die Strahlung auf den Tumor aus vielen verschiedenen Richtungen durch spiralförmiges Drehen des Linearbeschleunigers um den Patienten herum zu fokussieren. Auch bekannt unter spiralförmige Tomotherapie.

### **Stationäre medizinische Versorgung**

Medizinische Versorgung in Krankenhäusern oder Kliniken, bei der zur medizinischen oder chirurgischen Behandlung der versicherten Personen ein Krankenhausaufenthalt von mindestens 24 Stunden erforderlich 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 sowie Aufwendungen für eventuell erforderliche Prothesen.

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

### **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 wahrheitsgemäß erfolgt sind.

### **Unfall**

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

### **Unfruchtbarkeit**

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

## **V**

### **Verkehrsunfall**

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

### **Versicherer**

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

**Versicherte Person**

Person, die medizinische Leistungen in Anspruch nimmt.

**Versicherungsantrag**

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

**Versicherungsantrag oder vorläufiges Informationsdokument**

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

**Versicherungsmathematisches Alter**

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

**Versicherungsmedizinischer Zuschlag**

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

**Versicherungsnehmer**

Die natürliche oder juristische Person, die diesen Vertrag mit DKV Seguros unterzeichnet und mit ihrer Unterschrift bestätigt, alle in diesem Vertrag festgelegten Verpflichtungen zu erfüllen, sofern es sich nicht um solche handelt, die durch die versicherten Personen zu erfüllen sind.

**Vertragsgebundene Leistungserbringer (Leistungsmodalität Sachleistungsprinzip)**

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

**Vorerkrankung**

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

## Z

### **Zytostatikum**

Zytotoxisches Medikament in der onkologischen Chemotherapie, welches die Krebsentwicklung verlangsamt, in dem es direkt auf die Integrität der DNA-Kette (Desoxyribonukleinsäure) 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 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 und der "Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen" als Anhang dazu und aufgrund der Angaben im Gesundheitsfragebogen, dass sie die medizinisch-chirurgischen und stationären Leistungen in den beschriebenen Fachrichtungen bei Erkrankungen und Verletzungen gewährt, wenn 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 Sicherheit und Kosten-Nutzen** werden durch einen positiven Bericht der Agenturen zur Evaluierung von Gesundheitstechnologie ratifiziert, die in Abhängigkeit zu den Gesundheitsdiensten der Autonomen Gemeinden, oder zum Gesundheitsministerium stehen.
2. **Sie ausdrücklich in Abschnitt 4 "Versicherungsumfang"** innerhalb der in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführten Behandlungsmethoden eingeschlossen sind.

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

### **3.2 Leistungsmodalität der Versicherung**

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

- > **Alle in der Police beschriebenen Versicherungsleistungen können über das "Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros in ganz Spanien in Anspruch genommen werden. Vor der Behandlung ist dem Leistungserbringer zur Identifikation die Versichertenkarte DKV MEDICARD® vorzulegen und falls notwendig, eine entsprechende Kostenübernahmegarantie (Leistungsmodalität Sachleistungsprinzip).**
- > Freie Wahl von Ärzten oder medizinischen Einrichtungen, die nicht über das "Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros vertragsgebunden sind.

Hier gilt das Erstattungsprinzip. DKV Seguros erstattet den versicherten Personen den Betrag der von ihnen vorgelegten Rechnungen mit dem Prozentsatz und unter Berücksichtigung der Limitierungen, die in der "Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen" als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt sind (Leistungsmodalität Kostenerstattungsprinzip).

**DKV Seguros erstattet den versicherten Personen Rechnungen von vertragsgebundenen Leistungserbringern des "Red DKV de Servicios Sanitarios" in keinem Fall zurück.**

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 Versicherungsvertragsgesetzes - 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.

Die Modalität der Versicherung und die damit verbundenen bestimmten Deckungen hängen von der Entscheidung der versicherten Person bei Vertragsabschluss ab. Es gibt zwei Vertragsmodalitäten, die Modalität Einzelversicherung mit Zugang zu einigen exklusiven Deckungen (vergleichen Sie Anhang II) und die Modalität Gruppenversicherung ohne diesen Zugang.

### **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.

Bei Fremdmittleistungen in allen Modalitäten von “DKV Mundisalud” (mit Ausnahme von “DKV Mundisalud Combinado”, deren territorialer Geltungsbereich auf Spanien begrenzt ist) kann der Versicherte sich weltweit an Ärzte und Zentren wenden, die nicht zum Vertragsnetz “Red DKV de Servicios Sanitarios” gehören, sofern der ständige Wohnsitz des Versicherten mindestens neun Monate im Jahr in Spanien ist oder der Versicherte mit DKV Seguros ausdrücklich etwa anderes vereinbart.

Wenn der vorgenannte Wohnsitz außerhalb des spanischen Territoriums verlagert wird, würde der Versicherungsschutz nur bis zum Ende des laufenden Kalenderjahres 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 MEDICARD® zur persönlichen Nutzung als Identifikationsmedium

gegenüber den Leistungserbringern für alle mitversicherten Personen aus. Weiterhin erhält der Versicherungsnehmer die Information über das Ärzte- und Klinikverzeichnis des “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros, in dem alle im Versicherungsschutz eingeschlossenen Leistungen, Ärzte, Diagnostik-Zentren, Kliniken, Notfallaufnahmen und andere medizinische Zentren unter Angabe der jeweiligen Adresse und Öffnungszeiten oder Sprechstunden aufgeführt sind.

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

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

Für Einweisungen zu stationären Behandlungen, für medizinisch-chirurgische Implantate, für Implantate und chirurgische

Prothesen, 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 Schadenfall 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 in keinem Fall zurück. Ebenso werden Aufwendungen für Leistungen in keinem Fall von DKV Seguros übernommen, wenn nicht vorher die entsprechend notwendige Autorisation ausgestellt wurde.

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

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

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

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

Unbeschadet der vorherigen Absätze müssen bei Notfällen entweder durch die versicherte Person selbst oder

durch eine andere Person in ihrem Namen die jeweiligen Umstände 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.

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

**Spezielle Regelung zur Inanspruchnahme der nicht vertragsgebundenen Leistungserbringer (Kostenerstattung) Versorgung außerhalb des DKV Vertragsnetzes “Red DKV de Servicios Sanitarios”:**

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

**b)** Der Versicherungsnehmer muss die Erstattung von Krankheitskosten innerhalb



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

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

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

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

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

> Nach Einreichen des Erstattungsformulars mit Originalarztberichten und

Originalrechnungen über die erfolgte Behandlung erstattet DKV Seguros die angefallenen Aufwendungen entsprechend dem Prozentsatz und den Begrenzungen in den Allgemeinen bzw. Besonderen Versicherungsbedingungen in Verbindung mit der anhängenden “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen”.

> Der Erstattungsbetrag wird auf das vom Versicherten benannte Konto überwiesen. Diese Überweisungsart ist rechtskräftig und befreit DKV Seguros von weiteren Pflichten.

> Die Erstattung von Rechnungen, die in anderen Währungen / Devisen vom Versicherten bezahlt werden, erfolgt in Spanien in EUR zu dem Tageskurs, an dem die Rechnung bezahlt wurde.

Ist dieser Tag nicht feststellbar, erfolgt die Umrechnung zum entsprechenden Kurs am Tag des Rechnungsdatums oder des Behandlungstages.

> Die Aufwendungen für Übersetzungen von Berichten, Rechnungen oder Arzthonoraren trägt DKV Seguros, vorausgesetzt, dass es sich um Englisch, Deutsch, Französisch oder Portugiesisch handelt.

Aufwendungen für Übersetzungen aus allen anderen Sprachen gehen zu Lasten der versicherten Personen.

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

### 3.5 Regressforderungsklausel und Abtretung von Rechten

Nach erfolgter Zahlung der Erstattung oder erbrachter Dienstleistung, kann DKV Seguros die Rechte und Handlungen bis zur Höchstgrenze der gezahlten Entschädigung ausüben, die dem Versicherten aufgrund des verursachten Unfalls gegenüber Dritten, die zivil- oder strafrechtlich verantwortlich sein können, zusteht.

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

## 4. Versicherungsumfang

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

**Je nach dem, ob sie üblicherweise stationär oder ambulant erfolgen.**

### **a) Ambulante ärztliche Behandlung**

Die ambulante Heilbehandlung umfasst die allgemeinärztliche Erstversorgung, die Notfallbehandlung, die fachärztliche und chirurgische Versorgung, sowie die zusätzlichen diagnostischen und therapeutischen Verfahren im Ambulantbereich.

Außerdem ausdrücklich eingeschlossen sind folgende Gebiete:

- > Das Einsetzen einer IUP – Spirale
- > Logopädie und Phoniatrie, einschließlich logopädischer Rehabilitation.
- > Die kleine ambulante Chirurgie entspricht den chirurgischen Gruppen O bis I (Grupos Quirúrgicos O y I) der Klassifikation (“Clasificación terminológica y codificación de actos y técnicas médicas”) der spanischen Ärztekammer OMC (Organización Médica Colegial de España), die durch Ärzte ausschließlich in der Arztpraxis durchgeführt wird. Es gibt einen Zugang zur Gesamtliste aller chirurgischen Eingriffe innerhalb dieser Gruppen mittels der letztgültigen Version der Klassifikation der OMC auf der Internetseite <http://www.cgcom.org>.
- > Schlafdiagnostik oder Polychromografie
- > Schmerztherapie, zur Behandlung von chronischen Schmerzen
- > Die spezifischen Vorsorgeprogramme
  - wie im Abschnitt 4.7 detailliert aufgeführt (einschließlich Geburtsvorbereitungsprogramme)
- > Die klinische Psychologie

## b) Stationäre ärztliche Heilbehandlung

Die stationäre Behandlung umfasst die Aufwendungen, die während der Behandlung im Krankenhaus entstehen sowie daraus folgende Arzt- oder Chirurgenhonorare, inklusive der prä- und postoperativen Untersuchungen (Beratung, Analyse und EKG) bis zu zwei Monate nach der Operation und Prothesen, die damit im Zusammenhang stehen.

Außerdem sind in dieser Deckungsmodalität weitere Behandlungen eingeschlossen, die im Abschnitt 4.6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen speziell aufgeführt sind.

## Gemäß der abgeschlossenen Deckungsmodalität:

### 4.1 Ambulante ärztliche Versorgung

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

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

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

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

**Transport im Krankenwagen:** In Notfällen umfasst diese Versicherungsleistung alle Transporte auf dem Landweg von dem Ort, an dem sich die versicherte Person befindet bis zum nächstgelegenen Krankenhaus des Vertragsnetzes "Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros, 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.

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 zu Hause 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**

Aufwendungen für Impfungen sind von der versicherten Person zu tragen, außer den im Abschnitt 4.7.1 “Gesundheitsprogramm für Kinder” detailliert aufgeführten bis zu den Höchstsätzen, die in der “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen dieser Police dargestellt sind.

### **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 folgende Fälle handelt:**

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

Eingeschlossen sind auch die Brustprothese, Hautexpander und die Brustabdeckungsnetze.

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

**und eine Mindest-Entnahme von 1.000 gr pro Brust erfordern.**

### Thoraxchirurgie

Inklusive der Sympathektomie bei Hyperhidrosis (gesteigerte Schweißabsonderung).

### Periphere Gefäßchirurgie

**Inklusive der endoluminalen Lasertherapie im Operationssaal zur Behandlung von**

**Krampfadern, außer in den in Abschnitt 5.f ("Ausgeschlossene Deckungsleistungen")**

dieser Allgemeinen

Versicherungsbedingungen detailliert aufgeführten Fällen.

### Medizinisch-chirurgische Dermatologie

**Sie umfasst die ambulante UVB-Fototherapie mit Schmalband (NB-UVB) bei den Gesundheitsstörungen, die in Abschnitt 4.5 ("Therapeutische Verfahren") der Allgemeinen Versicherungsbedingungen dargestellt sind.**

### Endokrinologie und Ernährung

### Geriatric (Altersheilkunde)

### Gynäkologie

Umfasst die Diagnose und die Behandlung von Frauenkrankheiten. Im Versicherungsschutz eingeschlossen sind die jährliche

Vorsorgeuntersuchung, die Familienplanung, die Verwendung und der Einsatz des chirurgischen Lasers (CO<sub>2</sub>, Erbium und Diode) und die Diagnose von Unfruchtbarkeit und Sterilität.

### **Hämatologie und Hämotherapie**

#### **Hebammen / Entbindungspfleger**

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

### **Innere Medizin**

#### **Nuklearmedizin**

**Nephrologie** (Behandlung von Nierenkrankheiten)

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

#### **Pneumologie – Atmungsapparat**

Schließt die häusliche Therapie des ersten obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms (SAHOS) ein (vergleichen Sie den Abschnitt 4.5 “Therapeutische Methoden” dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen).

### **Neurochirurgie**

### **Neurologie**

#### **Obstetrik**

Umfasst die Kontrolle während der Schwangerschaft und die Geburtshilfe.

**Eingeschlossen sind der “Triple-Test” oder EBA-Screening (kombinierter Test aus dem ersten Quartal) sowie die Amniozentese oder Chorionbiopsie zur Bestimmung des Kayotyps, damit Fehlbildungen des Fötus festgestellt werden können. Dieser Versicherungsschutz gilt bis zur Höchstgrenze pro Versichertem und Kalenderjahr, die in der den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängten Deckungstabelle aufgeführt sind, sofern der Versicherte auf Fremdmittel zurückgreift, die nicht zum Vertragsnetz “Red DKV de Servicios Sanitarios” gehören. In dieser Deckungsgrenze wird die Summe aller vorgenannten Tests (Triple-test, EBA-Screening, Amniozentese und Chorionbiopsie) berücksichtigt.**

Ebenfalls eingeschlossen ist der **vorgeburtliche genetische Test des mütterlichen Blutes auf Trisomie 21 (Down) 18 (Edwards) und 13 (Patau) in Fällen von Risikoschwangerschaften, Mehrfachschwangerschaften und bei wiederholten Fehlgeburten (zwei oder mehr) unbekannter Ursache gedeckt und wenn der kombinierte Test des ersten Quartals positiv ist** (mit der Gefahr einer Anomalie beim Fötus von 1/250), **bis zur Höchstgrenze pro Versichertem und Jahr, wie in der den Besonderen Versicherungsbedingungen**

### **angehängten Deckungs- und Einschränkungstabelle festgelegt.**

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

### **Zahnmedizin**

Inklusive zahnmedizinische Behandlungen, das Entfernen von Zähnen (Zahnextraktionen), die Behandlungen der Mundschleimhaut, die Zahn- und Mundreinigung und die im Rahmen dieser Behandlungen erforderlichen Röntgenleistungen.

Außerdem sind bei versicherten Personen bis zum 14. Lebensjahr Zahnversiegelungen und Zahnfüllungen abgedeckt.

Die restlichen zahnärztlichen Leistungen können über den zahnmedizinischen Service in Anspruch genommen werden. **Die Aufwendungen gehen zu Lasten der versicherten Person** (vergleichen Sie den Abschnitt “Zusätzliche Service-Leistungen”).

### **Augenheilkunde**

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

### **Onkologie**

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

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



### **Proktologie**

Inklusive Laser-Chirurgie bei rektalem und hämorrhoidalem Krankheitsgeschehen.

### **Psychiatrie**

Hauptsächlich Behandlungen auf Grundlage der Neurobiologie.

### **Rehabilitation**

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

**Neurorehabilitation bei schweren Hirnschäden:** spezifische Physiotherapie, die **nur als ambulante Behandlung eingeschlossen ist, bis zu einer Höchstgrenze von 60 Sitzungen während der Versicherungslaufzeit und/oder des Lebens des Versicherten**, in nationalen Referenzzentren mit geeigneter Rehabilitation und exklusiv zur Behandlung der klinischen Indikationen, die nachfolgend aufgeführt sind: **Schlaganfall, Anoxie oder Hypoxie, Meningitis, Enzephalitis, Kopfverletzungen bei Unfällen, die vom Versicherungsschutz abgedeckt sind, Hirntumorchirurgie oder Radiochirurgie zur Beseitigung des Tumors.**

In beiden Fällen gilt als geeignetes und für Rehabilitation spezifiziertes Zentrum, **welches der Wiederherstellung der Gesundheit dient und mittels der erforderlichen behördlichen Genehmigungen im Register der Zentren, Services und medizinischen Einrichtungen der jeweiligen Autonomen Region registriert ist.**

### **Rheumatologie**

Traumatologie / Unfallchirurgie  
Inklusive der Arthroskopie, perkutane Nukleotomie und Chemonukleolyse

### **Urologie**

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

## **4.4 Diagnostische Verfahren**

Sie muss von einem Arzt unter Angabe der Gründe für die Exploration verschrieben werden. Dies umfasst Kontrastmittel für die diagnostischen

## Tests, die in diesen Abschnitt erläutert sind

### Laboruntersuchungen, Anatomische Pathologie und Zytopathologie Radiologische Diagnose

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

### Endoskopien

Untersuchungen des Verdauungsapparates; zur Diagnostizierung oder therapeutischen Behandlung.

### Endoskopiekapsel

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

### Fiberbronchoskopie

Diagnostizierung oder therapeutische Behandlung.

### Kardiologische Diagnostik

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

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

### Neurophysiologie

Elektroenzephalogramm, Elektromyogramm usw.

### Schlafdiagnostik

Polysomnografie bei pathologischen Erscheinungsbildern auf Verordnung eines Facharztes

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

### Tomografie (OCT)

Augenärztliche Diagnostik nach wissenschaftlich anerkannten klinischen Erkenntnissen.

### Diagnostische Hochtechnologie

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

a) Umfasst die die Computertomografie (**Angio-CT**) und die Magnet-Resonanz-Angiografie (Mehrschicht **MRA**) zur **Diagnose von arteriellen und venösen Gefäßkrankungen im Bauch und Gehirn, die Weiterbehandlung und Überwachung der Gefäßprothesen, die Auswertung der arteriellen Dilatation oder Aneurysmen, die Gefäßmissbildungen und Aortenisthmusstenosen, unabhängig wo sie sich befinden.**

**b) Kernspin Arteriografie (ArthroRM) Magnetresonanarthografie,** bei Pathologien im Knorpel- und Sehnenbereich (Osteochondrose und Tendinitis) mit schwieriger Diagnose, die 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) Eingeschlossen ist die Positronenemissionstomografie (PET), bei Krebsprozessen und anderen klinischen Indikationen, die im Datenblatt des radioaktiven Arzneimittels 18Fluorodeoxyglucose (18F-FDG) enthalten sind. Dieses Arzneimittel wird gewöhnlich zu deren Ausführung genutzt, sofern sie von der spanischen Arzneimittelbehörde (AEMPS) genehmigt sind.**

**e) Die Single-Photon-Emissions-Tomographie (Spektroskopie SPECT), die Gammagrafie und die MR Spektroskopie durch Röntgenstrahlen mit hoher Auflösung (3 Tesla): bei Krebsdiagnosen und/oder Epilepsien, die nicht auf medizinische Behandlungen gemäß anerkannten klinischer Verfahren reagieren.**

**f) Gentests und Molekularbiologie:** 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)**

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

**h) Die sektorale oder strahlenförmige Endoskopie (EUS) des Verdauungstrakts zur Bewertung submuköser Läsionen, zur Lokalisierung von neuroendokrinen Tumoren und zur Identifizierung des Fortschritts bei Magen-Darm- und**

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

#### 4.5 Therapeutische Verfahren

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

**Die Aufwendungen für Medikamente gehen zu Lasten der versicherten Person.**

#### **Analgetika und Schmerzbehandlungen**

Im Versicherungsschutz eingeschlossen sind auch auf Techniken der Schmerzbehandlung spezialisierte Einrichtungen, **mit den Einschränkungen bei ambulant versorgten Medikamenten, die im Rahmen dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt sind** (vergleichen Sie den Abschnitt 5.x. **“Ausgeschlossene Deckungsleistungen”**).

#### **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 35 Sitzungen pro versicherte Person.

#### **Häusliche Therapie von Schlafstörungen (SAHOS)**

Beatmung der oberen Luftwege mit Hilfe der Beatmungsgeräte (CPAP/ BiPAP) **bis zu einer Höchstgrenze der gedeckten Behandlungen der 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 Strahlungstherapie, um die benachbarten, gesunden Organe zu schützen (RT-4 / RT-6D):

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

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

**3. Fraktionierte stereotaktische extrakraniale 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 ausschließlich während der Tage der Behandlung der akuten Niereninsuffizienz, mit Ausnahme von der Einzelversicherung DKV Mundisalud Premium, **die auch chronische Nierenerkrankungen im Vertragsnetz “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros umfasst.**

**Ausdrücklich ausgeschlossen sind Behandlungen von chronischen Nierenerkrankungen in allen Modalitäten von DKV Mundisalud, mit Ausnahme von der Einzelversicherung DKV Mundisalud Premium, sofern die Behandlung von einer Fachkraft des Vertragsnetzes “Red DKV de Servicios Sanitarios” “Eigenmittel” durchgeführt wird.**

### **Medizinische Fußpflege**

Behandlung der Füße

### **Transplantationen**

Hornhaut-, Herz-, Leber, Knochenmark- oder Nierentransplantation

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

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

### **Implantate**

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

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

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

### **Physiotherapie**

Physiotherapeutische Behandlungen müssen von ausgebildeten Fachkräften in dafür geeigneten Rehabilitationszentren, die den Anforderungen des Artikels 4.3 in Bezug auf Rehabilitationszentren und neurologischen Rehabilitationszentren entsprechen. Zudem ist zur Durchführung von Physiotherapien zur Wiederherstellung der Funktionen des Stütz- und Bewegungsapparats die vorherige Verordnung eines

Physiotherapeuten, Traumatologen, Rheumatologen oder Neurologen **notwendig. Die klinischen Indikationen, die in Artikel 4.3 aufgeführt sind, erfordern die Verordnung eines Neurologen. "Neurorehabilitation für erworbene schwere Hirnschäden"**).

**Laser- und Magnettherapie** als Techniken zur Rehabilitation.

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

**Muskel-Skelett-Lithotripsie: bis zur Höchstgrenze von Sitzungen pro Versichertem und Kalenderjahr, die in der den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängten Deckungs- und Deckungseinschränkungstabelle (Gesamtheit der mit Eigenmitteln und Fremdmitteln durchgeführten Behandlungen) festgelegt ist.** Eingeschlossen sind Pseudarthrose (verzögerte Frakturheilung), Osteonekrose (Knocheninfarkt) und chronische Sehnenentzündung (mehr als 3 Monate Dauer) des Schulter-, des Ellenbogengelenks, der Kniescheibe, der Ferse und Sohle, wenn eine medizinische Therapie und/oder Rehabilitation erfolglos war.

### **Therapeutische Hochtechnologie**

Im DKV Vertragsnetz “Red DKV de Servicios Sanitarios” wird der Zugang zu nationalen Referenzzentren vermittelt.

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

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

> **Die komplexen Vorhofrhythmusstörungen ohne strukturelle Herzfehler, wenn mindestens zwei vorher durchgeführte Ablösungsversuche mittels der konventionellen Radiofrequenztherapie nicht erfolgreich waren**

**b) Therapie der Hornhautvernetzung oder Hornhaut-Cross-Linking**

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

**c) Durch Neuronavigation (3D) computerunterstützte Chirurgie, bei Schädelbasischirurgie und Spinaltumoren**

Bildgebungssystem, das den Chirurgen in Echtzeit während eines komplexen neurologischen Eingriffs oder eines Eingriffs mit hohem Risiko leitet.

**d) Laparoskopische Roboter-Chirurgie bei organbegrenzter radikaler Prostatektomie:**

Enthalten im Rahmen der üblicherweise anerkannten Verfahren, unbegrenzte Deckung innerhalb des Vertragsnetzes “DKV Red de Servicios Sanitarios” (eigene Mittel), wenn sie mit Hilfe des telerobotisierten laparoskopischen Systems da

Vinci durchgeführt wird, und der Versicherungsnehmer die vorherige Genehmigung der DKV Seguros hat. **Falls sich der Versicherte für fremde Mittel außerhalb des Vertragsnetzes “DKV Red de Servicios Sanitarios” entscheidet, erstattet DKV Seguros die fälligen Kosten bis zur Höchstgrenze pro versicherter Person und Jahr, die in der an die Besonderen Versicherungsbedingungen angehängten Tabelle für Deckungen und Höchstgrenzen erscheint.**

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

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

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

#### **Logopädie**

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

#### **Logopädie Rehabilitation**

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



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

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

Im Hinblick auf Medikamente übernimmt DKV Seguros die Aufwendungen für **alle spezifischen Zytostatika**, die auf dem spanischen Markt vertrieben werden und jeweils vom spanischen Gesundheitsministerium genehmigt worden sind, sofern sie im Abschnitt

2 “Grundlagen, Begriffsdefinitionen” unter dem Punkt “Zytostatikum” beschrieben sind. Es sind eingeschlossen die Medikamente der **intravesikalen Instillation** und die **pallativen Arzneimittel** ohne Antitumorwirkung, die in der gleichen Behandlungssitzung neben den Zytostatika verabreicht werden, um nachteilige oder sekundäre Begleiterscheinungen zu vermeiden bzw. die Symptome der Erkrankung kontrollieren zu können.

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

Stationäre medizinische 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.

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

- > Onkologische Behandlungen: Radiumtherapie, Strahlentherapie und Chemotherapie
- > Therapie mit thrombozytenreichem Plasma oder thrombozytenreichen Wachstumsfaktoren: bei Eingriffen zum Gelenkersatz und in der chirurgischen Behandlung von Frakturen, die nicht heilen (Pseudarthrose).
- > OSNA-Methode oder -Technik: dies ist die interoperative Sentinell-Lymphknoten-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.
- > 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.

- > Therapeutische Hochtechnologie (**siehe vom Versicherungsschutz abgedeckte Behandlungen unter Artikel 4.5 Behandlungsmethoden**)
- > Chirurgische Prothesen
- > Krankenhaustagegeldzahlung bei stationärem Aufenthalt

Im Versicherungsschutz eingeschlossen ist die Benutzung eines Standard Einzelzimmers 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 und / oder Biomaterialien mit therapeutischem Zweck, wie in Artikel 4.7 "Chirurgische Prothesen" der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

**Ausdrücklich ausgeschlossen sind biologische Medikamente oder medizinische Biomaterialien, die nicht im genannten Artikel 4.7 erwähnt sind, und die Therapien des Artikels 5. r "Einschränkungen der Leistungspflicht".**

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

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

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

**c) Krankenhauseinweisung in Intensivstation:** Krankenhausaufenthalte oder

Krankenhauseinweisungen aus irgendeinem Grund in medizinischen Einrichtungen, die auf intensivmedizinische Behandlungen spezialisiert sind.

**Die stationäre Behandlung wird nach folgenden Kriterien differenziert: Die stationäre Behandlung wird nach folgenden Kriterien differenziert: Die stationäre Behandlung wird nach folgenden Kriterien differenziert:**

**1. Stationäre Behandlung** (ohne chirurgischen Eingriff)

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

**2. Stationäre Behandlung zur chirurgischen Intervention**

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

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

**3. Stationäre Einlieferung zur Geburtshilfe**

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

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

**5. Stationäre Psychiatrie.**

Eingeschlossen ist die psychotherapeutische Behandlung durch einen ärztlichen Psychiater. Im Versicherungsschutz sind lediglich akute Fälle eingeschlossen. Der Aufenthalt ist auf einen maximalen Zeitraum von Tagen pro Kalenderjahr begrenzt, der in der den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängten Deckungs- und Deckungseinschränkungstabelle

festgelegt ist. Diese Höchstgrenze gilt sowohl für Aufenthaltstage, die über das Vertragsnetz “Red DKV de Servicios Sanitarios” finanziert wurden, als auch für mit Fremdmitteln finanzierte Aufenthaltstage.

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

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

Darüber hinaus ist bei der Einzelmodalität DKV Mundisalud Premium die Behandlung von chronischem Nierenversagen vom Vertragsnetz “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros vom Versicherungsschutz abgedeckt.

#### **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.
- > Vorgeschriebene Kinderschutz-Impfungen, in dafür vorgesehenen medizinischen Einrichtungen, soweit sie von den Behörden der Autonomen Regionen autorisiert sind.
- > **Erstattung der von der spanischen Gesellschaft für Kinderheilkunde (Asociación Española de Pediatría) empfohlenen**, in den autonomen Gemeinschaften Spaniens jedoch nicht vorgeschriebenen Kinderimpfungen (Medikamentenkosten), vorausgesetzt, dass sie von einem Kinderarzt verschrieben werden.

Dazu gehören die folgenden:  
 Impfungen **gegen Rotavirus bei Kindern, Meningokokken B bei Säuglingen unter einem Jahr, humanes Papillomavirus (HPV) bei Kindern (Jungen) unter 12 Jahren und bei Frauen unter 26 Jahren, die unzureichend geimpft wurden.**

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

Für jede dieser **Impfungen ist ein Rückerstattungshöchstbetrag pro Impfung (Einheit)** und eine weitere **maximale Höchstgrenze für jede versicherte Person und Jahr** (als Summe aus den Aufwendungen aus den Leistungsmodalitäten "Eigene Mittel" (Sachleistungsprinzip) und "Fremde Mittel" (Kostenerstattungsprinzip) festgelegt, die in der "Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen" als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen dieser Police dargestellt sind.

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

## 2. Programm zur Früherkennung von Diabetes.

Einschließlich:

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

mg/dl und glykiertem Hämoglobin von 6,5% oder mehr führt DKV Seguros eine klinische Überwachung der Krankheit durch. >

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

Einschließlich:

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

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

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

Dies schließt ein:

- > Regelmäßige gynäkologische Untersuchungen zur Früherkennung von Brust- und 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.

### **5. Präventionsprogramm für Herz- und Gefäßerkrankungen.**

Einschließlich:

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

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

## **6. Programm zur Hautkrebsprävention.6. Programm zur Hautkrebsprävention.**

Einschließlich:

- > Beratung und Bewertung von Veränderungen in Größe, Farbe und Form von dysplastischen oder atypischen Nävi
- > **Bildhafte Epilumineszenz-Mikroskopie oder Dermatoskopie zur frühzeitigen Diagnostizierung des Melanoms:**

**1. Bei Risikopatienten:** Mit mehreren atypischen Melanomen (>100 Nävi), oder bei Patienten, bei deren Vorfahren oder Familienangehörigen (1. oder 2. Grad) das dysplastische Nävussyndrom mit Melanomen diagnostiziert wurde und bei Trägern von assoziierten genetischen Mutationen.

**2. Bei dermatologischem Check-ups alle drei Jahre:** Zur Steuerung und Überwachung von angeborenen Verletzungen, bei pigmentierten Risiken oder Hautrisiken.

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

Dies schließt ein:

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

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

Dies schließt ein:

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

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

Dies schließt ein:



- > Zahnärztliche Beratung und Erstellung des Zahnstatus
- > Beratung zur Änderung von Ernährungsgewohnheiten
- > Angemessene Reinigung der Zähne und der Mundhöhle
- > Lokale Fluorbehandlung
- > Zahnversiegelungen und -füllungen für versicherte Personen bis 14 Jahre
- > Professionelle Mund- und Zahnreinigung, falls notwendig
- > Bei Mobbing in der Schule, geschlechtsbezogener und häuslicher Gewalt.
- > Schlafstörungen: Bettnässen, Schlaflosigkeit, Schlafwandeln und nächtliche Angstzustände
- > Anpassungsstörungen: Berufliche und posttraumatische Stresssituationen, Trauer, Scheidung, Pubertät, Depressionen nach dem Urlaub usw.
- > Lernstörungen: Hyperaktivität und Schulabbruch

### **Klinische Psychologie**

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

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

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

In der Deckungsmodalität “DKV Mundisalud Combinado” ist die Leistung ausschließlich eingeschlossen, wenn sie durch Vertragspartner des “Red DKV de Servicios

Sanitarios" Leistungsmodalität Sachleistungsprinzip erbracht wird. Die max. Zahl von erstattungsfähigen psychotherapeutischen Sitzungen pro versicherte Person und Kalenderjahr ist in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelt (Vergleichen Sie Abschnitt 7.6 "DKV Mundisalud Combinado").

### Familienplanung

Dies schließt die nachfolgend aufgeführten Leistungen ein:

- > Einsatz des IUP, einschließlich Erstattung der Kosten des IUP gemäß dem in der Versicherungs-Modalität festgelegten Prozentsatz, **bis zu einer Erstattungshöchstgrenze, die in der Tabelle der Deckungen und Höchstgrenzen festgelegt ist, welche an die Besonderen Versicherungsbedingungen angehängt ist.**
- > Eileiterunterbindung
- > Vasektomie (Sterilisation des Mannes)

**Chirurgische Prothesen:** Im Versicherungsschutz eingeschlossen sind die Verordnung und das Einsetzen von Gelenkprothesen (Schulter-, Hüft-, Knie-, Knöchel- und Fußgelenk), Gefäß- und Herzprothesen (Herzklappen, Bypass, Stent, Systeme von Septal Occludern,

temporärer oder permanenter Herzschrittmacher und automatischer Desfibrillator) Gelenkendoprothesen (innere Barrieren, Metallplatten zur Fixierung und Schrauben) und intersomatische Abstandshalter oder Zwischenwirbelkäfing in der Chirurgie des Zusammenfügens oder der Versteifung der Wirbelsäule, Bandscheibenprothesen bei behandlungsresistenten symptomatischen Bandscheibenerkrankungen (funktionelles neurologisches Defizit und Schmerzen), interspinöse Abstandhalter bei Spinalkanalstenosen, die starke Schmerzen auslösen, sowie neurogener Claudicatio (Schmerzen, die beim Laufen eintreten und beim Hinsetzen wieder verschwinden) von über sechs Monaten trotz konservativer Behandlung. **Darüber hinaus deckt der Versicherungsschutz Implantate und biologische Materialien und/oder Biomaterialien zu therapeutischen Zwecken, wie nachfolgend aufgeführt:**

- > Dichtungsmittel, Leime oder biologische Klebstoffe: in der Onkologischen Chirurgie
- > Antiadhäsives Sperrschicht-Gel: in der Chirurgie der Wirbelsäule und um weitere Eingriffe durch andere Fachärzte zu vermeiden

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

Außerdem eingeschlossen sind Osteosynthesematerial, chirurgische Stütznetze, um Defekte bei Verletzungen der Bauchdecke zu reparieren, chirurgische suburethrale Netze, die in der Chirurgie der Harninkontinenz und der Beckenbodensenkung verwendet werden, die Harnventile, die äußeren Festhalter (Fixateur externe), die intraokularen oder neutralen monofokalen Linsen (ohne weitere Sehkorrektur) beim grauen Star, die Hodenprothese bei Orchidektomie nach onkologischen Behandlungen oder Unfall, die Hautexpander, die Brustprothese und das Beschichtungsnetz der Brust, sofern es sich um die Wiederherstellung nach

einer radikalen Operation handelt **(außer bei DKV Mundisalud Premium, die die torische oder multifokale Linse bis zu einem Höchstbetrag pro behandeltem Auge umfassen).**

**Es existiert keine jährliche Deckungsobergrenze für Prothesen und Implantate, die über das Vertragsnetz “Red DKV de Servicios Sanitarios” (Eigenmittel) bei DKV Mundisalud Premium erbracht werden, sofern im Voraus die erforderliche Genehmigung von DKV Seguros eingeholt wurde. Die restlichen Modalitäten von DKV Mundisalud haben auch keine Deckungsgrenze bei Eigenmitteln, sofern DKV Seguros es im Voraus genehmigt hat. Ausgenommen davon sind die zuvor beschriebenen Herz- und Gefäßprothesen, für die die in der den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängten Deckungs- und Deckungseinschränkungstabelle festgelegten Deckungsgrenze für chirurgische Prothesen gilt.**

**Bei der Deckungsmodalität Fremdmittel werden die in diesem Abschnitt aufgeführten Implantate und Prothesen, die nicht in Zentren des Vertragsnetzes “Red DKV de Servicios Sanitarios” erworben wurden und/oder vor dem operativen Eingriff keine Genehmigung von DKV Seguros erhalten haben, bis zu einem Anteil und der Höchstgrenze,**

**die in der den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängten Deckungs- und Deckungseinschränkungstabelle festgelegt ist, erstattet.**

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

#### **Krankenhaustagegeld.**

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

- > Die stationäre Behandlung ist im Versicherungsschutz der Police eingeschlossen und es gibt keinen zahlungspflichtigen Dritten.

- > Die entstandenen Aufwendungen für den Krankenhausaufenthalt wurden DKV Seguros nicht in Rechnung gestellt.

#### **Medizinische Versorgung bei Infektion mit HIV / AIDS (erworbenes Immunschwächesyndrom) sowie bei den durch die Infektion mit dem menschlichen Immunschwäche-Virus (HIV) verursachten Krankheiten:**

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

#### **4.8 Exklusive Versicherungsleistungen**

**Nur der Abschluss der Versicherung “DKV Mundisalud” für komplette medizinische Versorgung in der Vertragsmodalität Einzelversicherung**

**berechtigt die versicherte Person, die folgenden zusätzlichen Leistungen in Anspruch zu nehmen:**

1. Rückerstattung von Aufwendungen für alternative und ergänzende Therapien (Homöopathie und Akupunktur).
2. Rückerstattung der Aufwendungen für Service-Leistungen zur Unterstützung der Familien bzw. im Fall, wenn Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 3 nach einem Unfall bestätigt ist.
3. Erstattung von Arzneimittelkosten
4. Rückerstattung der jährlich anfallenden Kosten für die Kryokonservierung in Datenbanken für Stammzellen aus dem Nabelschnurblut **während der ersten sechs Jahre nach Geburt**, sofern die Gewinnung und Kryokonservierung der Nabelschnur über einen **Anbieter des Vertragsnetzes “Red de Servicios DKV Club Salud y Bienestar” erfolgt und die Geburt und die betreffende Person vom Versicherungsschutz abgedeckt sind.**

**Durch den Vertragsabschluss der Versicherung “DKV Mundisalud” Classic, Élite oder Premium, die in der Einzelmodalität medizinische Rundumversorgung bieten, hat der Versicherte Zugang zu folgenden Zusatzleistungen:**

**1. Assistierte Reproduktion:**

Dies umfasst die Techniken der assistierten Reproduktion in der Zeit der maximalen Fruchtbarkeit (bei Frauen zwischen 18 und 42 Jahren und bei Männern bis 55 Jahre) für die Behandlung der Unfruchtbarkeit des Paares. Um diese Abdeckung beanspruchen zu können ist es erforderlich, dass beide Mitglieder des Paares versichert sind und sie keine gemeinsamen Kinder haben.

Der Zugang zur Behandlung erfolgt nach einer Karenzzeit von 48 Monaten und mit der vorherigen Zustimmung des Unternehmens **ausschließlich über die jeweils zustehenden medizinischen Behandlungszentren und Kliniken für assistierte Reproduktion, die dem des Unternehmens angeschlossen sind (Sachleistungsprinzip)**, auch wenn sich diese nicht in der Provinz des Wohnsitzes des Versicherten befinden.

**Die Beschreibung dieser exklusiven Deckungsleistungen in Bezug auf Modalität, räumlichen Geltungsbereich, Zweck, Art des Zugangs, Karenzzeit, Deckungseinschränkungen und ausgeschlossene Risiken, sind in Anhang II aufgeführt** (exklusive Deckungsleistungen der Versicherung DKV Mundisalud im Rahmen ihrer individuellen Modalität) **sowie in allen Abschnitten der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, welche**

**die Deckung der Versicherung eingrenzen: Abschnitt 2 “Grundlagen. Begriffsdefinitionen”  
Abschnitt 3 “Modalität und Umfang der Versicherung”  
Abschnitt 4 “Beschreibung der Deckungsleistungen”, Abschnitt 5 “Ausgeschlossene Deckungen” und Abschnitt 6 “Karenzzeiten”.**

#### **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) Erkrankungen oder physische Verletzungen infolge von Kriegen, Aufständen, Revolutionen und terroristischen Anschlägen oder infolge von offiziell erklärten Epidemien, direktem oder indirektem Kontakt mit Radioaktivität oder infolge von Nuklearreaktionen. Ebenso ausgeschlossen sind physische Schäden, die infolge von Naturkatastrophen wie Erdbeben, Überschwemmungen oder aufgrund anderer klimatischer oder meteorologischer Bedingungen entstehen.
- d) Krankheiten oder Verletzungen, die durch die professionelle Ausübung einer Sportart oder bei der Teilnahme von Wettbewerben und –kämpfen hervorgerufen werden. Ebenso ausgeschlossen sind Krankheiten oder Verletzungen, die durch die professionelle oder laienhafte Ausübung von Risikosportarten wie Stierkampf oder das Eintreiben von ungezähmtem Vieh, Gefahrensportarten wie Tauchen, Bobfahren, Boxkampf, Kampfsportarten, Bergsteigen,

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

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

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

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

g) Alternative und komplementäre Therapieformen, Akupunktur, Naturtherapie, Homöopathie, Chiromassage, Lymphdrainage, Mesotherapie, Gymnastik, Osteopathie, Hydrotherapie, alternative Entbindungsmethoden (Hausgeburt, Wassergeburt usw.), dreifasige Oxygentherapie, Pressotherapie, Ozontherapie, die Modalitäten der Lichttherapie und weitere nicht im Artikel 4.5 aufgeführte Leistungen und andere vergleichbare Leistungen, wie zum Beispiel Orthoptik und die von offiziell nicht anerkannten medizinischen Fachrichtungen erbrachten.

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



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

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

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

**Auf jeden Fall behält sich DKV Seguros das Recht vor, die ihr entstandenen Aufwendungen der an das öffentliche Gesundheitssystem zu zahlenden Aufwendungen für medizinische und chirurgische Versorgung und**

**den Krankenhausaufenthalt von der versicherten Person zurückzufordern.**

**i) Medizinische, diagnostische bzw. therapeutische Hochtechnologie, die Nierensteinertrümmerung, außer den in Abschnitt 4.4 "Diagnostische Verfahren" und 4.5 "Therapeutische Verfahren" dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten.**

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

**k) Präventivmedizin, Check-ups oder Vorsorgeuntersuchungen im Allgemeinen, die Impfstoffe und die Lieferung von Extrakten**

für Allergietests, außer den in den “Zusätzlichen Versicherungsleistungen” unter Abschnitt 4.7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführten Besonderen Vorsorgeprogrammen.

l) Jegliche Art von freiwilliger Schwangerschaftsunterbrechung und die durch einen Eingriff vorgenommene Reduzierung von Embryonen, rekonstruktive Chirurgie vorheriger empfängnisverhütender Techniken, Behandlung von Unfruchtbarkeit, Samenwaschtechniken und Behandlungen zur künstlichen Befruchtung, mit Ausnahme der in Anhang II, Abschnitt 3 “Exklusive Deckungen” der Versicherungen DKV Mundisalud Classic, Élite und Premium aufgeführten Verfahren, die medizinische Rundumversorgung in der Einzelmodalität bieten. Diese unterliegt den Einschränkungen und Risikoausschlüssen des Artikels 3.1.6 [a - i] des Anhangs II .

m) Alle Prothesen, Implantate, sanitären Geräte, anatomische und orthopädische Teile (Körperstrukturen), sofern sie nicht ausdrücklich in Abschnitt 4 “Versicherungsumfang” der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt sind.

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

n) Spezielle Zahnmedizin: Wurzelkanalbehandlungen, Parodontose, Kieferorthopädie, Zahnfüllungen und -versiegelungen bei Personen im Alter von über 14 Jahren, Zahnprothesen, Wurzelspitzenresektion (Apikotomie), Implantologie und die dafür erforderlichen Diagnosemittel, außer bei DKV Mundisalud Premium, bei der es (mit Ausnahme von Zahnästhetik) rückerstattet wird. Dabei werden die Grenzen eingehalten, die in der den Allgemeinen Bedingungen angehängten Deckungs- und Einschränkungstabelle festgelegt sind.

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

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

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

q) **Logopädie und Phoniatrie** zur Behandlung von Sprachstörungen, Aussprache und der Sprache, verursacht durch anatomische oder angeborene neurologische und psychomotorische Veränderungen diversen Ursprungs, ausgenommen die in Abschnitt

3.1.6.5 “**Therapeutische Verfahren**” (Abschnitt über die logopädische Rehabilitation) angegebenen Fälle.

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

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

s) **Die Überdruckkammer. Dialyse und Hämodialyse bei der Behandlung von chronischen Erkrankungen, ausgenommen bei der Einzelmodalität von DKV Mundisalud Premium, bei der die Behandlungsformen vom Vertragsnetz “Red DKV de Servicios Sanitarios” abgedeckt werden.**

t) **Gesundheitspflege bei viralen hämorrhagischen Fiebererkrankungen sowie den damit zusammenhängenden Komplikationen und Folgen. Die Pflegekosten für Krankheiten, die sich als Folge von HIV / AIDS ergeben sowie für Krankheiten, die durch**

das Virus verursacht werden, sofern diese die festgelegten Höchstgrenzen gemäß der Tabelle für Deckungen und Höchstgrenzen überschreiten.

u) Bildgesteuerte oder per Computer oder virtuellen Browser unterstützte Roboter-Chirurgie, mit Ausnahme der in Absatz 4.5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen angegebenen Indikationen. Es sind zudem Laser-Behandlungen ausgeschlossen, außer in den Fachgebieten und Indikationen, welche in Abschnitt 4 "Beschreibung der Deckungsleistungen" erläutert sind.

v) 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 Abschnitt "Ambulante ärztliche Versorgung" und "Notfallbehandlungen" dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben sowie für alle anderen nicht unbedingt erforderlichen Krankenhausleistungen.

w) Organtransplantationen und Autotransplantationen, Implantate und Autoimplantate mit Ausnahme von den unter dem Abschnitt "Therapeutische Verfahren"

der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführten. Aufwendungen für Organentnahme, -transport oder -konservierung sind mit Ausnahme der Hornhauttransplantation vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

x) Pharmazeutische Produkte, Medikamente und Hilfsmittel für die Heilung, mit Ausnahme der Ausführungen des Artikels 2.3 des Anhangs II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen "Exklusive Deckungen der Einzelmodalität der Versicherung DKV Mundisalud" und Hilfsmittel für die Heilung, die dem Versicherten während des Krankenhausaufenthalts (mindestens 24 Stunden) verabreicht werden. Ausdrücklich ausgeschlossen sind in jedem Fall biologische Arzneimittel oder medizinische Biomaterialien, die nicht in Abschnitt 4.7 "Chirurgische Implantate" und den in Abschnitt 5 angegebenen Therapien erwähnt sind. "Ausgeschlossene Deckungen", auch wenn diese während des stationären Aufenthalts im Krankenhaus verabreicht werden.

Die onkologische Chemotherapie deckt nur die Aufwendungen der entsprechenden zytostatischen Medikamente, die detailliert in "Zytostatikum" in Abschnitt 2 "Grundlagen, Begriffsdefinitionen" aufgeführt sind. Ausdrücklich ausgeschlossen ist die Antitumor-

**Immuntherapie, monoklonale Antikörper, Gentherapie, die Endokrine- und Hormontherapie, Enzyminhibitor bzw. Molekulartherapie, die Arzneimittel, die die Blutgefäßneubildung hemmen und der Gebrauch von Sensibilisatoren in der fotodynamischen und Bestrahlungstherapie.**

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

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

**z) 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 sowie chirurgischen Prothesen – unabhängig von ihrer Ursache. Lebensbedrohliche Notfälle oder Unfälle sind hiervon ausgeschlossen.
2. Für die medizinische Versorgung bei Geburten (außer Frühgeburten) oder durch Kaiserschnitt
3. Für Transplantationen

4. Methoden der künstlichen Befruchtung (siehe Anhang II, Artikel 3 exklusive **Deckungen von DKV Mundisalud Classic, Élite und Premium als Einzelversicherungen.**

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

Karenz- und Ausschlussfristen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen gelten sowohl für Serviceleistungen, die von Fachkräften in Zentren des Vertragsnetzes “Red DKV de Servicios Sanitarios” erbracht werden, als auch für Gesundheitsdienstleistungen, die von von Fachkräften in Zentren außerhalb des Vertragsnetzes von DKV Seguros erbracht werden.

# 7. Versicherungsleistungen gemäß vereinbarter Deckungsmodalität

Die Gesundheitsdienstleistungen, die in Artikel 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt sind, können in sieben verschiedenen Modalitäten abgeschlossen werden:

## 7.1 DKV Mundisalud Classic Hospitalización (stationäre Behandlung)

Diese Versicherung besteht aus einem gemischten System mit Kostenrückerstattung. Eingeschlossen sind nur die unter Abschnitt 4.6 "Stationäre Versorgung" dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschriebenen Versicherungsleistungen.

Ebenso eingeschlossen sind Notfallbehandlungen im Krankenhaus – wenn erforderlich mit stationärer Unterbringung – , der Auslandsreiseschutz, der Zugang zu den zusätzlichen Service-Leistungen.

Die versicherte Person kann frei entscheiden, die medizinische stationäre Versorgung über das Ärzte- und Kliniknetz "Red de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros (Leistungsmodalität Sachleistungsprinzip) zu wählen oder ob sie den Zugang zu Ärzten und medizinischen Zentren in Spanien oder im Ausland, die nicht unter das Vertragsnetz "Red de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros (Leistungsmodalität Kostenerstattungsprinzip) fallen, wählt und die Rückerstattung der Kostenrechnungen beantragt (vergleichen Sie Abschnitt 3.4 "Zugang zu den Versicherungsleistungen").

In beiden Fällen gilt eine vorherige Karenz- oder Ausschlussfrist, um auf bestimmte Leistungen zuzugreifen, die in Artikel "6.KARENZ- UND AUSSCHLUSSFRISTEN" aufgeführt sind (weitere Einzelheiten in der den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängten Deckungs- und Deckungseinschränkungstabelle).

**Wenn sich die versicherte Person an Ärzte und medizinische Zentren außerhalb des medizinischen Netzwerkes “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros wendet (Leistungsmodalität Kostenerstattungsprinzip), hat sie das Recht auf Rückerstattung immer dann, wenn es sich um medizinische Leistungen handelt, die durch ihre Versicherung gedeckt sind:**

**> Zu einem**

**Rückerstattungsprozentsatz**

des Gesamtrechnungsbetrages - abhängig davon, ob die Leistung in Spanien oder im Ausland erfolgte (vergleichen Sie “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen).

**> Bis zu den Höchstgrenzen, die in der den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängten Deckungs- und Deckungseinschränkungstabelle festgelegt sind und die für folgende Garantien und Deckungen gelten:**

**> Maximale**

**Gesamthöchstleistungssumme** der Versicherungspolice pro versicherte Person und Kalenderjahr.

- Für stationäre Behandlungen (vergleichen Sie Abschnitt 4.6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)

ist eine max. garantierte Höchstleistungssumme je versicherte Person und Kalenderjahr festgelegt.

- Kosten, die für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes entstehen unterliegen einer Höchstgrenze, **die** vom Land, der Art der medizinischen Versorgung und / oder der Aufenthaltsdauer abhängen (siehe Artikel 4.6.Stationäre Versorgung und die den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängte Tabelle der Deckungen und Deckungseinschränkungen, die geltend sind für den Aufenthalt (herkömmliches Einzelzimmer mit Bad und Extrabett), Überwachung des Patienten, allgemeine Kosten für das Pflegepersonal, fachärztliche Versorgung, zusätzliche diagnostische und therapeutische Verfahren, Operationskosten, Materialien, Kreißsaal, Narkosemittel und Medikamente.
- Die Aufwendungen für ärztliche Honorare bei medizinischem oder chirurgischem Aufenthalt, einschließlich Operateure und Hilfskräfte, Anästhesiepersonal und das medizinische Team sind bis zu einem Höchstleistungsbetrag pro versicherte Person und Kalenderjahr erstattungsfähig.
- Bei Krankenhausaufenthalt wegen psychischer Erkrankungen ist die Leistungspflicht auf eine maximale



Leistungsdauer begrenzt wie in Abschnitt 4.6.5 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.

- Für chirurgische Prothesen ist ein Höchstleistungsbetrag in Abschnitt 4.7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
- Krankenhaustagegeld wie in Abschnitt 4.7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben.
- Sonstige medizinischen und chirurgischen stationären Behandlungen, im Rahmen der Indikationen und Höchstgrenzen, wie sie in den Abschnitten 4.3 und 4.6 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankenhausversorgung festgelegt sind.

**Ausgeschlossen ist: Die ambulante medizinische Versorgung (allgemeinärztliche und fachärztliche Behandlung, die häusliche Versorgung, die ambulanten Notfälle, die zusätzlichen diagnostischen Verfahren, die therapeutischen Methoden, die nicht ausdrücklich in Abschnitt 4.6. detailliert aufgeführt sind, die Vorsorgeuntersuchungen, die klinische Psychologie und der Transport im Krankenwagen).**

## **7.2 DKV Mundisalud Complet**

Diese Versicherung besteht aus einem gemischten System mit Kostenrückerstattung, die in ihre Deckung alle Fachrichtungen, medizinischen Leistungen und Service-Leistungen einschließt, wie unter Abschnitt 4.6 “Versicherungsumfang” dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben.

Ebenso eingeschlossen sind einige zusätzliche Service-Leistungen.

Die versicherte Person kann frei entscheiden, die medizinische Versorgung über das Vertragsnetz “Red de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros (Leistungsmodalität Sachleistungsprinzip) zu wählen oder ob sie den Zugang zu Ärzten, Krankenhäusern, diagnostischen Zentren oder ambulanten Behandlungen in Spanien oder im Ausland, die nicht unter das Vertragsnetz “Red de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros (Leistungsmodalität Kostenerstattungsprinzip) fallen, wählt und die Rückerstattung der Kostenrechnungen beantragt (vergleichen Sie Abschnitt 3.4 “Zugang zu den Versicherungsleistungen”).

In beiden Fällen gilt eine vorherige Karenz- oder Ausschlussfrist, um auf bestimmte Leistungen zuzugreifen,

die in Artikel 6 “KARENZ- UND AUSSCHLUSSFRISTEN “ aufgeführt sind (weitere Einzelheiten in der den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängten Deckungs- und Deckungseinschränkungstabelle).rt sind (weitere Einzelheiten in der den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängten Deckungs- und Deckungseinschränkungstabelle).

**Wenn sich die versicherte Person an Ärzte, Krankenhäuser und Diagnostikzentren oder ambulante Behandlungen außerhalb des medizinischen Netzwerkes “Red DKV de Servicios Sanitarios von DKV Seguros wendet (Leistungsmodalität Kostenerstattungsprinzip), hat sie das Recht auf Rückerstattung immer dann, wenn es sich um medizinische Leistungen handelt, die durch ihre Versicherung gedeckt sind:**

- > **Zu einem Rückerstattungsprozentsatz** des Gesamtrechnungsbetrages - abhängig davon, ob die Leistung in Spanien oder im Ausland erfolgte (vergleichen Sie “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen).
- > **Bis zu maximalen Höchstsätzen, Bis zu den Höchstgrenzen, die in der den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängten Deckungs- und**

**Deckungseinschränkungstabelle festgelegt sind und die für folgende Garantien und Deckungen gelten:> Bis zu den Höchstgrenzen, die in der den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängten Deckungs- und Deckungseinschränkungstabelle festgelegt sind und die für folgende Garantien und Deckungen gelten:**

- **Maximale Gesamthöchstleistungssumme** der Versicherungspolice pro versicherte Person und Kalenderjahr.
- **Ambulante medizinische Versorgung:**
  - Die Arzthonorare für Beratungen, die zusätzlichen diagnostischen Verfahren und Behandlungen bei ambulanter Heilbehandlung, einschließlich des Krankentransports sind bis zu einem Höchstbetrag je versicherte Person und Kalenderjahr erstattungsfähig.
  - Die Beratungen in der Allgemeinmedizin, der fachärztlichen Medizin und bei Notfallbehandlungen bis zu einem Teil-Höchstbetrag je Beratung.
  - Die Fruchtwasseruntersuchung, Triple-Tests, EBA-Screening oder Chorionbiopsie zur Untersuchung von Fehlbildungen oder

Erkrankungen des Fötus wie in Abschnitt 4.3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben.

- Gentest mittels pränatalem Screeningverfahren, wie in Artikel 4.3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.-Gentest mittels pränatalem Screeningverfahren, wie in Artikel 4.3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.-Gentest mittels pränatalem Screeningverfahren, wie in Artikel 4.3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
- Die klinische Psychologie und die psychotherapeutische Sitzungen gemäß Abschnitt 4.7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.
- Sonstige ambulante therapeutische Leistungen, im Rahmen der Indikationen und Höchstgrenzen, wie sie in Abschnitt 4 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ambulante Versorgung festgelegt sind.

- **Stationäre medizinische Versorgung:**

- Für stationäre medizinische Versorgung (vergleichen Sie Abschnitt 4.6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) ist ein maximal garantierter Höchstbetrag je versicherte Person und Kalenderjahr festgelegt.
- Kosten, die für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes entstehen unterliegen einer Höchstgrenze, die Stationäre Versorgung und die den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängte Tabelle der Deckungen und Deckungseinschränkungen, die geltend sind für den Aufenthalt (herkömmliches Einzelzimmer mit Bad und Extrabett), Überwachung des Patienten, allgemeine Kosten für das Pflegepersonal, fachärztliche Versorgung, zusätzliche diagnostische und therapeutische Verfahren, Operationskosten, Materialien, Kreißsaal, Narkosemittel und Medikamente.
- Die Aufwendungen für ärztliche Honorare bei medizinischem oder chirurgischem Aufenthalt, einschließlich Operateure und Hilfskräfte, Anästhesiepersonal und das medizinische Team sind bis zu

einem Höchstleistungsbetrag pro versicherte Person und Kalenderjahr erstattungsfähig.

- Bei Krankenhausaufenthalt wegen psychischer Erkrankungen ist die Leistungspflicht auf eine maximale Dauer begrenzt, wie in Abschnitt 4.6.5 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
- Für chirurgische Prothesen ist ein Höchstbetrag in Abschnitt 4.7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
- Krankenhaustagegeld wie in Abschnitt 4.7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben.
- Sonstige medizinischen und chirurgischen stationären Behandlungen, im Rahmen der Indikationen und Höchstgrenzen, wie sie in den Abschnitten 4.3 und 4.6 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die K1405 Krankenhausversorgung festgelegt sind.

### 7.3 DKV Mundisalud Plus

Diese Versicherung besteht aus einem gemischten System mit Kostenrückerstattung, die in ihre Deckung alle Fachrichtungen, medizinischen Leistungen und Service-Leistungen einschließt, wie unter Abschnitt 4.6 “Versicherungsumfang” dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben.

Ebenso eingeschlossen sind einige zusätzliche Service-Leistungen.

Die versicherte Person kann frei entscheiden, die medizinische Versorgung über das Vertragsnetz “Red de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros (Leistungsmodalität Sachleistungsprinzip) zu wählen oder ob sie den Zugang zu Ärzten, Krankenhäusern, diagnostischen Zentren oder ambulante Behandlungen in Spanien oder im Ausland, die nicht unter das Vertragsnetz “Red de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros (Leistungsmodalität Kostenerstattungsprinzip) fallen, wählt und die Rückerstattung der Kostenrechnungen beantragt (vergleichen Sie Abschnitt 3.4 “Zugang zu den Versicherungsleistungen”).

In beiden Fällen gilt eine vorherige Karenz- oder Ausschlussfrist, um auf bestimmte Leistungen zuzugreifen, die in Artikel “6.KARENZ- UND

AUSSCHLUSSFRISTEN “ aufgeführt sind (weitere Einzelheiten in der den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängten Deckungs- und Deckungseinschränkungstabelle).

**Wenn sich die versicherte Person an Ärzte, Krankenhäuser und Diagnostikzentren oder ambulante Behandlungen außerhalb des medizinischen Netzwerkes “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros wendet (Leistungsmodalität Kostenerstattungsprinzip), hat sie das Recht auf Rückerstattung immer dann, wenn es sich um medizinische Leistungen handelt, die durch ihre Versicherung gedeckt sind:**

- > **Zu einem Rückerstattungsprozentsatz** des Gesamtrechnungsbetrages - abhängig davon, ob die Leistung in Spanien oder im Ausland erfolgte (vergleichen Sie “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen).
- > **Bis zu den Höchstgrenzen, die in der den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängten Deckungs- und Deckungseinschränkungstabelle festgelegt sind und die für folgende Garantien und Deckungen gelten:**

- **Maximale Gesamt-Höchstbeträge** der Versicherungspolice pro versicherte Person und Kalenderjahr.

- **Ambulante medizinische Versorgung:**

- Die Arzthonorare für Beratungen, die zusätzlichen diagnostischen Verfahren und Behandlungen bei ambulanter Heilbehandlung, einschließlich des Krankentransports sind bis zu einem Höchstbetrag je versicherte Person und Kalenderjahr erstattungsfähig.
- Die Beratungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung, der Versorgung durch Fachspezialisten und der Notfallversorgung mit einem Unterlimit pro Beratung
- Die Fruchtwasseruntersuchung, Triple-Tests, EBA-Screening oder Chorionbiopsie zur Untersuchung von Fehlbildungen oder Erkrankungen des Fötus wie in Abschnitt 4.3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben.
- Gentest mittels pränatalem Screeningverfahren, wie in Artikel 4.3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.

- Die klinische Psychologie und die Psychischen Probleme wie in Abschnitt 4.7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
- Sonstige ambulante therapeutische Leistungen, im Rahmen der Indikationen und Höchstgrenzen, wie sie in Abschnitt 4 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ambulante Versorgung festgelegt sind.

#### - Stationäre medizinische Versorgung:

- Für stationäre Versorgungen (vergleichen Sie Abschnitt 4.6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) ist ein max. garantierter Höchstbetrag je versicherte Person und Kalenderjahr festgelegt.
- Kosten, die für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes entstehen unterliegen einer Höchstgrenze, die vom Land, der Art der medizinischen Versorgung und /oder der Aufenthaltsdauer abhängen (siehe Artikel 4.6. Stationäre Versorgung und die den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängte Tabelle der Deckungen und

Deckungseinschränkungen, die geltend sind für den Aufenthalt (herkömmliches Einzelzimmer mit Bad und Extrabett), Überwachung des Patienten, allgemeine Kosten für das Pflegepersonal, fachärztliche Versorgung, zusätzliche diagnostische und therapeutische Verfahren, Operationskosten, Materialien, Kreißsaal, Narkosemittel und Medikamente.

- Die Aufwendungen, die pro Tag bei stationärem Aufenthalt anfallen, sind auf einen Höchstbetrag begrenzt, abhängig vom Typ der Krankenhauseinweisung. Diese Begrenzung bezieht sich auf den Aufenthalt (konventionelles Einzelzimmer mit Nasszelle und Bett für die Begleitperson), die Verpflegung des Erkrankten, die allgemeinen Pflegekosten, die benutzte Spezialeinrichtung zur Überwachung des Patienten, die ergänzenden diagnostischen und therapeutischen Verfahren, die Aufwendungen für die Benutzung des Operationssaales, das verwendete Material, die Benutzung des Kreißsaales, die Verabreichung von Narkosemitteln und Medikamenten.
- Die Aufwendungen für ärztliche Honorare bei medizinischem

oder chirurgischem Aufenthalt, einschließlich Operateure und Hilfskräfte, Anästhesiepersonal und das medizinische Team bis zu einem Höchstbetrag je chirurgische Leistungsgruppe, Entbindung oder Kaiserschnitt und Transplantationen

- Bei Krankenhausaufenthalt wegen psychischer Erkrankungen ist die Leistungspflicht auf eine maximale Dauer begrenzt wie in Abschnitt 4.6.5 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
- Für chirurgische Prothesen ist ein Höchstbetrag in Abschnitt 4.7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
- Krankenhaustagegeld wie in Abschnitt 4.7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben
- Sonstige medizinischen und chirurgischen stationären Behandlungen, im Rahmen der Indikationen und Höchstgrenzen, wie sie in den Abschnitten 4.3 und 4.6 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die K1405 Krankenhausversorgung festgelegt sind.

## 7.4 DKV Mundisalud Classic

Diese Versicherung besteht aus einem gemischten System mit Kostenrückerstattung, die in ihre Deckung alle Fachrichtungen, medizinischen Leistungen und Service-Leistungen einschließt, wie unter Abschnitt 4.6 “Versicherungsumfang” dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben.

Ebenso eingeschlossen sind einige zusätzliche Service-Leistungen.

Die versicherte Person kann frei entscheiden, die medizinische Versorgung über das Vertragsnetz “Red de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros (Leistungsmodalität Sachleistungsprinzip) zu wählen oder ob sie den Zugang zu Ärzten, Krankenhäusern, diagnostischen Zentren oder ambulante Behandlungen in Spanien oder im Ausland, die nicht unter das Vertragsnetz “Red de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros (Leistungsmodalität Kostenerstattungsprinzip) fallen, wählt und die Rückerstattung der Kostenrechnungen beantragt (vergleichen Sie Abschnitt 3.4 “Zugang zu den Versicherungsleistungen”).

In beiden Fällen gilt eine vorherige Karenz- oder Ausschlussfrist, um auf bestimmte Leistungen zuzugreifen, die in Artikel 6 “KARENZ- UND

AUSSCHLUSSFRISTEN “ aufgeführt sind (weitere Einzelheiten in der den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängten Deckungs- und Deckungseinschränkungstabelle).

**Wenn sich die versicherte Person an Ärzte, Krankenhäuser und Diagnostikzentren oder ambulante Behandlungen außerhalb des medizinischen Netzwerkes “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros wendet (Leistungsmodalität Kostenerstattungsprinzip), hat sie das Recht auf Rückerstattung immer dann, wenn es sich um medizinische Leistungen handelt, die durch ihre Versicherung gedeckt sind:**

- > **Zu einem Rückerstattungsprozentsatz des Gesamtrechnungsbetrages** - abhängig davon, ob die Leistung in Spanien oder im Ausland erfolgte (vergleichen Sie “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen).
- > **Bis zu den Höchstgrenzen, die in der den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängten Deckungs- und Deckungseinschränkungstabelle festgelegt sind und die für folgende Garantien und Deckungen gelten:> Bis zu den Höchstgrenzen, die in der den Besonderen**

**Versicherungsbedingungen angehängten Deckungs- und Deckungseinschränkungstabelle festgelegt sind und die für folgende Garantien und Deckungen gelten:**

- **Maximal garantiertes Kapital** der Versicherung pro Versichertem und Kalenderjahr.
- **Nichtstationäre Versorgung:**
  - Die Arzthonorare für Beratungen, die zusätzlichen diagnostischen Verfahren und Behandlungen bei ambulanter Heilbehandlung, einschließlich des Krankentransports sind bis zu einem Höchstbetrag je versicherte Person und Kalenderjahr erstattungsfähig.
  - Die Fruchtwasseruntersuchung, Triple-Tests, EBA-Screening oder Chorionbiopsie zur Untersuchung von Fehlbildungen oder Erkrankungen des Fötus wie in Abschnitt 4.3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben.
  - Gentest mittels pränatalem Screeningverfahren, wie in Artikel 4.3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.



- Die klinische Psychologie und die Psychischen Probleme wie in Abschnitt 4.7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
- Sonstige ambulante therapeutische Leistungen, im Rahmen der Indikationen und Höchstgrenzen, wie sie in Abschnitt 4 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ambulante Versorgung festgelegt sind.

**- Stationäre medizinische Versorgung:**

- Für stationäre Versorgungsleistungen (vergleichen Sie Abschnitt 4.6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) ist eine max. garantierte Höchstleistungssumme je versicherte Person und Kalenderjahr festgelegt.
- Kosten, die für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes entstehen unterliegen einer Höchstgrenze, die Stationäre Versorgung und die den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängte Tabelle der Deckungen und Deckungseinschränkungen, die geltend sind für den Aufenthalt (herkömmliches Einzelzimmer mit Bad und Extrabett), Überwachung des Patienten, allgemeine Kosten für das Pflegepersonal, fachärztliche Versorgung, zusätzliche diagnostische und therapeutische Verfahren, Operationskosten, Materialien, Kreißsaal, Narkosemittel und Medikamente.
- Die Aufwendungen, die pro Tag bei stationärem Aufenthalt anfallen, sind auf einen Höchstbetrag begrenzt, abhängig vom Typ der Krankenhauseinweisung. Diese Begrenzung bezieht sich auf den Aufenthalt (konventionelles Einzelzimmer mit Nasszelle und Bett für die Begleitperson), die Verpflegung des Erkrankten, die allgemeinen Pflegekosten, die benutzte Spezialeinrichtung zur Überwachung des Patienten, die ergänzenden diagnostischen und therapeutischen Verfahren, die Aufwendungen für die Benutzung des Operationssaales, das verwendete Material, die Benutzung des Kreißsaales, die Verabreichung von Narkosemitteln und Medikamenten.
- Die Aufwendungen für ärztliche Honorare bei medizinischem oder chirurgischem Aufenthalt, einschließlich Operateure und Hilfskräfte, Anästhesiepersonal und das medizinische Team bis zu einem Höchstbetrag je chirurgische Leistungsgruppe,

Entbindung oder Kaiserschnitt und Transplantationen.

- Bei Krankenhausaufenthalt wegen psychischer Erkrankungen ist die Leistungspflicht auf eine maximale Leistungsdauer begrenzt wie in Abschnitt 4.6.5 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
- Für chirurgische Prothesen ist ein Höchstbetrag in Abschnitt 4.7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
- Krankenhaustagegeld wie in Abschnitt 4.7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben.
- Sonstige medizinischen und chirurgischen stationären Behandlungen, im Rahmen der Indikationen und Höchstgrenzen, wie sie in den Abschnitten 4.3 und 4.6 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die K1405 Krankenhausversorgung festgelegt sind.

> **Mit einer maximalen Selbstbeteiligung von 25.000 EUR** je versicherte Person und Kalenderjahr für Rückerstattung von Aufwendungen (in der Leistungsmodalität

Rückerstattung). Ab diesem Betrag erhöht DKV Seguros den Erstattungsprozentsatz auf 100%, außer bei den Garantien und Deckungen, für die Begrenzungen und Leistungseinschränkungen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen bzw. in der "Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen" als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt sind.

### 7.5 DKV Mundisalud Élite

Diese Versicherung besteht aus einem gemischten System mit Kostenrückerstattung, die in ihre Deckung alle Fachrichtungen, medizinischen Leistungen und Service-Leistungen einschließt, wie unter Abschnitt 4.6 "Versicherungsumfang" dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben.

Ebenso eingeschlossen sind einige zusätzliche Service-Leistungen.

Die versicherte Person kann frei entscheiden, die medizinische Versorgung über das Vertragsnetz "Red de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros (Leistungsmodalität Sachleistungsprinzip) zu wählen oder ob sie den Zugang zu Ärzten, Krankenhäusern, diagnostischen Zentren oder ambulante Behandlungen

in Spanien oder im Ausland, die nicht unter das Vertragsnetz “Red de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros (Leistungsmodalität Kostenerstattungsprinzip) fallen, wählt und die Rückerstattung der Kostenrechnungen beantragt (vergleichen Sie Abschnitt 3.4 “Zugang zu den Versicherungsleistungen”).

In beiden Fällen gilt eine vorherige Karenz- oder Ausschlussfrist, um auf bestimmte Leistungen zuzugreifen, die in Artikel “6. KARENZ- UND AUSSCHLUSSFRISTEN “ aufgeführt sind (weitere Einzelheiten in der den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängten Deckungs- und Deckungseinschränkungstabelle).

**Wenn sich die versicherte Person an Ärzte, Krankenhäuser und Diagnostikzentren oder ambulante Behandlungen außerhalb des medizinischen Netzwerkes “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros wendet (Leistungsmodalität Kostenerstattungsprinzip), hat sie das Recht auf Rückerstattung immer dann, wenn es sich um medizinische Leistungen handelt, die durch ihre Versicherung gedeckt sind:**

**> Zu einem Rückerstattungsprozentsatz** des Gesamtrechnungsbetrages - abhängig davon, ob die Leistung in Spanien oder im Ausland erfolgte (vergleichen Sie “Leistungsübersicht

der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen).

**> Bis zu den Höchstgrenzen, die in der den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängten Deckungs- und Deckungseinschränkungstabelle festgelegt sind und die für folgende Garantien und Deckungen gelten:**

- **Maximaler gesamter Höchstbetrag** der Versicherungspolice pro versicherte Person und Kalenderjahr.

- **Ambulante medizinische Versorgung:**

- Die Arzthonorare für Beratungen, die zusätzlichen diagnostischen Verfahren und Behandlungen bei ambulanter Heilbehandlung, einschließlich des Krankentransports sind bis zu einem Höchstleistungsbetrag je versicherte Person und Kalenderjahr erstattungsfähig.
- Gentest mittels pränatalem Screeningverfahren, wie in Artikel 4.3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
- Die Fruchtwasseruntersuchung, Triple-Tests, EBA-Screening oder Chorionbiopsie zur Untersuchung von Fehlbildungen oder

Erkrankungen des Fötus wie in Abschnitt 4.3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben.

- Die klinische Psychologie und die Psychischen Probleme, wie in Abschnitt 4.7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
- Sonstige ambulante therapeutische Leistungen, im Rahmen der Indikationen und Höchstgrenzen, wie sie in Abschnitt 4 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ambulante Versorgung festgelegt sind.

- **Stationäre medizinische Versorgung:**

- Für stationäre Versorgungen (vergleichen Sie Abschnitt 4.6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) ist ein max. garantierter Höchstbetrag je versicherte Person und Kalenderjahr festgelegt.
- Kosten, die für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes entstehen unterliegen einer Höchstgrenze, die Stationäre Versorgung und die den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängte Tabelle

der Deckungen und Deckungseinschränkungen, die geltend sind für den Aufenthalt (herkömmliches Einzelzimmer mit Bad und Extrabett), Überwachung des Patienten, allgemeine Kosten für das Pflegepersonal, fachärztliche Versorgung, zusätzliche diagnostische und therapeutische Verfahren, Operationskosten, Materialien, Kreißsaal, Narkosemittel und Medikamente.

- Die Aufwendungen, die pro Tag bei stationärem Aufenthalt anfallen, sind auf einen Höchstbetrag begrenzt, abhängig vom Typ der Krankenhauseinweisung. Diese Begrenzung bezieht sich auf den Aufenthalt (konventionelles Einzelzimmer mit Nasszelle und Bett für die Begleitperson), die Verpflegung des Erkrankten, die allgemeinen Pflegekosten, die benutzte Spezialeinrichtung zur Überwachung des Patienten, die ergänzenden diagnostischen und therapeutischen Verfahren, die Aufwendungen für die Benutzung des Operationssaales, das verwendete Material, die Benutzung des Kreißsaales, die Verabreichung von Narkosemitteln und Medikamenten.

- Die Aufwendungen für ärztliche Honorare bei medizinischem oder chirurgischem Aufenthalt, einschließlich Operateure und Hilfskräfte, Anästhesiepersonal und das medizinische Team bis zu einem Höchstbetrag je chirurgische Leistungsgruppe, Entbindung oder Kaiserschnitt und Transplantationen.
- Bei Krankenhausaufenthalt wegen psychischer Erkrankungen ist die Leistungspflicht auf eine maximale Leistungsdauer begrenzt wie in Abschnitt 4.6.5 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
- Für chirurgische Prothesen ist ein Höchstbetrag in Abschnitt 4.7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
- Krankenhaustagegeld wie in Abschnitt 4.7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben.
- Sonstige medizinischen und chirurgischen stationären Behandlungen, im Rahmen der Indikationen und Höchstgrenzen, wie sie in den Abschnitten 4.3 und 4.6 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die K1405 Krankenhausversorgung festgelegt sind.

> **Mit einer maximalen Selbstbeteiligung von 25.000 EUR** je versicherte Person und Kalenderjahr für Rückerstattung von Kosten (in der Leistungsmodalität Rückerstattung). Ab diesem Betrag erhöht DKV Seguros den Erstattungsprozentsatz auf 100%, außer bei den Garantien und Deckungen, für die Begrenzungen und Leistungseinschränkungen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen bzw. in der “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt sind.

## 7.6 DKV Mundisalud Combinado

Kombinierte Rückerstattungsversicherung, **deren Versicherungsschutz Serviceleistungen des Vertragsnetzes „Red DKV de Servicios Sanitarios“** (Leistungsmodalität Eigenmittel) für alle in Artikel „4. aufgeführten Fachbereiche umfasst BESCHREIBUNG DER DECKUNGEN“, eingeschlossen ist die klinische Psychologie mit einer **Obergrenze von bis zu zwanzig Sitzungen pro Versichertem und Jahr, mit Ausnahme von Essstörungen (Magersucht/Bulimie) und Mobbing in der Schule, geschlechtsbezogener und/oder familiärer Gewalt, für die die Obergrenze bei 40 Sitzungen liegt, mit Rückerstattung für Ausgaben der „STATIONÄREN**

**VERSORGUNG**“ innerhalb Spaniens, von Fachkräften und in Zentren des Vertragsnetzes „Red DKV de Servicios Sanitarios“ (Leistungsmodalität Fremdmittel) erbracht, die in Artikel 4.6 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt sind.

In beiden Fällen gilt eine vorherige Karenz- oder Ausschlussfrist, um auf bestimmte Leistungen zuzugreifen, die in Artikel “6. KARENZ- UND AUSSCHLUSSFRISTEN “ aufgeführt sind (weitere Einzelheiten in der den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängten Deckungs- und Deckungseinschränkungstabelle).

Ebenso eingeschlossen ist der Zugang zu einigen zusätzlichen Service-Leistungen.

**Wenn sich die versicherte Person an Ärzte, Krankenhäuser und Diagnostikzentren oder ambulante Behandlungen außerhalb des medizinischen Netzwerkes “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros wendet (Leistungsmodalität Kostenerstattungsprinzip), hat sie das Recht auf Rückerstattung immer dann, wenn es sich um medizinische Leistungen handelt, die im Abschnitt 4.6 Stationäre medizinische Versorgung gedeckt sind:**

- > **Zu einem Rückerstattungsprozentsatz** des Gesamtrechnungsbetrages - abhängig davon, ob die Leistung in Spanien oder im Ausland erfolgte (vergleichen Sie “Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen” als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen).
- > **Bis zu den Höchstgrenzen, die in der den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängten Deckungs- und Deckungseinschränkungstabelle festgelegt sind und die für folgende Garantien und Deckungen gelten:**
  - **Maximaler gesamter Höchstbetrag** der Versicherungspolice pro versicherte Person und Kalenderjahr.
    - Für stationäre Versorgungen (vergleichen Sie Abschnitt 4.6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) ist ein max. garantierter Höchstbetrag je versicherte Person und Kalenderjahr festgelegt.
    - Kosten, die für jeden Tag des Kranken hausaufenthaltes entstehen unterliegen einer Höchstgrenze, **die** vom Land, der Art der medizinischen Versorgung und /oder der Aufenthaltsdauer abhängen (siehe Artikel 4.6.Stationäre Versorgung

- und die den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängte Tabelle der Deckungen und Deckungseinschränkungen, die geltend sind für den Aufenthalt (herkömmliches Einzelzimmer mit Bad und Extrabett), Überwachung des Patienten, allgemeine Kosten für das Pflegepersonal, fachärztliche Versorgung, zusätzliche diagnostische und therapeutische Verfahren, Operationskosten, Materialien, Kreißsaal, Narkosemittel und Medikamente.
- Die Aufwendungen, die pro Tag bei stationärem Aufenthalt anfallen, sind auf einen Höchstbetrag begrenzt, abhängig vom Typ der Krankenseinweisung. Diese Begrenzung bezieht sich auf den Aufenthalt (konventionelles Einzelzimmer mit Nasszelle und Bett für die Begleitperson), die Verpflegung des Erkrankten, die allgemeinen Pflegekosten, die benutzte Spezialeinrichtung zur Überwachung des Patienten, die ergänzenden diagnostischen und therapeutischen Verfahren, die Aufwendungen für die Benutzung des Operationssaales, das verwendete Material, die Benutzung des Kreißsaales, die Verabreichung von Narkosemitteln und Medikamenten.
  - Die Aufwendungen für ärztliche Honorare bei medizinischem oder chirurgischem Aufenthalt, für Chirurgen und Assistenzärzte, Anästhesiepersonal und das medizinische Team bis zu einem Höchstbetrag je chirurgische Leistungsgruppe, Entbindung oder Kaiserschnitt und Transplantationen.
  - Bei Krankenhausaufenthalt wegen psychischer Erkrankungen ist die Leistungspflicht auf eine maximale Leistungsdauer begrenzt wie in Abschnitt 4.6.5 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
  - Für chirurgische Prothesen ist ein Höchstleistungsbetrag in Abschnitt 4.7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
  - Krankenhaustagegeld wie in Abschnitt 4.7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben.
  - Sonstige medizinischen und chirurgischen stationären Behandlungen, im Rahmen der Indikationen und Höchstgrenzen, wie sie in den Abschnitten 4.3 und 4.6 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die K1405 Krankenhausversorgung festgelegt sind.

**Wichtig: In der Leistungsmodalität Sachleistungsprinzip ist die Rückerstattung von folgenden Aufwendungen ausgeschlossen: die ambulante ärztliche Versorgung, (medizinische Erstversorgung und Versorgung durch Spezialisten), die häusliche Versorgung, die ambulante Notfallversorgung, die zusätzlichen diagnostischen Verfahren, die therapeutischen Verfahren, die nicht ausdrücklich im Abschnitt 4.6 aufgeführt sind, die medizinischen Vorsorgeprogramme, die klinische Psychologie und der medizinische Krankentransport).**

### 7.7 DKV Mundisalud Premium

Kombinierte Rückerstattungsversicherung, deren Versicherungsschutz alle in Artikel "4. aufgeführten Fachbereiche, Gesundheitsdienstleistungen und Serviceleistungen umfasst BESCHREIBUNG DER DECKUNGEN" dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Sie umfasst auch den Zugang zu ergänzenden Zusatzleistungen.

Das erlaubt der versicherten Person zwischen dem vertraglichen Gesundheitsnetzwerk "Red DKV de Servicios Sanitarios" (Leistungsmodalität Eigenmittel) oder Fachkräften, Krankenhäusern und Diagnosezentren oder ambulanten

Behandlungen innerhalb Spaniens oder im Ausland zu wählen, die nicht zum Vertragsnetz von DKV Seguros gehören (Leistungsmodalität Fremdmittel) und die Rückerstattung der Rechnungen anzufordern (siehe Artikel "3.4 ZUGANG ZU DEN DECKUNGEN").

In beiden Fällen gilt eine vorherige Karenz- oder Ausschlussfrist, um auf bestimmte Leistungen zuzugreifen, die in Artikel "6. KARENZ- UND AUSSCHLUSSFRISTEN" aufgeführt sind (weitere Einzelheiten in der den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängten Deckungs- und Deckungseinschränkungstabelle).

**Wenn die versicherte Person Dienstleistungen von Ärzten, Krankenhäusern und Diagnosezentren oder ambulante Behandlungen in Anspruch nimmt, die nicht zum Vertragsnetz "Red DKV de Servicios Sanitarios" (Leistungsmodalität Fremdmittel) gehören, hat er – sofern es sich um gedeckte Leistungen handelt – Anspruch auf:**

- > **Einen Rückerstattungsprozentsatz** des Gesamtbetrags der Rechnung, in Abhängigkeit davon, ob sie in Spanien oder im Ausland **ausgestellt wurde (siehe Tabelle, die den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängt ist).**



**> Bis zu den Höchstgrenzen, die in der den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängten Deckungs- und Deckungseinschränkungstabelle festgelegt sind und die für folgende Garantien und Deckungen gelten:**

**- Maximal garantiertes**

**Kapital** der Versicherung pro Versichertem und Kalenderjahr.

**- Nichtstationäre Versorgung:**

- Arzthonorare für Konsultationen, zusätzliche Diagnoseverfahren und ambulante Behandlungen, einschließlich Krankentransport, bis zu einer Höchstgrenze pro Versichertem und Kalenderjahr.
- Amniozentese, Triple-Test oder EBA-Screening oder Chorionbiopsie, wie in Artikel 4.3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
- Gentest mittels pränatalem Screeningverfahren, wie in Artikel 4.3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
- Klinische Psychologie und Psychotherapie-Sitzungen, wie in Artikel 4.7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.

- Sonstige ambulante therapeutische Leistungen, im Rahmen der Indikationen und Höchstgrenzen, wie sie in Abschnitt 4 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ambulante Versorgung festgelegt sind.

**- Stationäre Versorgung:**

- Die stationäre Versorgung (siehe Artikel 4.6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) unterliegt einem garantierten Höchstkapital pro Versichertem und Kalenderjahr.
- Kosten, die für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes entstehen unterliegen einer Höchstgrenze, die vom Land, der Art der medizinischen Versorgung und /oder der Aufenthaltsdauer abhängen (siehe Artikel 4.6. Stationäre Versorgung und die den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängte Tabelle der Deckungen und Deckungseinschränkungen, die geltend sind für den Aufenthalt (herkömmliches Einzelzimmer mit Bad und Extrabett), Überwachung des Patienten, allgemeine Kosten für das Pflegepersonal, fachärztliche Versorgung, zusätzliche diagnostische und therapeutische Verfahren,

Operationskosten, Materialien, Kreißsaal, Narkosemittel und Medikamente.

- Arzthonorare für medizinische oder chirurgische Einweisungen, Assistenten, Anästhesisten und das medizinische Team im Allgemeinen, bis zu einer Höchstgrenze pro Versichertem und Kalenderjahr.
- Bei psychiatrischen Krankenhausaufenthalten unterliegt der Aufenthalt den Einschränkungen von Artikel 4.6.5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.
- Chirurgische Prothesen unterliegen einer Höchstgrenze bei der Rückerstattung von Fremdmitteln, wie in Artikel 4.7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt, haben jedoch keine Einschränkung für Ausgaben innerhalb des Vertragsnetzes “Red DKV de Servicios Sanitarios” (Eigenmittel), unter vorheriger Genehmigung von DKV Seguros.
- Krankenhaustagegeld gemäß Artikel 4.7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.
- Sonstige Dienstleistungen von medizinischen und chirurgischen Krankenhausaufenthalten,

gemäß der Deckungen, die in den Artikeln 4.3 und 4.6 über stationäre Versorgung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt sind.

- **Besondere Deckungen von DKV Mundisalud Premium:** Einzelversicherung und Kollektivversicherung.

**a) Spezielle Zahnmedizin.** Bei “DKV Mundisalud Premium” werden alle zahnmedizinischen Behandlungen vom Versicherungsschutz gedeckt, mit Ausnahme von zahnästhetischen Behandlungen: Wurzelbehandlungen, Paradontose, Kieferorthopädie, Zahnfüllungen und -versiegelungen, Zahnprothesen und Kieferorthopädie, Wurzelspitzenresektion, Implantate und die damit verbundenen diagnostischen Verfahren.

Der Versicherte kann Zahnärzte oder Zahnarztpraxen, die nicht zum vertraglichen Zahnarzt Netzwerk “Red DKV de Servicios Bucodentales (Fremdmittel) gehören, in Spanien und im Ausland besuchen und hat Anspruch auf einen **Rückerstattungsprozentsatz für die abgerechneten zahnmedizinischen Dienstleistungen**, sofern diese korrekt nach zahnmedizinischen Materialien und Behandlungen aufgelistet werden.

Zudem kann das landesweit verfügbare zahnmedizinische Vertragsnetz “Red DKV de Servicios Bucodentales” (Eigenmittel) in Anspruch genommen werden.

**Vor Inanspruchnahme des zahnmedizinischen Services zu den im Vertragsnetz “Red DKV de Servicios Sanitarios” aufgeführten Sondertarifen müssen Sie sich mit Ihrer DKV MEDICARD® identifizieren, wodurch Sie Anspruch auf die Rückerstattung des Gesamtbetrags für die zahnmedizinische Versorgung erhalten.**

**Die Summe der in Rechnung gestellten zahnmedizinischen Behandlungen bei beiden Versicherungsmodalitäten (Eigenmittel und Fremdmittel) unterliegt einer Höchstgrenze pro Versichertem und Jahr, wie in der den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängten Deckungs- und Deckungseinschränkungstabelle angegeben.**

**b) Ultraschall 3D/4D der Schwangerschaft:** maximal einer pro versicherter Person und Jahr.  
**b) Ultraschall 3D/4D der Schwangerschaft:** maximal einer pro versicherter Person und Jahr.

**c) Psychotherapie:** einheitliche Rückerstattung einer jeden Sitzung bei Fremdmitteln, ohne

Betragsgrenze (siehe Einzelheiten zur Deckung in Artikel 4.7 über klinische Psychologie).  
**c) Psychotherapie:** einheitliche Rückerstattung einer jeden Sitzung bei Fremdmitteln, ohne Betragsgrenze (siehe Einzelheiten zur Deckung in Artikel 4.7 über klinische Psychologie).

**d) Familienplanung:** der Versicherungsschutz umfasst die Rückerstattung der Kosten für den Intrauterinpressar (IUP) über die Fremdmittelmodalität, ohne Höchstgrenze pro Einheit (siehe Einzelheiten in Artikel 4.7 zur Familienplanung).

**e) Chirurgische Prothesen** ohne Deckungshöchstgrenze bei Eigenmitteln und unter vorheriger Genehmigung des Unternehmens (siehe Einzelheiten der vom Versicherungsschutz abgedeckten Prothesen in Artikel 4.7 über Prothesen). **Der Rückerstattungsprozentsatz und die Rückerstattungsobergrenze pro Versichertem und Kalenderjahr für Serviceleistungen, die nicht zum vertraglichen Gesundheitsnetzwerk (Fremdmittel) von DKV Seguros gehören, werden in der den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängten Tabelle festgelegt.**

**f) torische und multifokale Intraokularlinse bei der Chirurgie zum Linsenersatz:**

eingeschlossen ist die einheitliche Rückerstattung für jede Linse bei Fremdmitteln, bis zum Höchstbetrag, der in der den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängten Tabelle festgelegt ist.

**- Exklusive Deckungen DKV Mundisalud Premium als Einzelversicherung**

**a) Alternative Therapien: Homöopathie und Akupunktur** (siehe Deckungsbeschreibung in Artikel 2.1 des Anhangs II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Deckungseinschränkungen, die den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängt sind).

**b) Rückerstattung der Ausgaben für Familienhilfe und/oder Pflegehilfe, mit einer Teilgrenze für Verwaltungs- und Beratungskosten, im Falle einer Pflegebedürftigkeit 3. Grades durch Unfall** (siehe Beschreibung der Deckung in Artikel 2.2 des Anhangs II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Deckungseinschränkungen in der Tabelle, die den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängt ist).

**c) Rückerstattung von Arzneimittelkosten** (siehe Einzelheiten in Artikel 2.3 des Anhangs II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Prozentsatz und Erstattungsgrenze der Tabelle, die den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängt ist). Diese Deckung ist optional bei der Kollektivversicherung.

**d) Rückerstattung der jährlich anfallenden Kosten für die Kryokonservierung in Datenbanken für Stammzellen aus dem Nabelschnurblut während der ersten sechs Jahre nach Geburt**, sofern die Gewinnung und Kryokonservierung der Nabelschnur über einen Anbieter des Vertragsnetzes **“Red de Servicios DKV Club Salud y Bienestar”** erfolgt **und die Geburt und die betreffende Person vom Versicherungsschutz abgedeckt sind** (siehe Abschnitt 2.4 des Anhangs II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Erstattungsgrenze in der Tabelle, die den Besonderen Versicherungsbedingungen anhängt).

**e) Künstliche Befruchtung bei Serviceleistungen, die vom Vertragsnetz “Red DKV de Servicios Sanitarios”** erbracht werden (siehe Einzelheiten der Deckung im Abschnitt zur künstlichen Befruchtung des Anhangs II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie

Altersgrenze und Anzahl der Versuche in der Tabelle, die den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängt ist).

**f) Dialyse und Hämodialyse bei Serviceleistungen, die vom Vertragsnetz “Red DKV de Servicios Sanitarios” erbracht werden:** für die Behandlung von chronischem Nierenversagen.

> **Mit einer Selbstbeteiligung von maximal 25.000 Euro** pro Versichertem und Kalenderjahr bei der Kostenrückerstattung (Leistungsmodalität Fremdmittel). Ab diesem Betrag liegt der Rückerstattungsprozentsatz für die Rechnungen von DKV Seguros bei 100%, mit Ausnahme von Garantien und Deckungen, die den Einschränkungen und Ausschlüssen, die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und/oder der den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängten Deckungs- und Deckungseinschränkungstabelle unterliegen.

## **7.8 Pauschale Ersatzrückerstattung der medizinischen Versorgung**

Bei der Leistungsmodalität Fremdmittel von DKV Mundisalud Classic, Élite und Premium besteht die Möglichkeit, eine tariflich festgelegte Rückerstattung als Ersatz für Schadensfälle zu erhalten, **die nicht in der Rechnung über stationäre Versorgung oder nur vereinzelt als rückerstattbare Konzepte aufgeführt sind** (z.B. pauschale Rechnungsstellung, diagnoseabhängige Fallgruppenpauschalen –DRG– oder ähnliche), **die in diesem Artikel festgelegt sind** (siehe Einzelheiten in den Abschnitten zur stationären Versorgung 7.4 und 7.5) und die aus diesem Grund nicht auf Grundlage der Rückerstattungsgrenzen berechnet werden können, die in der den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegten Tabelle festgelegt sind. In diesen Fällen **gilt die folgende Durchschnittsklausel oder Preisskala als Ersatz für die Rechnungsaufschlüsselung des Krankenhauses** (gegebenenfalls inklusive der Deckung für Prothesen) zur nachträglichen Rückerstattung der medizinischen Versorgung. Dabei gelten folgende Prozentsätze:

**50% des Gesamtbetrags der Krankenhausrechnung:**

der prozentuelle Anteil wird mit den Krankenhauskosten oder den Kosten für den Krankenhausaufenthalt (mindestens 24 Stunden) verrechnet, für den der Rückerstattungsprozentsatz und die Rückerstattungsobergrenze pro Tag des Krankenhausaufenthalts gilt, je nach in Rechnung gestellter Aufenthaltstage, wie in der abgeschlossenen Versicherungsmodalität festgelegt.

**35% des Gesamtbetrags der Krankenhausrechnung:**

der prozentuelle Anteil wird mit die Kosten für Arzthonorare oder Chirurgie (Chirurg, Assistenten, Anästhesisten und dem Ärzteteam im Allgemeinen) verrechnet, die während einer Krankenseinweisung entstehen (in den verschiedenen Modalitäten, Artikel 4.6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) und für die der Rückerstattungsprozentsatz und die Rückerstattungsobergrenze für medizinisch-chirurgische Ausgaben pro Versichertem und Jahr gelten, die in der abgeschlossenen Versicherungsmodalität festgelegt sind.

**15% des Gesamtbetrags der Rechnung:**

der prozentuelle Anteil wird mit den Kosten für chirurgische Prothesen oder Implantate (siehe Artikel 4.7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen), für die die Rückerstattungsprozentsatz und die Rückerstattungsobergrenze von chirurgischen Prothesen und Implantaten pro Versichertem und Jahr gelten, die in der abgeschlossenen Versicherungsmodalität festgelegt sind.

Für den Fall, dass weder eine Prothese noch ein Implantat während des Krankenhausaufenthaltes in Rechnung gestellt wurden, werden diese restlichen 15 % nach folgendem Schema aufgeteilt:

**60% des Gesamtbetrags der Krankenhausrechnung:**

Es wird mit den Kosten für Krankenseinweisungen verrechnet. Auf dieser Grundlage errechnet sich der Prozentsatz und Rückerstattungsgrenze für die zuvor erwähnten Krankentagegelder.

**40% der**

**Gesamtkrankenhausrechnung**

werden als Kosten für medizinische und chirurgische Honorare (Chirurg, Assistenzärzte, Anästhesisten und medizinische Fachkräfte) angesehen, auf die der Rückerstattungsprozentsatz und die maximale Leistungsgrenze für Honorare wie vorher dargestellt, angewendet werden.

# 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 zustande gekommen, die DKV Seguros zur Einschätzung des zu versichernden Wagnisses und zur Festlegung des Versicherungsbeitrages gedient haben.

**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 gelten die in der Police festgelegten Bestimmungen.

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

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

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

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

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

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

Der Versicherungsnehmer oder gegebenenfalls der Versicherte ist verpflichtet:

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

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

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

Die vorsätzliche Nichterfüllung dieser Obliegenheiten mit der Absicht, DKV Seguros zu täuschen oder zu



schädigen und sich einen zusätzlichen Vorteil zu verschaffen, befreit DKV Seguros von jeglicher Leistungspflicht für diesen Versicherungsfall.

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

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.

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

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

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

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

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

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

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 Seguros 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. Sie finden die aktuellen Prämien jedes Gesundheitsprodukts in ihrer individuellen Modalität auf der Website **www.dkvseguros.es** und in den Büros der DKV Seguros.

Zu diesem Zweck hat der Versicherungsnehmer DKV Seguros die Daten seines Bankkontos oder seines Sparbuches mitzuteilen, von wo aus der Beitragseinzug für diese Versicherung erfolgen soll, und dem Finanzinstitut zu bestätigen, 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 von DKV Seguros zur Berechnung der Risikoprämie angewandten mathematischen Methoden weitere objektive Risikofaktoren von Wichtigkeit aufdecken sollten, wird über die Einbeziehung dieser Faktoren in die Berechnung des Tarifs vor Erneuerung der Police Auskunft gegeben.

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

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

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

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

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

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

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

## 8.5 Verlust von Ansprüchen und Auflösung des Vertrages

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

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

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

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

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

### **8.7 Kommunikation**

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

Von einem Vermittler gegenüber DKV Seguros im Namen des Versicherungsnehmers oder 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 versicherte Person werden an die im Vertrag angegebene Wohnsitzadresse versandt, sofern DKV Seguros keine Änderung des Wohnsitzes mitgeteilt wurde.

## **8.8 Spezielle Gesundheitsrisike**

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

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

## **8.9 Steuern und Zuschläge**

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

# **Anhang I: Auslandsreise- versicherung**

## 1. Einleitende Bestimmungen

### 1.1 Versicherte Personen

Die in Spanien ansässige natürliche Person, die Krankenversicherungsnehmer ist.

### 1.2 Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Der Geltungsbereich erstreckt sich weltweit. Versicherungsschutz besteht in Spanien. Ausgenommen davon sind die Deckungen, **die in den Abschnitten 2.1.1, 2.1.3, 2.1.14, 2.1.20 sowie 2.1.6, 2.1.8 über Hotelkosten dieses Anhangs beschrieben sind. Diese Deckungen gelten nicht in Spanien, sondern nur bei Reisen, die der Versicherte ins Ausland unternimmt.**

### 1.3 Dauer des Versicherungsschutzes

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

### 1.4 Gültigkeit

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



## 2. Beschreibung der Leistungen

### 2.1 Versorgung

#### 2.1.1 Aufwendungen für ärztliche Behandlungen, für Medikamente, für chirurgische Eingriffe, für stationäre Aufenthalte und Transport im Krankenwagen bei Behandlung im Ausland

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

**Die Deckungsgrenze des Versicherungsschutzes gilt pro Unfall und Versichertem.**

#### 2.1.2 Aufwendungen für zahnmedizinische Notfälle

Wenn während der Reise akute zahnmedizinische Probleme wie Entzündungen, Zahnschmerzen oder Verletzungen auftreten, welche eine Notfallbehandlung erfordern, übernimmt DKV Seguros die durch die Behandlung entstehenden Aufwendungen **bis maximal 300 Euro.**

#### 2.1.3 Verlängerung des Aufenthalts in einem Hotel im Ausland

Wenn die vorher genannten Wenn der Versicherte im Ausland krank oder verletzt ist und die Rückreise nicht zum geplanten Zeitpunkt möglich ist, übernimmt DKV Seguros die Aufwendungen für die durch einen Arzt verordnete Verlängerung des Aufenthaltes nach einem Krankenhausaufenthalt der versicherten Person **bis zu einem Betrag von 80 Euro pro Tag und bis max. 800 Euro.**

#### 2.1.4 Überführung oder Verlegung

Falls die versicherte Person während der Reise erkrankt oder einen Unfall erleidet, übernimmt DKV Seguros folgende Leistungen:

- a) Die Aufwendungen des Transportes im Krankenwagen bis zum nächstgelegenen Krankenhaus.
- b) Kontaktaufnahme mit dem Arzt, der die verletzte oder erkrankte versicherte Person behandelt, um die in dieser Situation am besten geeigneten Maßnahmen zu bestimmen, wie zum Beispiel die angemessene Behandlung und - falls notwendig - das am besten geeignete Transportmittel für die eventuelle Verlegung in ein anderes Krankenhaus oder zum Wohnsitz der versicherten Person zu finden.

- c) Die Aufwendungen der Verlegung des Verletzten oder Erkrankten durch das am besten geeignete Transportmittel in ein anderes Krankenhaus oder zu seinem gewöhnlichen Wohnsitz.

Wenn die versicherte Person in ein Krankenhaus eingeliefert wird, welches nicht in der Nähe ihres Aufenthaltsortes liegt, übernimmt DKV Seguros später nach Entlassung aus dem Krankenhaus den Transport zu diesem Wohnsitz.

Das gewöhnliche Transportmittel in Europa und in Mittelmeer-Anrainerstaaten ist ein spezielles Ambulanzflugzeug, falls die Dringlichkeit und der Schweregrad des Falles dies erfordern.

Andernfalls oder in anderen Gegenden der Welt erfolgt die Verlegung durch einen regulären Linienflug oder durch den jeweiligen Umständen entsprechende schnellere und geeignetere Transportmittel.

### **2.1.5 Rückführung von Verstorbenen und Begleitern**

DKV Seguros übernimmt sowohl alle anfallenden Formalitäten an dem Ort, wo sich die versicherte Person bei Eintritt ihres Todes befindet, als auch die Aufwendungen für die Überführung an den für ihre Bestattung bestimmten Ort in Spanien.

Sollten die die versicherte Person begleitenden mitversicherten Angehörigen zum Zeitpunkt ihres Todes mangels finanzieller Mittel nicht verfrüht zurückkehren können oder sollte eine Umbuchung des Reisetickets nicht möglich sein, übernimmt DKV Seguros die Aufwendungen des Transports der Angehörigen zum Bestattungsort oder zum gewöhnlichen Wohnsitz in Spanien.

Handelt es sich bei den Angehörigen des Verstorbenen um Kinder unter 15 Jahren, die sich nicht in Begleitung eines Verwandten oder einer Vertrauensperson befinden, stellt DKV Seguros eine Person zur Verfügung, die sie bis zum Bestattungsort bzw. bis zum gewöhnlichen Wohnsitz in Spanien begleitet.

### **2.1.6 Überführung sterblicher Überreste**

Sollte kein Begleiter für die sterblichen Überreste des Versicherten vor Ort sein, stellt DKV Seguros einer von der Familie bestimmten Person ein Hin- und Rückflugticket zur Begleitung der Leiche.

Wenn der Todesfall im Ausland eintritt, übernimmt DKV Seguros zudem die Aufenthaltskosten dieser Person bzw. die Aufenthaltskosten einer anderen Person, die bereits vor Ort ist, da sie mit dem verstorbenen

Versicherungsnehmer reist, und von den Familienmitgliedern zur Begleitung der Leiche bestimmt wurde. **Dabei gilt eine Höchstgrenze von 80 Euro pro Tag für einen maximalen Zeitraum von drei Tagen.**

### **2.1.7 Rückführung oder Überführung anderer Versicherter**

Wenn 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 restlichen versicherten Personen bis zu ihrem gewöhnlichen Wohnsitz oder zu dem Ort, an den die versicherte Person durch Überführung oder Verlegung stationär eingewiesen ist.
- b) Die Aufwendungen für eine Begleitperson für die Rückreise der restlichen versicherten Personen, wenn es sich um Kinder unter 15 Jahren handelt und sie sich nicht in Begleitung eines Verwandten oder einer Vertrauensperson befinden.

### **2.1.8 Reise einer Begleitperson**

Falls die versicherte Person mehr als 5 Tage stationär

behandelt wird, übernimmt DKV Seguros die Aufwendungen für ein Hin- und Rückreiseticket für einen Familienangehörigen zur Unterstützung der versicherten Person. Außerdem übernimmt DKV Seguros die Aufwendungen der Verlängerung des Hotelaufenthalts des Familienangehörigen, falls die stationäre Behandlung im Ausland vollzogen wird. Erstattet werden bei Vorlage der dazugehörigen Zahlungsbelege **80 Euro täglich bis zu einer Höchstgrenze von zehn Tagen.**

### **2.1.9 Vorzeitige Rückkehr zum gewöhnlichen Wohnsitz**

Falls sich während der Reise, wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Wohnsitz aufhält, ein Brand oder ein schwerer Schaden ereignet oder falls ein Familienmitglied ersten Grades verstirbt, stellt DKV Seguros für die Rückreise der versicherten Person zu ihrem gewöhnlichen Wohnort ein Rückreiseticket zur Verfügung, wenn das Ticket, das die versicherte Person besitzt, keine vorzeitige Rückreise erlaubt.

Falls die versicherte Person aufgrund einer dies erfordernden Situation zu ihrem Wohnsitz zurückkehrt, danach aber zurück zu ihrem Ausgangspunkt der Reise gelangen möchte, erstattet DKV Seguros ihr dieses Ticket.

### 2.1.10 Medikamentenversand

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.

### 2.1.11 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 Kundenzentrale in Verbindung zu setzen.

Da telefonisch keine verbindliche Diagnose gestellt werden kann, sind solche Gespräche lediglich als Ratschlag zu betrachten, die DKV Seguros haftet nicht für diese unverbindliche Diagnose.

### 2.1.12 Hilfe bei der Gepäcksuche

Bei Verlust von Gepäckstücken steht DKV Seguros den versicherten Personen unterstützend zur Seite, um das verlorene Gepäck schnellstmöglich wiederzubeschaffen. Die Aufwendungen für den Versand von wieder gefundenen Gepäckstücken an den Heimatwohnsitz der versicherten Person werden übernommen.

### 2.1.13 Übermittlung von Dokumenten

Benötigt die versicherte Person dringend wichtige Unterlagen oder Dokumente, die sie nicht bei sich führt,

leitet DKV Seguros die notwendigen Schritte für den Versand dieser Unterlagen zu ihrem Aufenthaltsort ein.

### 2.1.14 Aufwendungen für einen Rechtsbeistand und Vorschuss einer Prozessbürgschaft im Ausland

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

Falls die versicherte Person nicht in der Lage ist, einen Rechtsbeistand selbst zu bestimmen, bestimmt DKV Seguros einen, er übernimmt jedoch keine Haftung für die aus dem Handeln des Anwalts entstehenden Folgen.

Falls die zuständigen Behörden des jeweiligen Landes, in welchem der Unfall geschah, gegen die versicherte Person eine Strafkautions festsetzen, gewährt DKV Seguros einen Vorschuss, der auf einen **Höchstbetrag von 6.000 Euro** begrenzt ist.

Dieser Vorschuss ist von der versicherten Person **innerhalb von drei Monaten** ab dem Zeitpunkt der Vorschussleistung an DKV Seguros zurückzuzahlen. Erstaten die zuständigen Behörden der versicherten Person den Betrag vor Ablauf dieser dreimonatigen Frist,

so hat die versicherte Person den Vorschuss umgehend an DKV Seguros zurückzuzahlen.

#### **2.1.15 Reiseinformation**

Wenn der Versicherte Informationen über die Länder erhalten möchte, die er besuchen möchte, wie zum Beispiel Einreiseformalitäten, Visa, Währung, wirtschaftliches und politisches Regime, Bevölkerung, Sprache, Gesundheitszustand etc., stellt DKV Seguros diese allgemeine Informationen gerne zur Verfügung, wenn Sie sich mit dem Unternehmen über die angegebene Telefonnummer in Verbindung setzen und die Beantwortung Ihrer Fragen per Telefon oder E-Mail beantragen.

#### **2.1.16 Übermittlung von Nachrichten**

DKV Seguros übernimmt im Auftrag der versicherten Person die Übermittlung von dringenden Mitteilungen, die aufgrund von den hier genannten und **unter den Versicherungsschutz fallenden Ereignissen** notwendig werden.

#### **2.1.17 Familienhilfe**

Wenn infolge der Reisegarantie eines Familienmitglieds aufgrund von Krankenhauseinweisung oder Todesfall des Versicherten Kinder unter 15 Jahren oder mit Behinderung alleine zu Hause bleiben, wird eine Aufsichtsperson zur Verfügung gestellt. Dabei gilt eine Höchstgrenze von 60 Euro pro Tag für einen

maximalen Zeitraum von sieben Tagen. Wenn infolge der Reisegarantie eines Familienmitglieds aufgrund von Krankenhauseinweisung oder Todesfall des Versicherten Kinder unter 15 Jahren oder mit Behinderung alleine zu Hause bleiben, wird eine Aufsichtsperson zur Verfügung gestellt. Dabei gilt eine **Höchstgrenze von 60 Euro pro Tag für einen maximalen Zeitraum von sieben Tagen.**

#### **2.1.18 Sperren von Karten**

Bei Diebstahl, Verlust oder Abhandenkommen von Bankkarten oder anderen Karten, die von spanischen Institutionen ausgestellt wurden, verpflichtet sich DKV Seguros auf Anfrage des Versicherten, dem Emissionsinstitut die Sperrung der Karte mitzuteilen.

#### **2.1.19 Sperren von Mobiltelefonen**

Wenn die versicherte Person eine Benachrichtigung über den Diebstahl oder Verlust des Mobiltelefons übermittelt, teilt DKV Seguros diesen Umstand dem Telefonanbieter mit, um die Sperrung des Geräts zu beantragen. DKV Seguros übernimmt in keinem Fall Verantwortung für missbräuchliche Nutzungen.

#### **2.1.20 Vorauszahlung von Geldern im Ausland**

Wenn nötig, verauslagt DKV Seguros dem Versicherten zusätzliche Kosten aufgrund eines Unfalls oder Krankheitsfalls im Ausland

bis zu einer Höchstgrenze von 1.500 Euro, gegen Unterzeichnung eines Schuldanerkenntnisses oder Bankschecks in Höhe des betreffenden Betrags oder Euro-Gegenwerts des verauslagten Betrags, immer unter Berücksichtigung der geltenden Rechtsvorschriften in Bezug auf Devisenkontrolle. Wenn nötig, verauslagt DKV Seguros dem Versicherten zusätzliche Kosten aufgrund eines Unfalls oder Krankheitsfalls im Ausland bis zu einer Höchstgrenze von 1.500 Euro, gegen Unterzeichnung eines Schuldanerkenntnisses oder Bankschecks in Höhe des betreffenden Betrags oder Euro-Gegenwerts des verauslagten Betrags, immer unter Berücksichtigung der geltenden Rechtsvorschriften in Bezug auf Devisenkontrolle.

**Der Versicherte verpflichtet sich, DKV Seguros den verauslagten Betrag innerhalb von maximal 30 Tagen ab verauslagter Zahlung zurückzuerstatten.**

## 2.2 Gepäck

### 2.2.1 Verwaltungskosten für verlorene Dokumente

Abgedeckt sind, **bis zu einem Höchstbetrag von 120 Euro**, begründete Ausgaben, die für den Versicherten während der Reise zum Ersetzen von Kreditkarten, Bankschecks, Reiseschecks, Tankkarten,

Transporttickets, Reisepässen, Visa entstehen, die während der Reise oder des Aufenthalts außerhalb seines ständigen Wohnsitzes gestohlen oder verloren wurden. Abgedeckt sind, bis zu einem Höchstbetrag von 120 Euro, begründete Ausgaben, die für den Versicherten während der Reise zum Ersetzen von Kreditkarten, Bankschecks, Reiseschecks, Tankkarten, Transporttickets, Reisepässen, Visa entstehen, die während der Reise oder des Aufenthalts außerhalb seines ständigen Wohnsitzes gestohlen oder verloren wurden.

**Aus der Deckung ausgeschlossen – und folglich nicht erstattungsfähig – sind Schäden infolge von Verlust, Diebstahl oder der missbräuchlichen Verwendung der vorgenannten Dokumente durch dritte Personen sowie zusätzliche Ausgaben, die nicht direkt mit der Ausstellung von Duplikaten in Verbindung stehen.**

## 2.3 Verzögerungen

### 2.3.1 Verpassen von Anschlussverbindungen von öffentlichen Verkehrsmitteln

Wenn die öffentlichen Verkehrsmittel sich aufgrund von technischen Störungen, Streiks, extremen Witterungsbedingungen oder Naturkatastrophen, gewaltsames Eingreifen der Behörden oder anderer Personen verspäten und infolgedessen der fahrplanmäßige Verkehrsanschluss

verpasst wird, erstattet **DKV Seguros** die mit der Verspätung verbundenen Ausgaben für Unterkunft und Verpflegung bis zu einem Höchstbetrag von 120 Euro.

### **3. Vertragsbeschränkungen**

#### **3.1 Ausschlüsse**

**3.1.1 Leistungen, die nicht bei DKV Seguros beantragt wurden und die nicht mit seinem Einverständnis oder durch ihn ausgeführt werden, außer in Schadensfällen, welche durch höhere Gewalt verursacht wurden, oder bei Mangel an Beweisen.**

**3.1.2 Krankheiten oder Verletzungen, die als Folge eines chronischen Leidens oder am Anfang der Reise als Komplikationen oder Rückfälle auftreten.**

**3.1.3 Suizid oder Krankheiten und Verletzungen, die aus einem Suizidversuch entstehen. Sowie Krankheiten oder Verletzungen als Folge von mittelbaren oder unmittelbaren kriminellen Handlungen.**

**3.1.4 Die Behandlung von Erkrankungen oder pathologischen Zuständen, die durch Verschlucken oder der Verabreichung von Toxinen (Drogen), Drogen oder der Einnahme von Medikamenten ohne ärztliche Verschreibung verursacht werden.**

**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 medizinische oder pharmazeutischen Aufwendungen unterhalb eines Betrages von 10 EUR.**

**3.1.8 Die Aufwendungen der Bestattung und der Grabzeremonie.**

**3.1.9 Schadensfälle im Zusammenhang mit Kriegen, Pandemien, Demonstrationen, Volksaufständen, Terrorakten, Sabotageakten, Streiks, Festnahmen durch Befehlsgewalt aufgrund von Straftaten, die nicht aufgrund von Verkehrsunfällen entstehen, Beschränkungen des freien Warenverkehrs oder höherer Gewalt, außer der Versicherte beweist, dass der Schadensfall nicht mit den vorgenannten Umständen in Zusammenhang steht.**

**3.1.10 Schadensfälle aufgrund von Bestrahlung infolge von nuklearer Transmutation oder Zerfall bzw.**

**Radioaktivität sowie Schadensfälle infolge von biologischen oder chemischen Agenzien.**

**3.1.11 Schäden, die vorsätzlich vom Versicherten verursacht werden oder aus grober Fahrlässigkeit entstehen.**

## 4. Schlussbestimmungen

Bei telefonischer Kommunikation zur Beantragung von Leistungen müssen folgende Angaben gemacht werden: Name der versicherten Person, die Versicherungsnummer der Krankenversicherungspolice oder die Nummer der Versichertenkarte, der Ort, wo sich die versicherte Person gerade aufhält, eine Telefonnummer, unter der die versicherte Person erreichbar ist und der Service, der benötigt wird.

Es wird nicht gehaftet für Verzögerungen und Nichterfüllung aufgrund Höherer Gewalt oder aufgrund von spezifischen administrativen oder politischen Anordnungen von Regierungsstellen eines bestimmten Landes. Auf jeden Fall, und sofern eine direkte Einschaltung unmöglich ist, erhält die versicherte Person nach Rückkehr nach Spanien oder bei Notwendigkeit, wenn sie sich in einem Land aufhält, wo die vorgenannten Umstände nicht auftreten, die mit Belegen

nachgewiesenen Aufwendungen für die stattgefundenen Behandlungen zurückerstattet.

Die medizinischen Leistungen und der Rücktransport dürfen nur durchgeführt werden nach vorhergehender Vereinbarung des Arztes des behandelnden medizinischen Zentrums mit dem medizinischen Team von DKV Seguros.

Im Fall, dass 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 die Einschaltung im Augenblick des Eintritts des Ereignisses beantragt und sich an folgende Telefonnummer wendet: +34 91 379 04 34.**

# **Anhang II: Exklusive Versicherungsle- istungen für DKV Mundisalud in der Vertragsmodalität Einzelversicherung**

## 1. Einleitende Bestimmungen

### 1.1 Versicherte Personen

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

### 1.2 Versicherung in der Vertragsmodalität Einzelversicherung

Im Sinne der Vertragsschließung wird die Versicherung als Vertragsmodalität 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 oder

cofinanciados) zu Vertragskonditionen, die DKV Seguros vorab mit einem Kollektivpartner vereinbart hat, zustande gekommen sein.

### 1.3 Dauer des Versicherungsschutzes

Die Dauer des Versicherungsschutzes entspricht der Laufzeit der zugrunde liegenden Hauptversicherung.

### 1.4 Gültigkeit

Um die garantierten Leistungen in Anspruch nehmen zu können, muss der gewöhnliche Wohnsitz der versicherten Person und sein ständiger Aufenthalt in Spanien sein.

## 2. Exklusive zusätzliche Versicherungsleistungen

Nur der Abschluss der Versicherung "DKV Mundisalud" für komplette medizinische Versorgung in der Vertragsmodalität Einzelversicherung berechtigt die versicherte Person, die folgenden zusätzlichen Versicherungsleistungen in Anspruch zu nehmen:

## 2.1 Alternative und ergänzende Therapien

Die nachfolgend beschriebenen Leistungen werden nur im Modus Rückerstattung gewährt, wenn sie von einem Arzt erbracht wurden. Die Rückerstattung richtet sich nach den Angaben, die in der "Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen" als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen dieser Police dargestellt sind.

- > **Homöopathie:** Rückerstattung bis zu einem Höchstbetrag je Beratung oder Sitzung. Keine Beschränkung auf eine Höchstzahl von Beratungen oder Sitzungen pro Jahr.
- > **Akupunktur:** Rückerstattung bis zu einem Höchstbetrag je Beratung oder Sitzung und ebenso beschränkt auf eine Höchstzahl von Sitzungen je versicherte Person und Jahr.

### 2.1.1 Abgrenzungen der Deckungszusage

Die alternativen und ergänzenden Therapien wie Homöopathie und Akupunktur sind im Versicherungsschutz der Police "DKV Mundisalud" eingeschlossen, wenn die medizinische Vollversorgung in der Vertragsmodalität Einzelversicherung abgeschlossen ist. Es sind die Limitierungen zu berücksichtigen, die sich aus Abschnitt 4.8 "Exklusive Versicherungsleistungen" ergeben, abweichend von den Allgemeinen

Versicherungsbedingungen Abschnitt 5.g "Ausgeschlossene Deckungsleistungen".

**Weiterhin ausgeschlossen bleiben die restlichen im Abschnitt 5.g "Ausgeschlossene Deckungsleistungen" beschriebenen Leistungen: Naturtherapie, Chiromassage, Osteopathie, Lymphdrainage, Mesotherapie, Gymnastik, Hydrotherapie, dreifasige Oxygentherapie, Pressotherapie, Ozontherapie und weitere vergleichbare Leistungen oder solche, die offiziell nicht anerkannt sind.**

**Außerdem sind alle medizinisch-chirurgischen Behandlungen in Verbindung mit Radiofrequenztherapie ausgeschlossen, außer bei der Chirurgie der Nasenhöhlen, der Nasenmuschel und die Mandelentfernung.**

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

### 2.2.1 Gegenstand des Versicherungsschutzes

DKV Seguros garantiert im Fall, dass der versicherten Person und/oder ihrem **gesetzlichen Pfleger durch das "Sistema para la Autonomia**

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

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

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

**a) Persönliche Betreuung**

- > 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

### **2.2.1.2 Persönliche Betreuung in**

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

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

### **2.2.1.3 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 ist, die entsprechende Anlage technisch zu bedienen.**

### **2.2.1.4 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.

### **2.2.1.5 Beratungs- und Verwaltungsdienst für Pflegehilfen**

Ebenfalls eingeschlossen sind die Beratungs- und Verwaltungsdienste für Pflegehilfen **bis zu einer Teilgrenze von 2.000 Euro während der Versicherungslaufzeit und/oder des Lebens des Versicherten.**

Der Versicherte und/oder sein Vertreter (gesetzlicher Vormund) kann bei DKV Seguros die Rückerstattung der gesamten Kosten für die Familienunterstützung und/oder Pflegehilfe beantragen, die in diesem Abschnitt aufgeführt werden.

**Dabei gilt eine** Höchstgrenze von 12.000 Euro pro Versichertem, mit einer Teilgrenze von 2.000 Euro für die Verwaltung der Pflegehilfen.

**Hierzu muss die Bestätigung, dass ein Zustand oder die Situation von Pflegebedürftigkeit 3.**

**Grades (Niveau 1 oder 2) von der autorisierten Behörde des “Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia” seiner autonomen Region, in der die Gründe und Umstände der Pflegebedürftigkeit spezifiziert sind, vorgelegt werden.**

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

### **2.2.2 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 2.2.3 dieses Anhangs) 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 (Königlicher Erlass 504/2007 vom 20. April).

- > 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 der vorhergehenden Anforderung kann zu einer Ablehnung des Rechts auf Rückerstattung führen.**

## **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 auf Englisch, Deutsch, Französisch abgefasst.

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

### **2.2.3 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 Anhang II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt sind.**

**2. Die Rückerstattung für Aufwendungen für Familienhilfe bzw. für Betreuung bei Pflegebedürftigkeit, die im Anhang II 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 Kosten für Familienhilfe und/oder für Betreuung bei Pflegebedürftigkeit, wenn der Anspruch auf Leistung abgelaufen ist, weil die versicherte Person die maximale Summe während der Laufzeit der Krankenversicherung in der Modalität Einzelversicherung, die vorher abgeschlossen wurde, bereits erhalten hat.**

## 2.3 Erstattung von Arzneimittelkosten

### 2.3.1 Gegenstand und Beschreibung der Deckung

Umfasst die **Rückerstattung von 50 % (bei DKV Mundisalud Premium 70 %) des Rechnungsbetrags allopathischer Arzneimittel** (aus der konventionellen Medizin), die in **spanischen und ausländischen Apotheken** im Rahmen der Leistungsmodalität Fremdmittel erworben wurden. Die Rückerstattung unterliegt **einer jährlichen Höchstgrenze von 100 Euro pro Versichertem (bei DKV Mundisalud Premium einer**

**Höchstgrenze von 500 Euro)** und es ist erforderlich, dass die Arzneimittel von einem Arzt verschrieben worden, sie im Arzneimittelregister ("Vademécum Internacional" in Spanien) eingetragen sind und **sie zur Behandlung der erlittenen und vom Versicherungsschutz abgedeckten Krankheiten verabreicht werden.**

Für eine einfachere Verwaltung der Auszahlung muss sich der Mindestbetrag der Rechnung bzw. Rechnungen, die in einer Rückerstattungsforderung enthalten sind, auf 10 Euro belaufen. Für eine einfachere Verwaltung der Auszahlung muss sich der Mindestbetrag der Rechnung bzw. Rechnungen, die in einer Rückerstattungsforderung enthalten sind, auf 10 Euro belaufen.

### 2.3.2 Zugang zur Versicherungsleistung

Um die Rückerstattung der Aufwendungen für Medikamente zu erhalten, müssen der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person **DKV Seguros innerhalb einer Frist von 15 Tagen die folgenden Dokumente vorlegen:**

**1. Originale der Rechnungen und der Zahlungsbelege, die beweisen, dass der Betrag für die Medikamente in der Apotheke gezahlt wurde.**

Die Rechnung muss den **Vornamen und die Nachnamen oder den Unternehmensnamen der natürlichen oder juristischen Person enthalten, die sie ausstellt**, ihre Adresse, die Telefonnummer, die Steuernummer N.I.F. und außerdem die Registriernummer in der Kammer, **als auch die detaillierte Aufgliederung der Medikamente mit ihrer Bezeichnung, Art der Verabreichung, Packungsgröße, Einzelpreis, Anzahl der Packungen, Kaufdatum und den Vornamen und die vollständigen Nachnamen der versicherten Person, die sie erhalten.**

## **2. Medizinische Verschreibungen im Original**

Die **Verschreibung oder das verschreibungspflichtige Medikament muss immer den Vornamen und die Nachnamen des verschreibenden Arztes, die Fachrichtung, Registriernummer im Ärzteverzeichnis, Adresse, Telefonnummer, Ausstellungsdatum bzw. Abgabe (etwaige chronische Behandlung) und den Vornamen sowie alle Nachnamen der versicherten Person enthalten, die behandelt wird.**

Wenn die Medikamente auf Rezepten nach den offiziellen Vorschriften, **die für die Vorlage von pharmazeutischen Dienstleistungen des spanischen nationalen Gesundheitssystems**

**und von Beamten in der Beamtenversorgung benutzt werden, verschrieben sind, werden diese nur zurückerstattet, wenn im freien Raum des Rezepts für "Kontingenz" der Code der Gesundheitskarte erscheint, der TSI 002 und TSI 006 (beide eingeschlossen) und DAST (grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung) umfasst.**

Für die Vorlage dieser Dokumente stellt DKV Seguros ein Erstattungsformular zur Verfügung, das mit minimalen verwaltungstechnischen Aufwand unbedingt ausgefüllt werden muss.

Die versicherte Person und ihre Familienangehörigen müssen alle Berichte und Nachweise zur Verfügung stellen, die DKV Seguros für nötig erachtet.

Die Nichterfüllung dieser Pflicht kann zur Ablehnung des Rechts auf Rückerstattung führen.

### **2.3.3 Einschränkungen und Ausschlüsse des Risikos**

**1. Ausgeschlossen vom Versicherungsschutz: Medikamente, die nicht im Arzneimittelregister (Vademecum Internacional in Spanien) eingeschlossen sind, deren Wirksamkeit nicht von der spanischen Agentur für Arzneimittel und**

Gesundheitsprodukte autorisiert ist, Produkte von geringem therapeutischen Nutzen (die nicht als Rezept im spanischen nationalen Gesundheitssystem finanziert werden) und deren therapeutische Wirksamkeit nicht durch die Richtlinie der internationalen Referenz (NICE) anerkannt wird), die frei verkäuflichen Medikamente (ohne Rezept) bzw. Werbeartikel, die homöopathischen Arzneimittel, pflanzliche Arzneimittel (aus Pflanzen abgeleitet) und die Hilfsmittel jeglicher Art.

2. Ebenso sind ausgeschlossen - und nicht als Arzneimittel eingestuft - sind die Impfstoffe zur Desensibilisierung und Wirkstoffe für Infektionserreger, Ernährungsergänzungsprodukte, Beruhigungsmittel, Aufbaupräparate, Hautpflegeprodukte, Kosmetik, Mineralwässer, Hygiene- und Hautpflegeprodukte und Badezusätze.
3. Nicht abgedeckt sind **Medikamente auf offiziellen Rezepten des spanischen nationalen Gesundheitssystems und der speziellen Beamtenversorgung, wenn im Bereich für "Kontingenz" der Code TSI 001 der Gesundheitskarte für**

befreite Nutzer erscheint oder der Code NOFIN für Arzneimittel und Gesundheitsprodukte, die nicht finanziert werden oder ATEP, exklusiv für Rezepte nach Arbeitsunfällen oder einer Berufskrankheit.

4. In Bezug auf Medikamente, für die in den vorstehenden Absätzen nichts geregelt ist, werden die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die den Versicherungsschutz definieren, angewendet: Abschnitt 2 "Grundlagen. Begriffsdefinitionen", Abschnitt 3 "Gegenstand und Umfang der Versicherung", Abschnitt 4 "Versicherungsumfang", Abschnitt 5 "Einschränkung der Leistungspflicht" und Abschnitt 6 "Karenzzeiten".

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

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

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

### **3. Exklusive Deckungen der Modalitäten DKV Mundisalud Classic, Élite und Premium mit medizinischer Rundumversorgung bei Einzelversicherungen.**

Der Abschluss der Versicherung “DKV Mundisalud” Classic, Élite und Premium mit medizinischer Rundumversorgung als Einzelversicherung ist die einzige Versicherung, die der versicherten Person den Zugang zur folgenden zusätzlichen Garantie ermöglicht:

#### **3.1 Assistierte Reproduktion**

##### **3.1.1 Deckungsumfang**

Die assistierte menschliche Reproduktion beinhaltet die Entwicklung und Anwendung alternativer Reproduktionstechniken **zur Behandlung der Unfruchtbarkeit von Paaren, einschließlich gleichgeschlechtlicher Paare, während der Zeit der maximalen Fruchtbarkeit dieser** (bei Frauen zwischen 18 und 42 Jahren und bei Männern bis 55 Jahre).

##### **3.1.2 Zugriff auf die Deckung**

**Anforderungen:** Um ein Anrecht auf die Deckung zu haben und Zugang zu den assistierten Reproduktions-Behandlungen zu erhalten, ist es notwendig, dass beide Mitglieder **des Paares über die Police versichert sind, kein gemeinsames Kind haben und**

die festgelegte Karenzzeit eingehalten haben (siehe Abschnitt 3.1.5 Karenzzeit).

### 3.1.3 Versorgungs-Modalität

Gesundheitsversorgung über Eigenmittel. Der Versicherte hat Zugang zu den Serviceleistungen über die medizinischen Zentren und Kliniken der künstlichen Befruchtung des Vertragsnetzes “Red DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros (Eigenmittel) in Spanien, unter vorheriger Genehmigung des Unternehmens und Vorlage des DKV MEDICARD®.

Die Techniken zur Befruchtung werden im Rahmen des **Assisted Human Reproduction Act** abgebildet sowie anhand der Nutzungskriterien, die in den Prüfberichten der **Agenturen für die Bewertung der Gesundheitstechnologien des Nationalen Sozialversicherungssystems** festgelegt sind.

### 3.1.4 Beschreibung der Deckung

Es gelten die folgenden Kriterien für die Deckung der Reproduktionstechniken und ihrer Einschränkungen bezüglich der Anzahl an Behandlungen und dem Alter der Frau:

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

**bzw. der Lebensdauer des Versicherten**

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

### 3.1.5 Karenzzeit

Die in dieser Garantie enthaltenen Techniken der assistierten Reproduktion erfordern eine **Karenzzeit von 48 Monaten, um darauf zugreifen zu können**, welche - nachdem das Einbeziehen beider Mitglieder des Paares erforderlich ist - in Bezug auf die zuletzt erfolgte Einbeziehung berechnet werden, sofern diese nicht am selben Tag beauftragt wurde.

**3.1.6 Einschränkungen und Ausschlüsse des Risikos Von dieser Deckung ausgeschlossen, sind:**

- a) **Jede Fortpflanzungs- oder Befruchtungstechnik, die nicht ausdrücklich in Anhang II, Abschnitt 3 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt ist.**
- b) **Die Behandlung von Sterilität oder Unfruchtbarkeit mit Techniken der assistierten Reproduktion, wenn dieser Zustand durch eine früheren Kontrazeptivum Chirurgie**

(Vasektomie, hysteroskopisches Eileiterverschluss oder Tubenligatur) verursacht wurde.

- c) Die Kosten für die Spende des Samens, bzw. der Eizellen (Samen- und Eizellenbanken), und gegebenenfalls der Embryonen.
- d) Die Kosten für Kryokonservierung der eigenen Gameten (Spermien oder Eizellen) und der Embryonen aus jeglichem Grund sowie die Übertragung dieser in abgetaumtem Zustand in die Gebärmutter.
- e) Die uterine Leihmutterschaft zu reproduktiven Zwecken.
- f) Die Präimplantationsdiagnostik und die Verwendung der Reproduktionstechniken zur Prävention und Behandlung von genetischen oder erbliche bedingten Erkrankungen oder zu jedem sonstigen Zweck, der nicht zur Behandlung der Unfruchtbarkeit des Paares dient.
- g) Die ergänzenden Techniken zur Gewinnung von Spermien (Aspiration von Hodengewebe); zur spermatischen, immunomagnetischen (MACS) und morphologischen Selektion (IMSI); zur Embryonenkultur (lange Kultur in Inkubatoren bis Blastozyste) und zur Einpflanzung in den

Uterus (assistiertes Hatching oder Aufbrechen).

- h) Inkubatoren mit Echtzeit-Überwachungssystemen für embryonale Kulturen (z. B. Embryoscope oder Primo Vison) und die Kosten für ambulante Medikation, deren Verabreichung während der assistierten Reproduktionsbehandlung des Versicherten erforderlich ist.
- i) Die stationäre Einweisung oder der stationäre Krankenhausaufenthalt (> 24 Stunden), um die Behandlungen zur Befruchtung mit Techniken der assistierten Reproduktion durchzuführen.

Für jeden anderen Aspekt, der nicht ausdrücklich in Abschnitt 4.8 Exklusive Deckungen (assistierte Reproduktion) geregelt ist, gelten jene Abschnitte der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, welche die Abdeckung eingrenzen, diese definieren und im Zusammenhang stehen mit: Abschnitt 2 "Grundlagen. Definitionen", Abschnitt 3 "Modalität und Umfang der Versicherung" Abschnitt 4 "Beschreibung der Deckungsleistungen", Abschnitt 5 "Ausgeschlossene Deckungen" und Abschnitt 6 "Karenzzeiten".

**Der Versicherungsnehmer erklärt, dass er in Übereinstimmung mit den in Artikel 3 des Ley de Contrato de Seguro (Versicherungsvertragsgesetz) festgelegten Bestimmungen, ein Exemplar der gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit Anlagen zum Vertrag erhalten hat und bestätigt mit seiner Unterschrift sein Einverständnis zu den darin enthaltenen, begrenzenden und einschränkenden Klauseln und insbesondere zu den in Abschnitt 5 ausdrücklich hervorgehobenen, aufgeführten Ausschlüssen aus der Leistungspflicht und dass er den Inhalt kennt und verstanden hat, weil er diesen gelesen hat.**

Versicherungsnehmer    Versicherte Person    DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E.  
Dr. Josep Santacreu  
Aufsichtsratsprecher

A handwritten signature in black ink, consisting of a horizontal line that curves upwards and then loops back down to cross itself, forming a stylized, abstract shape.



Folgen Sie uns auf:



Laden Sie die app herunter



Telefonische Beratung  
durch:

Fundación  
**INTEGRALIA DKV**



Verantwortlich mit  
Ihrer Gesundheit, der  
Gesellschaft und dem  
Planeten



Gesundes  
Unternehmen



Nachhaltiges  
Unternehmen

DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E. Torre DKV, Avda. María Zambrano 31, 50018 Zaragoza, inscrita en el Registro Mercantil de la provincia de Zaragoza, tomo 1.711, folio 214, hoja n.º Z-15.152. CIF: A-50004209.