

Wenn ich wählen kann fühle ich mich frei

DKV Mundisalud

Allgemeine

Versicherungsbedingungen

DKV
Gesundheit

Passen Sie auf sich auf



Versicherungspolice
DKV Mundisalud

Torre DKV, Avda. María Zambrano, 31
50018 Zaragoza
Tel. (+34) 976 289 100
Fax (+34) 976 289 135

Gezeichnetes Kapital: 66 110 000 Euro

DKV Seguros y Reaseguros S.A.E. ist eingetragen im besonderen Verzeichnis der spanischen Generaldirektion für das Versicherungswesen und Rentenfonds (Registro Especial de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones) durch Ministerialerlass vom 12. Juli 1956. Sitz der Gesellschaft: Torre DKV, Avda. María Zambrano 31, 50018 Zaragoza (España). Handelsregister Saragossa, Band 1.711, Bogen 214, Blatt Nr. Z-15.152. Spanische Steuernummer C.I.F. A-50004209.

Mod. RE-CON-04308
2DNP1.CG/02_V17a
Aktualisierte Ausgabe Januar 2019

DKV Seguros hat das Urheberrecht auf den Inhalt dieses Vertrages einschließlich seiner Anhänge. Die teilweise oder vollständige Wiedergabe des Inhalts ohne vorherige Genehmigung ist untersagt. Alle Rechte vorbehalten.

DKV Seguros stellt dieses Schriftstück allen interessierten Personen zur Analyse und Information zur Verfügung, auch wenn der Abschluss einer Versicherung nicht in Betracht kommt. Das Ziel des Unternehmens ist es, allgemein zur Verständlichkeit und Klarheit der von DKV Seguros erteilten Informationen und der in der Versicherungsbranche üblichen Terminologie beizutragen.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis

Wir beantworten Ihre Fragen **5**

Plan für ein gesundes Leben: „Vive la Salud“ **18**

DKV Club Salud y Bienestar, der Club für Gesundheit und Wohlbefinden **23**

- 24** 1. Digitale Gesundheitsleistungen
 - 27** 2. Ärztliche Zweitmeinung bei schwerer Erkrankung
 - 27** 3. Leistungen zur Mundgesundheit
 - 28** 4. Zusätzliche Premiumleistungen
 - 35** 5. Netzwerk von Kliniken in den USA
 - 35** 6. Die telefonische Servicezentrale
-

Allgemeine Versicherungsbedingungen **38**

- 38** 1. Einleitende Vertragsklausel
- 40** 2. Grundkonzepte. Begriffsbestimmungen
- 54** 3. Leistungsmodalität, Umfang und Geltungsbereich der Versicherung
 - 54** 3.1 Versicherungsgegenstand
 - 55** 3.2 Versicherungsmodalität
 - 56** 3.3 Geltungsbereich
 - 56** 3.4 Zugang zu den Versicherungsleistungen
 - 60** 3.5 Klausel zur Forderungsabtretung und zur Abtretung von Rechten
- 61** 4. Leistungsübersicht - Beschreibung der Deckungen
 - 62** 4.1 Medizinische Grundversorgung
 - 63** 4.2 Notfälle
 - 63** 4.3 Medizinische Versorgung durch Fachärzte und Fachchirurgen
 - 68** 4.4 Diagnostische Verfahren und Mittel
 - 71** 4.5 Therapieverfahren

| | | | |
|------------|-----|---|--|
| 77 | 4.6 | Medizinische Versorgung im Krankenhaus | |
| 81 | 4.7 | Ergänzende Deckungsleistungen | |
| 89 | 4.8 | Exklusive Deckungsleistungen | |
| 90 | 4.9 | Reiseversicherung - Reiseassistenz | |
| 91 | 5. | Ausgeschlossene Deckungsleistungen | |
| 98 | 6. | Karenzzeiten und Ausschlusszeiten | |
| 99 | 7. | Versicherungsleistungen gemäß vereinbarter Deckungsmodalität | |
| 99 | 7.1 | DKV Mundisalud Classic Hospitalización | |
| 101 | 7.2 | DKV Mundisalud Complet | |
| 104 | 7.3 | DKV Mundisalud Plus | |
| 106 | 7.4 | DKV Mundisalud Classic | |
| 109 | 7.5 | DKV Mundisalud Élite | |
| 112 | 7.6 | DKV Mundisalud Premium | |
| 117 | 7.7 | Ersatzweise pauschale Rückerstattung der Kosten stationärer medizinischer Versorgung | |
| 120 | 8. | Vertragsgrundlagen | |
| 120 | 8.1 | Vertragsabschluss und Versicherungsdauer | |
| 121 | 8.2 | Weitere Obliegenheiten, Pflichten und Befugnisse des Versicherungsnehmers oder des Versicherten | |
| 122 | 8.3 | Weitere Obliegenheiten der DKV Seguros | |
| 122 | 8.4 | Bezahlung der Versicherung (Prämien) | |
| 125 | 8.5 | Verlust des Versicherungsanspruchs | |
| 125 | 8.6 | Aussetzung und Kündigung des Versicherungsvertrages | |
| 126 | 8.7 | Mitteilungen und Notifikationen | |
| 127 | 8.8 | Besondere Gesundheitsrisiken | |
| 127 | 8.9 | Steuern und Gebühren | |

| | | |
|-----------|------------------------------------|------------|
| Anhang I: | Reiseversicherung - Reiseassistenz | 129 |
|-----------|------------------------------------|------------|

| | | |
|------------|--|------------|
| Anhang II: | Exklusive Deckungsleistungen der Versicherung DKV Mundisalud in der Modalität Individual | 140 |
|------------|--|------------|

**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 versuchen, klare und einfache Antworten darauf zu geben. Wir hoffen, dass sie Ihnen von Nutzen sind.

Zu diesem Vertrag

Welche Dokumente sind Bestandteil des Versicherungsvertrages?

Der Versicherungsvertrag setzt sich zusammen aus dem Versicherungsantrag, der Gesundheitserklärung, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den Besonderen Versicherungsbedingungen, den Zusatzvereinbarungen und Nachträgen und gegebenenfalls den Sonderbedingungen, wenn solche vereinbart werden.

Was bedeuten die „Versicherungsbedingungen“?

In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und/oder den Besonderen Versicherungsbedingungen sind sowohl die Rechte und Pflichten von

DKV Seguros als auch diejenigen des Versicherten oder der Person, die den Versicherungsvertrag abschließt, zusammengefasst.

Welche Dokumente und Unterlagen erhalte ich bei Abschluss meiner Versicherung?

Die Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen, die Gesundheitskarte DKV MEDICARD® für jede versicherte Person und das „Cuadro Médico“ genannte Ärzte- und Klinikverzeichnis des Netzwerkes der Gesundheitsdienstleistungsanbieter von DKV Seguros, in dem alle zu diesem Netzwerk gehörenden Ärzte und Kliniken aufgeführt sind.

Bitte überprüfen Sie, ob Ihre persönlichen Daten richtig übernommen wurden.

Was muss ich nach Erhalt dieser Unterlagen tun?

Die Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen unterschreiben, eine Ausfertigung aufbewahren und eine weitere unterschrieben an DKV Seguros zurücksenden. Der Eingang der ordnungsgemäß unterschriebenen Vertragsdokumentation zusammen mit der Zahlung des ersten Beitrages bedeuten die Annahme des Vertrages. Bis nicht beide Voraussetzungen, Unterschrift und Zahlung, erfüllt sind, wird die Police nicht wirksam, auch wenn in den Besonderen Versicherungsbedingungen ein Datum genannt ist.

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

Wir freuen uns, Ihnen behilflich sein zu können.

Muss ich die Verlängerung meines Vertrages der Gesellschaft ausdrücklich mitteilen?

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

Sowohl Sie als auch DKV Seguros können die Police zum Ablaufdatum kündigen, wenn dies innerhalb der dafür vorgesehenen Frist nachweislich der anderen Partei mitgeteilt wird. Im Fall des Versicherungsnehmers beträgt

die Kündigungsfrist einen Monat und für DKV Seguros zwei Monate vor Ablauf.

Welche Rechte habe ich bezogen auf den Schutz personenbezogener Daten?

In Übereinstimmung mit den Artikeln 12 bis 22 der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates ist DKV Seguros ausdrücklich dazu autorisiert, die persönlichen Daten des Versicherungsnehmers und der Versicherten anzufordern, zu verarbeiten und an weitere Unternehmen der eigenen Versicherungsgruppe weiterzugeben. Die rechtlichen Grundlagen zur Verarbeitung Ihrer Daten bildet einmal die vertragliche Verbindung, die Sie mit DKV Seguros unterhalten und weiter die für den Versicherungssektor verpflichtend geltenden gesetzlichen Bestimmungen.

Auf die Daten des Versicherten angewendet bedeutet dies, dass diese nur dann an Dritte weitergegeben werden, wenn dies zur Bereitstellung der medizinischen Versorgung oder sonstiger Leistungen der Versicherung notwendig ist. Gleichfalls ist DKV Seguros dazu berechtigt, dem Versicherungsnehmer bzw. den volljährigen Versicherten Informationen über Produkte und Dienstleistungen, die im Zusammenhang mit der Gesundheitsförderung und dem Wohlbefinden stehen und die für sie von Interesse sein könnten, zuzusenden.

Wir haben sämtliche notwendigen Sicherheitsmaßnahmen, sowohl technischer als auch organisatorischer Art, getroffen, um die Vertraulichkeit und Unversehrtheit der Daten zu schützen und deren Veränderung, Verlust oder einen nicht autorisierten Zugriff zu verhindern und wir nehmen regelmäßige Überprüfungen vor, um die Einhaltung zu überwachen.

Ihre Daten werden von uns für die gesamte Dauer unserer vertraglichen Verbindung gespeichert; nach deren Beendigung werden sie weiter gespeichert, wenn dies notwendig ist, um mögliche, sich aus der Bindung ergebende Haftungen und Beschwerden bearbeiten zu können sowie in Erfüllung der geltenden rechtlichen Vorschriften. Generell kann gesagt werden, dass wir die Daten nach Vertragsende für die Dauer von sieben Jahren aufbewahren und nach Ablauf dieser Zeit die vollständige Löschung vornehmen.

Die Ihnen in Bezug auf den Schutz der persönlichen Daten zustehenden Rechte können Sie ausüben, indem Sie sich auf postalischem Weg an DKV Seguros wenden, benutzen Sie hierfür die Anschrift Torre DKV, Avenida María Zambrano, 31 (50018 Zaragoza), und weisen Sie sich aus mit Ihrem Namen, Familiennamen sowie einer Fotokopie Ihres Ausweisdokumentes; Sie können sich hierfür auch unter www.dkvseguros.com im Kundenbereich

registrieren. Genauere Informationen über Ihre Rechte finden Sie auf unserer Website, unter dem Abschnitt mit den Datenschutzrichtlinien, sowie in dem Dokument, das wir Ihnen gemeinsam mit den Unterlagen zu Ihrem Versicherungsvertrag aushändigen. Wenn Sie darüber hinaus weitere Informationen wünschen oder uns gegenüber Zweifel bezüglich des Schutzes Ihrer persönlichen Daten haben, können Sie ebenfalls unseren Datenschutzbeauftragten kontaktieren, Sie erreichen diesen unter E-Mail-Adresse dpogrupodkv@dkvseguros.es. Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass Sie die Möglichkeit haben, sich an die spanische Datenaufsichtsbehörde Agencia Española de Protección de Datos zu wenden, die Sie unter der Anschrift Calle Jorge Juan, 6 (28001 Madrid), und telefonisch unter der Nummer 901 100 099, erreichen, wenn Sie mit der Beachtung Ihres Rechtes auf Information nicht einverstanden sind.

Leistungsmodalität und Umfang der Versicherung

Wodurch zeichnet sich das Versicherungsprodukt „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 „Red DKV de Servicios Sanitarios“ genannte Netzwerk für Gesundheitsdienstleistungen von DKV Seguros in Anspruch nehmen wollen (Leistungsmodalität eigene Mittel) oder ob Sie
- > den freien Zugang zu Ärzten oder medizinischen Einrichtungen, die nicht dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsdienstleistungen angehören, in Anspruch nehmen.

In diesem Fall gilt das Erstattungsprinzip: der Versicherte tritt in Vorleistung und erhält den Rechnungsbetrag zu den Prozentsätzen und bis zu den Höchstsätzen erstattet, die in der Leistungsübersicht der Deckungen und Beschränkungen aufgeführt sind, die als Anhang den Besonderen Versicherungsbedingungen dieser Police beigelegt sind (Leistungsmodalität fremde Mittel).

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

Sie können frei unter den dem „Red DKV de Servicios Sanitarios“ genannten Netzwerk für Gesundheitsdienstleistungen der DKV Seguros angehörenden Leistungserbringern wählen. Vor der Behandlung legen Sie zur Identifikation

lediglich Ihre Gesundheitskarte DKV MEDICARD® vor und, falls notwendig, die Autorisierung.

Wie beantrage ich eine Kostenerstattung bei DKV Seguros?

Die bezahlten Rechnungen müssen innerhalb von 15 Tagen eingereicht werden. Die nicht innerhalb des DKV-Netzwerks „Red DKV de Servicios Sanitarios“ durchgeführten Behandlungen müssen einzeln aufgeführt sein. Ärztliche Verordnungen sowie Arztberichte, aus denen die Ursache und die Art der Erkrankung hervorgehen, sind beizufügen. Um Ihnen die Einreichung des Erstattungsantrags zu erleichtern, stellt DKV Seguros ein Erstattungsformular zur Verfügung.

Wie hoch ist die Erstattung bei der Inanspruchnahme von Leistungserbringern, die nicht dem „Red DKV de Servicios Sanitarios“ genannten Netzwerk für Gesundheitsdienstleistungen von DKV Seguros angehören? Welche Prozentsätze und Limitierungen sind in der Police festgelegt?

Mit dem Produkt „DKV Mundisalud“ wird vertragsgemäß und in Abhängigkeit von der vereinbarten Deckungsmodalität ein Prozentsatz des Rechnungsbetrages der medizinisch notwendigen Leistungen erstattet, bis zu den Höchstgrenzen, die in der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen festgesetzt

sind, die als Anhang den Besonderen Versicherungsbedingungen beigelegt ist.

Wo gilt meine Versicherung?

Bei allen Modalitäten der Versicherung „DKV Mundisalud“ können Sie als versicherte Person weltweit Leistungserbringer und medizinische Zentren in Anspruch nehmen, die nicht dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsdienstleistungen angehören und haben Anspruch auf Erstattung der Kosten für diese medizinischen und chirurgischen Behandlungen, vorausgesetzt, dass Sie mindestens neun Monate im Jahr in Spanien ansässig sind.

Sie können ebenfalls die in ganz Spanien durch das „Red DKV de Servicios Sanitarios“ genannte Netzwerk für Gesundheitsdienstleistungen zur Verfügung stehenden Ärzte und Kliniken nutzen (Leistungsmodalität eigene Mittel).

DKV MEDICARD®

Kann ein vertragsgebundener Arzt des Netzwerkes „Red DKV de Servicios Sanitarios“ von DKV Seguros neben der Autorisierung für bestimmte Leistungen die Vorlage meiner Gesundheitskarte DKV MEDICARD® verlangen?

Ja. Mit der Gesundheitskarte

DKV MEDICARD® weisen Sie sich den dem „Red DKV de Servicios Sanitarios“ genannten Netzwerk für Gesundheitsdienstleistungen von DKV angehörenden Leistungserbringern gegenüber als Kunde von DKV Seguros aus und man wird von Ihnen die Vorlage der Gesundheitskarte verlangen.

Wie hoch ist der Betrag, der für jede medizinische Leistung zu entrichten ist?

Für die Nutzung des Netzwerkes „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 Gesundheitskarte DKV MEDICARD® ausweise?

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

In keinem Fall erstattet DKV Seguros jedoch Rechnungen von Leistungserbringern, die dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsdienstleistungen „Red DKV de Servicios Sanitarios“ von DKV Seguros angeschlossen sind.

Was muss ich beim Verlust meiner Gesundheitskarte DKV MEDICARD® tun?

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

Wir schicken Ihnen eine neue Karte zu.

Wie kontaktiere ich DKV Seguros?

Sie können sich mit der Zentrale des telefonischen Kundenservices von DKV Seguros unter der Rufnummer 976 506 000 in Verbindung setzen oder dies per Internet tun unter Verwendung der Anschrift:

www.dkvseguros.com, oder Sie wenden sich an eine der Geschäftsstellen von DKV Seguros.

Autorisierungen

Wann benötige ich eine Autorisierung?

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

Suchen Sie einen Arzt oder eine medizinische Einrichtung auf, die nicht dem Netzwerk „Red DKV de Servicios Sanitarios“ von DKV Seguros angehört, ist eine Autorisierung in keinem Fall notwendig.

Für welche Untersuchungen und Leistungen, die innerhalb des Vertragsnetzwerks „Red DKV de Servicios Sanitarios“ von DKV Seguros vorgenommen werden, benötige ich eine Autorisierung?

Umfangreichere diagnostische Verfahren, Transport im Krankenwagen, Prothesen und chirurgische Implantate, psychotherapeutische Sitzungen, Vorsorgeprogramme und Vorsorgeuntersuchungen, medizinische und chirurgische Behandlungen und Einweisungen zu stationären Behandlungen.

Weitere Informationen zu den Autorisierungen finden Sie auf der Website von DKV Seguros und/ oder im „Cuadro Médico“, dem Ärzte- und Klinikverzeichnis, oder im Verzeichnis des DKV-Netzwerkes für Gesundheitsdienstleistungen des laufenden Jahres; dort sind in Kapitel 2 unter „Tipps zur Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen“ alle Diagnoseverfahren und/oder therapeutischen Behandlungen aufgelistet, für die keine vorherige Autorisierung durch DKV Seguros benötigt wird.

Wie beantrage ich eine Autorisierung, wenn ich keine der Geschäftsstellen von DKV Seguros persönlich aufsuchen kann?

Sie können sich mit unserer telefonischen Servicezentrale unter der

Rufnummer 976 506 000 in Verbindung setzen; oder dies über die Website von DKV Seguros (www.dkvseguros.com) tun oder auch über jede Person, die für Sie in der zuständigen Geschäftsstelle von DKV Seguros Ihre Gesundheitskarte und die ärztliche Verschreibung zur Notwendigkeit des Tests vorlegt.

Zahlung des Versicherungsbeitrags

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

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

Die vom Versicherungsnehmer gewählte Zahlungsweise des Beitrages befreit ihn jedoch nicht von der Pflicht, den gesamten Jahresbeitrag zu entrichten. Im Falle der Rückbuchung oder Nichtzahlung der Beitragsrechnungen ist DKV Seguros berechtigt, den restlichen Teil des jährlichen Beitrages einzufordern.

Gesundheitsdienstleistungen

Was beinhaltet das Programm für ein gesundes Leben „Vive la Salud“?

Über den Internetzugang www.programas.vivelasalud.com bietet DKV Seguros ihren Versicherten den Zugang zu verschiedenen spezifischen Programmen zur Förderung der Gesundheit und zur Krankheitsvorsorge an. Diese Programme werden kontinuierlich weiter 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 und Ausschlusszeiten“).

Muss ich für einen Besuch beim Facharzt oder Fachchirurgen eine Autorisierung beantragen?

Nein. Zu Konsultationen von Fachärzten und Fachchirurgen haben Sie freien Zugang. Dies gilt sowohl für dem „Red DKV de Servicios Sanitarios“ genannten Netzwerk für Gesundheitsdienstleistungen von DKV Seguros angehörende Leistungserbringer als auch für solche, die diesem medizinischen Netzwerk nicht angeschlossen sind.

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

Ja. Um dieses nichtmedizinische Fachgebiet innerhalb des „Red DKV de Servicios Sanitarios“ genannten Netzwerks für Gesundheitsdienstleistungen von DKV Seguros in Anspruch nehmen zu können, müssen Sie eine entsprechende Autorisierung beantragen.

Benötige ich eine Autorisierung für eine Mammografie oder eine Panoramaschichtaufnahme (Orthopantomogramm)?

Nein, Sie benötigen keine Autorisierung. Es ist lediglich die schriftliche Verordnung durch einen Arzt notwendig.

In welchen Fällen kann ein Hausbesuch verlangt werden?

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.

Sind vor Vertragsabschluss bestehende Krankheiten durch die Versicherungspolice gedeckt?

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 Konsultationen, das Entfernen von Zähnen (Zahnextraktionen), Behandlungen des Kauapparates, Fluoridierungen, Zahn- und Mundreinigung und die im Rahmen dieser Behandlungen erforderlichen Röntgenleistungen.

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

Die übrigen, nicht von der Versicherung gedeckten zahnärztlichen Leistungen, sind mit einer Kostenbeteiligung des Versicherten durch den zahnärztlichen Dienst gedeckt (siehe Abschnitt „Zusätzliche Leistungen“).

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 „Krankenhausaufenthalt und Chirurgie“ in den Vertrag aufgenommen wurde, ausgenommen sind biologische Medikamente und medikalisierte Biomaterialien, die nicht in Absatz 4.7 „Chirurgische Implantate“ dieser Versicherungsbedingungen genannt werden.

Außerdem erstattet DKV Seguros bei den Einzelversicherungen mit medizinischer Komplettversorgung Complet, Plus, Classic, Élite und Premium einen Teil der Kosten für ambulante Behandlungen bis zu einem Höchstbetrag pro Versichertem und Jahr, der festgelegt ist in der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen, die den Besonderen Versicherungsbedingungen beigefügt ist. Voraussetzung dabei ist, dass die Medikamente von einem Arzt verschrieben und in einer Apotheke erworben wurden, außerdem gelten die Begrenzungen und Ausschlüsse dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Ist die Epiduralanästhesie bei Geburten mit versichert?

Ja, und außerdem bei jedem anderen chirurgischen Eingriff, bei dem dies angezeigt ist.

Sind bei „DKV Mundisalud“ chirurgische Eingriffe zur Korrektur bei Myopie (Kurzsichtigkeit) mit versichert?

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

Ist durch „DKV Mundisalud“ auch die klinische Psychologie versichert?

Ja, die klinische Psychologie ist bei ambulanter Behandlung als individuelle psychologische Behandlung abgedeckt, vorausgesetzt, sie wurde zuvor von einem Facharzt für Psychiatrie oder einem Kinderarzt verschrieben und die Behandlung wird von einem Psychologen durchgeführt. Die Leistungen sind auf eine bestimmte Anzahl von Sitzungen pro versicherter Person und Jahr begrenzt (Summe der eigenen und der fremden Mittel); für die Erstattung bei Inanspruchnahme von fremden Mitteln gilt auch eine Höchstgrenze pro Sitzung, die festgelegt ist in der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen, die den Besonderen Versicherungsbedingungen beigefügt ist. Die Deckung gilt für die nachfolgend genannten Krankheitsbilder, die einen psychologisch-therapeutischen Eingriff erfordern:

- > Psychische Erkrankungen: Depression, Schizophrenie und psychotische Störungen.
- > Verhaltensstörungen: Neurosen, Angstzustände, Persönlichkeitsstörungen und Zwangsstörungen (Obsessive-Compulsive Disorder, OCD).
- > Essstörungen: Magersucht und Bulimie.
- > Mobbing in der Schule, Cybermobbing, geschlechtsspezifische und häusliche Gewalt.
- > Schlafstörungen: Bettnässen, Schlaflosigkeit, Schlafwandeln und nächtliche Angstzustände.
- > Anpassungsstörungen: Arbeitsbedingte und posttraumatische Stresssituationen, Trauer, Scheidung, Jugend/Pubertät, Posturlaubssyndrom usw.
- > Lernstörungen: Hyperaktivität und Schulversagen.

Sollten weitere Sitzungen erforderlich sein, bietet DKV Seguros die Möglichkeit an, diese Sitzungen zu einem Preis mit Eigenbeteiligung und nach vorherigem Antrag bei DKV Seguros in Anspruch zu nehmen.

Und die Familienplanung?

Ihre Versicherung umfasst Tubenligatur, Vasektomie und Implantation des IUP. Im Falle des IUP erstattet DKV Seguros zudem die Kosten des IUP zu dem Prozentsatz, der in der jeweiligen Modalität der Police festgesetzt ist und bis zu einem Höchstbetrag, der in der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen festgesetzt ist, die den Besonderen Versicherungsbedingungen beigefügt ist.

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

Deckt „DKV Mundisalud“ die assistierte Reproduktion?

DKV Seguros deckt Befruchtungstechniken nur bei den Einzelversicherungen DKV Mundisalud Classic, Elite und Premium mit medizinischer Komplettversorgung ab, sofern bei dem Paar eine Unfruchtbarkeit vorliegt, kein gemeinsames Kind vorhanden ist und die Versicherten in einem fortpflanzungsfähigen Alter sind (älter als 18 Jahre und einem Höchstalter von 42 Jahren bei Frauen und 55 Jahren bei Männern). **Die Behandlung findet ausschließlich in Behandlungszentren statt, die dem Netzwerk „Red DKV de Servicios Sanitarios“ angehören (eigene Mittel) sowie nach vorheriger Autorisierung durch DKV Seguros und mit einer Karenzzeit von 48 Monaten.**

Was die zur Anwendung kommenden Techniken betrifft, so sind zwei Versuche zur künstlichen Insemination und ein Versuch zur In-vitro-Fertilisation (IVF) versichert.

Ist die medizinische Versorgung bei einem Sportunfall mit Knochenbruch gedeckt?

Ja, sofern es sich nicht um die professionelle Ausübung einer Sportart oder einen offiziellen Wettkampf bzw. Wettbewerb oder einer als Risikosport definierten Aktivität handelt.

Ist die medizinische Versorgung im Ausland mit versichert?

Durch das Versicherungsprodukt „DKV Mundisalud“ werden Rechnungen für Behandlungen im Ausland in Abhängigkeit von der vertraglich vereinbarten Modalität bis zu den Höchstgrenzen erstattet, die in der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen festgelegt sind, die als Anhang den Besonderen Versicherungsbedingungen beigelegt ist; Voraussetzung ist, dass die versicherte Person mindestens neun Monate im Jahr in Spanien ansässig ist.

Dazu kommt eine ergänzende Reiseversicherung, die für alle Deckungsmodalitäten gilt und die beim Auftreten eines Notfalls durch eine Erkrankung oder einen Unfall die medizinische Versorgung **für max. 180 Tage je Auslandsaufenthalt oder Reise gewährleistet** (hierzu Anhang I).

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

Wählen Sie die Nummer +34 913 790 434.

Dort werden Sie über die für den Erhalt der notwendigen medizinischen Versorgung notwendigen Schritte informiert und man teilt Ihnen auch die nächstgelegene medizinische Einrichtung mit, bei der Sie diese Versorgung erhalten.

Krankenhauseinweisungen

Was muss ich bei einer geplanten stationären Behandlung beachten?

Eine geplante stationäre Behandlung in einem dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsdienstleistungen angehörenden Krankenhaus muss vorher von DKV Seguros autorisiert werden (informieren Sie sich unter **AUTORISIERUNGEN** im Abschnitt „Wir beantworten Ihre Fragen“ darüber, für welche medizinischen Leistungen eine vorherige Autorisierung erforderlich ist).

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

Erfolgt eine Einweisung in eine private, nicht dem „Red DKV de Servicios Sanitarios“ angehörende Klinik, ist eine vorherige Autorisierung nicht notwendig. Wenn Sie Ihren

Erstattungsantrag zur Bearbeitung einreichen, benötigen wir die angefallenen Rechnungen, die ärztliche Einweisung und den Arztbericht.

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 dem „Red de Servicios Sanitarios“ genannten DKV-Netzwerk für Gesundheitsdienstleistungen angehören, muss die stationäre Aufnahme sobald als möglich, jedoch in jedem Fall innerhalb einer Frist von 72 Stunden gemeldet werden.

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

Im Versicherungsschutz eingeschlossen ist ein Einzelzimmer mit Bett für eine Begleitperson, außer bei stationären psychiatrischen Behandlungen,

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 diese schriftlich an eines unserer Büros oder an die Kundenschutzabteilung (Defensa del Cliente) senden. Hierzu können Sie sich an den Firmensitz der DKV Seguros wenden: Torre DKV, Avenida María Zambrano 31, 50018 Zaragoza, oder per E-Mail an: defensacliente@dkvseguros.es Sie können sich aber auch telefonisch unter der Rufnummer 976 506 000 an unseren Service zur Kundenbetreuung wenden.

Ebenso können Sie sich an die Beschwerdestelle der Generaldirektion für Versicherungen und Pensionskassen senden: Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Paseo de la Castellana 44, 28046 Madrid.

In diesem Fall ist es erforderlich, zuvor eine Beschwerde bei der Kundenschutzabteilung (Defensa del Cliente) der DKV-Seguros einzureichen. (Nähere Informationen über das Verfahren finden Sie im Abschnitt „Einleitende Vertragsklausel“).

Plan für ein gesundes Leben: „Vive la Salud“

DKV Seguros stellt ihren versicherten Personen die Möglichkeit zur Verfügung, **auf das Programm für ein gesundes Leben, „Vive la Salud“**, zuzugreifen, mit dem Aktivitäten zur Gesundheit gefördert werden und bestimmten Krankheiten vorgebeugt werden soll. Diese Aktivitäten stehen online über die Internetseite zur Verfügung und werden unterstützt durch die telefonischen medizinischen Beratungsdienste.

a) Die Ziele dieser Programme sind:

- > Sich gesunde Lebensgewohnheiten anzueignen.
- > Bereits angenommene, angemessene Lebensgewohnheiten zu festigen.
- > Die Vermittlung von Wissen zur Vorbeugung gegen Risikofaktoren von Krankheiten.
- > Es wird gelehrt, wie man Krankheiten frühzeitig erkennt und welche Maßnahmen zu ergreifen sind.

- > Persönliche medizinische Beratung: Festlegung eines persönlichen Gesundheitsplans mit konkreten Zielen und kontinuierlicher Unterstützung, um diese zu erreichen.
- > Bereitstellung von effektiven vorbeugenden Aktivitäten.
- > Die Führung eines gesunden Lebens und Komplikationen vorzubeugen, wenn bereits ein Gesundheitsproblem vorliegt.

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

- > Informationen, Kurse und die Teilnahme an Veranstaltungen.
- > Online-Tools zur Bewertung, Kontrolle und zum Monitoring.
- > Individuelle medizinische Fernbetreuung zum Erreichen der therapeutischen Ziele.

b) Die Programme, die laufend erweitert werden, sind folgende:

1. Vida Saludable, ein gesundes Leben

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

2. Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen

Das Programm wendet sich an versicherte Personen, die einige der am häufigsten vorkommenden kardiovaskulären Risikofaktoren aufweisen: Bluthochdruck, Cholesterin, Bewegungsarmut, Tabakkonsum usw. Das Programm stellt individuelle Betreuung zur Verbesserung der Selbstkontrolle und zur Vermeidung von Komplikationen zur Verfügung.

3. Gesunde Schwangerschaft und Entbindung

Dieser Service wendet sich an alle volljährigen versicherten Frauen, die schwanger sind. Das Programm zielt darauf ab, dass allen schwangeren Versicherten von DKV Seguros Informationen und spezifische Beratung über bestimmte Aspekte im Zusammenhang mit der Schwangerschaft, der Geburt, der Zeit nach der Geburt sowie zur Betreuung des Neugeborenen zur Verfügung gestellt werden mit dem

Ziel, ihre Kenntnisse und ihr Verhalten, die sich positiv auf den Verlauf der Schwangerschaft, die Geburt und die Zeit nach der Geburt auswirken, zu verbessern.

4. Übergewicht

Das Programm wendet sich an versicherte Personen über 18 Jahre, die bereits an Übergewicht oder Fettleibigkeit leiden. Ziel ist es, mit Hilfe von Ernährungsberatern, die personalisierte Diäten und sportlich abgestimmte Übungen erarbeiten, eine Gewichtsreduzierung zu erreichen.

5. Übergewicht bei Kindern

Dieses Programm richtet sich an Versicherte, die Eltern von Kindern mit Übergewicht oder Fettleibigkeit sind. Das Hauptziel dieses Programms ist es, mit Hilfe von für Kinder erarbeitetem Material und einer personalisierten Beratung durch Ernährungsberater, Kinder zum Erwerb gesunder Ernährungsgewohnheiten zu erziehen.

6. Elternschule

Dieses Programm zielt darauf ab, eine angemessene Entwicklung der Kinder zu erreichen und ihnen von der Geburt an und bis zum Jugendalter gesunde Lebensgewohnheiten zu vermitteln. Es bietet Eltern Informationen über Säuglingspflege (Nahrung, Hygiene, Impfungen, Unfallverhütung, Spiele, Kleidung usw.) und zudem die Bereitstellung von Online-Beratung zu den verschiedenen Stadien des

Wachstums und der Reife von Kindern (Kindheit, Pubertät und Adoleszenz) sowie einen individuellen Plan, damit das Kind gesund aufwächst.

7. Brustkrebsvorsorge Dieses Programm richtet sich an alle versicherten Frauen, die über 35 Jahre alt sind. Das Ziel ist die effektive Brustkrebsvorsorge und die möglichst frühzeitige Erkennung. Das Programm stellt eine personalisierte Beratung zur Verfügung und gibt Empfehlungen zu den effektivsten Vorsorgemaßnahmen, bezogen auf die persönlichen Charakteristiken jeder Versicherten.

8. Prostatakrebsvorsorge Dieses Programm richtet sich an alle versicherten Männer, die über 45 Jahre alt sind. Das Ziel ist die effektive Prostatakrebsvorsorge und die möglichst frühzeitige Erkennung. Das Programm stellt eine personalisierte Beratung zur Verfügung und gibt Empfehlungen zu den effektivsten Vorsorgemaßnahmen, bezogen auf die persönlichen Charakteristiken jedes Versicherten.

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 einer

vaginalen zytologischen Untersuchung in regelmäßigem Abständen, um dysplastische Läsionen frühzeitig 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 es ermöglicht mit Hilfe von Online-Tools, die Risikofaktoren zu bewerten und hilft dabei, diese zu vermeiden. Zu diesem Programm gehört auch ein Expertenteam für Prävention und gesunde Lebensweise, das fortlaufende, individuelle Beratung zur Verfügung stellt.

11. Prävention von Schlaganfällen

Der Schlaganfall (auch Apoplex oder Insult) ist in Spanien gegenwärtig, nach der ischämischen Herzerkrankung, die zweithäufigste Todesursache. Er wird definiert als plötzliche Entwicklung von Veränderungen in der Gehirnfunktion, die länger als 24 Stunden andauern und eine entweder hämorrhagische oder ischämische Ursache haben. Das Schlaganfallpräventionsprogramm richtet sich an die erwachsene Bevölkerung und vor allem an Personen mit Risikofaktoren oder einer

Vorgeschichte zu kardiovaskulären Erkrankungen (Diabetes, Hypertonie, erhöhter Cholesterinspiegel und Übergewicht). Dieses Programm bietet den versicherten Personen online Hilfstools zur Bewertung der Risikofaktoren an. Ein Team von erfahrenen Fachärzten unterstützt sie durch ein Programm mit individualisierter und fortlaufender Betreuung dabei, gesunde Lebensgewohnheiten zu erlangen.

12. Prävention von arbeitsbedingtem

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

c) Zugang:

Der Zugang zu diesem Programm ist ausschließlich über das Internet möglich unter: **www.programas.vivelasalud.com**

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

**DKV Club Salud
y Bienestar, der
Club für Gesundheit
und Wohlbefinden**

Durch den Vertragsabschluss der Krankenversicherung „DKV Mundisalud“ erhält der Versicherte, sowohl in der Modalität Individual als auch als Gruppenversicherung, Zugang zu den digitalen Gesundheitsleistungen und den zusätzlichen Premiumleistungen des DKV Clubs für Gesundheit und Wohlbefinden „DKV Club Salud y Bienestar“, die sich vom Versicherungsschutz unterscheiden und nachfolgend aufgeführt sind.

Die Einzelheiten für den Zugang zu diesen Serviceleistungen finden Sie auf der Internetseite www.dkvclubdesalud.com, oder Sie können diese telefonisch unter den Telefonnummern erfragen, die im „Cuadro Médico“ genannten Ärzte- und Klinikverzeichnis genannt sind.

1. Digitale Gesundheitsleistungen

a) Telefonische Beratung

1.1 Beratungsservice 24 Stunden

Den Versicherten der DKV Seguros steht ein telefonischer 24 Stunden-

Beratungsservice durch medizinisches und administratives Personal zur Verfügung, das auf die Koordination und Aktivierung von medizinischer Versorgung zu Hause spezialisiert ist; je nach dem gewählten Versicherungsschutz und der geografischen Lage des Wohnortes.

1.2 DKV Arztberatungsservice 24 Stunden

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

1.3 Kinderärztlicher Beratungsservice 24 Stunden

Telefonischer Beratungsservice, bei dem auf Kinderheilkunde spezialisierte Ärzte den bei DKV Seguros Versicherten Informationen bieten, um Sorgen und Zweifel hinsichtlich auftretender Krankheitssymptome, Diagnostiktests

oder allgemeine Gesundheitsprobleme der Versicherten, die noch keine 14 Jahre alt sind, aufzuklären.

1.4 Medizinischer Telefonservice zu Übergewicht bei Kindern

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

1.5 Medizinischer Telefonservice bei Schwangerschaft

Dieser Service stellt den bei DKV Seguros versicherten schwangeren Frauen telefonisch medizinische Beratung durch Ärzte oder Spezialisten für Schwangerschaft und Geburtshilfe zur Verfügung; diese geben Informationen und klären Sorgen und Zweifel hinsichtlich auftretender Krankheitssymptome, Diagnosetests und allgemeiner Gesundheitsprobleme sowie spezieller, im Zusammenhang mit der Schwangerschaft stehender Medikamente auf.

1.6 Medizinischer Telefonservice für Frauen

Dieser Service stellt den bei DKV Seguros versicherten Frauen telefonisch medizinische Beratung durch weibliche Ärzte zur Verfügung; diese geben

Informationen und klären Sorgen und Zweifel hinsichtlich auftretender Krankheitssymptome, Diagnosetests und allgemeiner Gesundheitsprobleme oder Medikamente, die im Zusammenhang mit Frauenkrankheiten stehen.

1.7 Medizinischer Telefonservice zu Sportmedizin

Dieser Service bietet den Versicherten von DKV Seguros telefonische, auf Sportmedizin bezogene Beratung durch Experten in Sportmedizin und auf Ernährung spezialisierte Ärzte und Berater und stellt entsprechende Informationen zur Verfügung, beseitigt Sorgen und Zweifel bezüglich der Prävention von Verletzungen, gibt Auskunft über ein angepasstes Training beim Sport sowie Beratung bei den Krankheitsgeschehen, bei denen sportliche Betätigung ein Teil der ärztlich verordneten Therapie ist.

1.8 Medizinischer Telefonservice zu Ernährungsfragen

Diese Leistung stellt den bei DKV Seguros versicherten Person eine telefonische Ernährungsberatung durch Ärzte oder Diät- und Ernährungsberater zur Verfügung, um Informationen bereitzustellen und Zweifel hinsichtlich der Gesundheitsvorsorge aufzuklären sowie zur Ernährungskontrolle bei Krankheitszuständen, für welche die Diättherapie vom behandelnden Arzt als Teil der Behandlung verschrieben wurde.

1.9 Telefonservice Tropenmedizin

Dieser Service stellt den bei DKV Seguros Versicherten medizinische Beratung sowohl telefonisch als auch online zur Verfügung, um Informationen zur Verfügung zu stellen und Sorgen und Zweifel hinsichtlich auftretender Krankheitssymptome, Diagnosetests, allgemeiner Gesundheitsprobleme sowie zu Prophylaxe und über spezielle, in diesem Fachgebiet verwendete Arzneimittel, aufzuklären.

1.10 Medizinischer Telefonservice zur psychologischen Unterstützung

Der Versicherte kann sechs psychologische Beratungen von jeweils dreißig Minuten pro Jahr wahrnehmen und Informationen von einem qualifizierten Team von Psychologen einholen, das sich jedem Fall individuell widmet.

Der Service steht an Werktagen von 8:00 Uhr bis 21:00 Uhr zur Verfügung, die Beratung erfolgt nach vorheriger Terminvereinbarung.

b) Kostenfreies Tool zur Selbstfürsorge

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

Bei der App "**Quiero cuidarme +**" handelt es sich um ein kostenfreies Tool zur Selbstfürsorge, das der gesamten Öffentlichkeit zur Verfügung steht.

Mit dieser App lässt sich der Index für ein gesundes Leben (abgekürzt nach der spanischen Bezeichnung IVS) berechnen, ein Wert zwischen 0 und 1000 bezogen auf Ihren Lebensstil, der auf der Grundlage von neun Indikatoren ermittelt wird (BMI, Blutzucker, Cholesterin, Blutdruck, Schlafqualität, emotionales Wohlbefinden, körperliche Aktivität, Tabakkonsum und Ernährung).

Darüber hinaus können Sie sich zur Teilnahme an Aktionsplänen einschreiben, um an verbesserungswürdigen Indikatoren zu arbeiten.

c) App zur medizinischen Beratung rund um die Uhr mit Symptomchecker

Die App, mit der Sie jederzeit und von überall aus Fragen stellen und Sorgen und Zweifel klären können.

Dieser Service beinhaltet einen Symptomchecker, 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 haben die Möglichkeit, auf alle Ihre vorherigen Konsultationen zuzugreifen. All das auf eine einfache, sichere Weise und unter vollständiger Wahrung der Vertraulichkeit.

d) Diario de salud: Ihr persönliches Gesundheitstagebuch, in das Sie alle Ihre Termine und die sonstigen Aktivitäten rund um das Thema Gesundheit eintragen können.

e) Carpeta de salud: Ihr Gesundheitsordner; in diesem Ordner können Sie alle Ihre Arztberichte auf eine sichere Weise abspeichern und die Ergebnisse von Labortests und sonstigen Untersuchungen werden automatisch hier eingestellt.

2. Ärztliche Zweitmeinung bei schwerer Erkrankung

2.1 Ärztliche Zweitmeinung

Mit Hilfe dieses Services hat der Versicherte oder sein Arzt im Falle einer schweren Erkrankung kostenfrei Zugang zu Fernberatung und zur Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung durch einen der weltweit besten Spezialisten.

Diese Spezialisten beurteilen die Krankengeschichte und teilen ihre Meinung über die Diagnose und ggf. alternative Behandlungsformen mit.

2.2 Zweitmeinung bei bioethischen Fragen

Mit Hilfe dieses kostenfreien Services hat der Versicherte oder sein Arzt bei schweren Erkrankungen kostenfreien Zugang zu Fernberatung und zur Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung durch Experten in

Bioethik, die absolut vertraulich und aus der Ferne ihre medizinische Vorgeschichte beurteilen und ihre Meinung zu den bioethischen Aspekten einer medizinischen Behandlung oder einer schwierigen medizinischen Entscheidung mitteilen.

3. Leistungen zur Mundgesundheit

Dieser Service stellt den bei DKV Seguros Versicherten Zugang zu zahnmedizinischen Leistungen, die nicht im Versicherungsschutz eingeschlossen sind, zu sehr vorteilhaften Konditionen zur Verfügung, wenn für die Behandlung Zahnkliniken des Netzwerkes „Red DKV de Servicios Sanitarios“ aufgesucht werden, die der vertraglich abgeschlossenen Modalität entsprechend verfügbar sind.

Zudem umfasst die Krankenversicherung **DKV Mundisalud Premium** sowohl in der Modalität Individual als auch als Kollektiv-Versicherung die Kostenerstattung für erbrachte zahnärztliche Leistungen, die unter Absatz 5.n „Ausgeschlossene Deckungsleistungen“ aufgeführt und für die restlichen Versicherungsmodalitäten ausgeschlossen sind. Für die Erstattung gelten die Höchstgrenzen, die in der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen angegeben sind, die den Allgemeinen Versicherungsbedingungen angehängt ist.

Bei jeder Verlängerung des Versicherungsvertrags hat DKV Seguros das Recht, die Zahnärzte, die dem „Red DKV de Servicios Sanitarios“ genannten Netzwerk für Gesundheitsdienstleistungen angehören, die Zuzahlungen für zahnärztliche Leistungen sowie die in der Versicherung enthaltenen Leistungen zur Mundgesundheit zu ändern.

4. Zusätzliche Premiumleistungen

Die versicherte Person hat - direkt oder mittels Ermäßigungsgutscheinen - Zugang zum Dienstleistungsnetzwerk des DKV Clubs Gesundheit und Wohlbefinden, dem „Red de Servicios DKV Club Salud y Bienestar“, hat jedoch die Kosten der Behandlungen zu tragen. Durch diesen Club kann der Versicherte verschiedene ergänzende Serviceleistungen in Anspruch nehmen, die zur Förderung der Gesundheit, zur Prävention, zu ästhetischen Veränderungen, zur persönlichen Pflege, zur Wiederherstellung des körperlichen als auch des emotionalen Wohlbefindens dienen, sowie zu medizinischen Leistungen und Familienhilfen verschiedener Ausrichtungen und erhält Preisnachlässe und/oder Spezialtarife, die unter den marktüblichen Preisen liegen.

Jeweils abhängig von der Art der Serviceleistung, die die versicherte Person im Netzwerk „Red de Servicios DKV Club Salud y Bienestar“ in Anspruch nehmen möchte, werden zwei Arten des Zugangs unterschieden:

- > **Der direkte Zugang zur Dienstleistung:** Die versicherte Person informiert sich auf der Website **www.dkvclubdesalud.com** www.dkvclubdesalud.com über die Tarife der verfügbaren Zentren oder Leistungserbringer, vereinbart selbst einen Termin und identifiziert sich bei Ankunft im Zentrum mit seiner Gesundheitskarte oder der Versicherungsnummer von DKV Seguros. **Dies ist notwendig, damit der Leistungserbringer den Sonderpreis des DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden berechnen kann.** Abschließend zahlt die versicherte Person den Betrag für die Serviceleistung direkt an den Leistungserbringer.
- > **Zugang mit Ermäßigungsgutschein:** in anderen Fällen ist es zur Inanspruchnahme einiger Serviceleistungen des Netzwerkes „DKV Club Salud y Bienestar“ allerdings notwendig, im Voraus einen Ermäßigungsgutschein zu erwerben. Die Gutscheine sind auf der Webseite www.dkvclubdesalud.com, telefonisch unter der Nummer 976 506 010 oder direkt in einer der Filialen von DKV Seguros erhältlich.

Bei jeder Verlängerung des Versicherungsvertrags hat DKV Seguros das Recht, das „Red de Servicios DKV Club Salud y Bienestar“ genannte Netzwerk des DKV Clubs für Gesundheit und Wohlbefinden, die Ermäßigungen, die Preise selbst und die im DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden enthaltenen Serviceleistungen zu modifizieren, neue Serviceleistungen hinzuzufügen oder einige der bestehenden zu streichen; dies mit dem Ziel, das Angebot an die Service-Bedürfnisse der Versicherten anzupassen.

4.1 Serviceleistungen zur Förderung der Gesundheit

4.1.1 Wellness-Dienstleistungen: Heilbäder und städtische Spas

DKV Seguros stellt seinen Versicherten Ermäßigungsgutscheine für den Zugang zu Heilbädern, Hydrotherapie, Bewegungstherapie, Behandlungen zur Drainage oder Hautstraffung zur Verfügung.

Heilbäder: Hierbei handelt es sich um ein Thermalbad mit der Möglichkeit des Aufenthaltes und der Übernachtung, es dient der Erholung und Behandlung mit Mineralwasser, dessen Nutzen öffentlich anerkannt, dessen therapeutische Wirkung geprüft und von der Temperatur, dem Druck, der chemischen Zusammensetzung, der Radioaktivität, der Bakterienflora und den gelösten Gasen abhängig ist.

Städtische Spas: Diese befinden sich in städtischen Zentren, und im Gegensatz zu Heilbädern verbringen die Kunden in ihnen nur wenige Stunden und übernachten dort nicht.

4.1.2 Sport- und Fitnessstudios

Zugang zu den im Netzwerk „Red de Servicios DKV Club Salud y Bienestar“ des DKV Clubs für Gesundheit und Wohlbefinden eingebundenen Sportstudios zu günstigen Sonderkonditionen.

4.1.3 Ernährungs- und Diätberatung

Zugang zum Sonderpreis zu einer persönlichen Beratung zwecks Bewertung der Situation und Ausarbeitung eines Diätplans sowie dessen anschließende Überwachung.

4.2 Präventive Serviceleistungen

4.2.1 Prädiktive genetische Untersuchungen

In Fällen, die nicht von der Versicherung gedeckt sind, Zugang mittels Ermäßigungsgutscheinen zu Untersuchungen, die Informationen über das Risiko einer bestimmten Person liefern, eine spezifische, genetisch bedingte Krankheit zu erleiden. Die Analyse wird normalerweise mittels einer Blutprobe durchgeführt, die in einem Genetiklabor analysiert wird um festzustellen, ob Veränderungen des Gens oder der Gene vorliegen, die im Zusammenhang mit einer Krankheit vorhanden sind. Die durchführbaren

Studien sind unter anderem: Genetischer Test zum pränatalen Screening der ADN im mütterlichen Blut, Test zu Risiken im kardiovaskulären System, das genetische Profil für Übergewicht und die Durchführung des Vaterschaftstests.

4.2.2 Programm zur Raucherentwöhnung

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

4.2.3 Kryokonservierung von Stammzellen aus dem Nabelschnurblut in Nabelschnurblutbanken

Die Transplantation von Stammzellen aus dem Nabelschnurblut ist derzeit eine gängige Behandlungsmethode bei vielen schweren Erkrankungen (Leukämie, Lymphdrüsenkrebs, Neuroblastome, Thalassämie (Erkrankung der roten Blutkörperchen) usw.). Die versicherten Personen, die diese Serviceleistung zu vorteilhaften Konditionen in Anspruch nehmen möchten, können einen Ermäßigungsgutschein erwerben, der die Gewinnung, den Transport, die einleitend erforderlichen Analysen sowie die Einlagerung der Nabelschnurblutstammzellen ihrer Kinder in einer privaten Nabelschnurblutbank für die Zeit von 20 Jahren umfasst (mit der Möglichkeit einer Verlängerung).

4.2.4 Biomechanische Studie für den korrekten Gang (Biomechanische Ganganalyse)

Dieser Service ermöglicht den Versicherten mittels eines Ermäßigungsgutscheins den Zugang zu Podologen, die vertragliche Bindungen mit DKV Seguros haben und einem Netzwerk angehören, die auf die Entwicklung und die Herstellung von individuellen Einlagen spezialisiert sind und garantiert die erforderlichen, fortlaufenden Kontrollen.

4.3 Kosmetische oder ästhetische medizinische Serviceleistungen

4.3.1 Refraktive Laserchirurgie bei Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit und Astigmatismus

DKV Seguros stellt ihren Versicherten zu vorteilhaften Konditionen über den Erwerb von Ermäßigungsgutscheinen ein besonderes Netzwerk von Augenkliniken zur Verfügung, die sich auf mit Laser zu behandelnde Refraktions-Fehlstellungen (Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit und Hornhautverkrümmung) spezialisiert haben.

4.3.2 Laser-Chirurgie der Presbyopie (Alterssichtigkeit)

Die Presbyopie, auch als Alterssichtigkeit bekannt, ist eine Sehstörung, die in der Regel zwischen dem 40. und dem 45. Lebensjahr eintritt und sich in der abnehmenden Fähigkeit des Auges äußert, sich

anzupassen. Dadurch hat der Patient Schwierigkeiten, in der Nähe zu sehen. DKV Seguros bietet seinen Versicherten über den Erwerb eines Ermäßigungsgutscheins zu günstigen Konditionen den Zugang zu einem Vertragsnetzwerk von Augenkliniken, die auf chirurgische Korrekturen durch die Implantation von intraokularen Linsen spezialisiert sind.

4.3.3 Ästhetische Medizin und Chirurgie

Beinhaltet durch

Ermäßigungsgutscheine den Zugang zu vorteilhaften Konditionen zu einer Beratung und einem breitgefächerten Angebot an nicht invasiven Gesichts- und Körperbehandlungen (Peelings, Hautflecken, Lymphdrainage, Hautstraffungen usw.) sowie zu chirurgischen Behandlungen, wie Brustplastik, Bauchdeckenstraffung usw.

4.4 Ergänzende medizinische Serviceleistungen

4.4.1 Behandlungen in der assistierten Reproduktion

DKV Seguros stellt den versicherten Personen über den Erwerb eines Ermäßigungsgutscheins ein Netz von auf die Diagnose und Behandlung der Unfruchtbarkeit spezialisierter Kliniken zu vorteilhaften Konditionen zur Verfügung. Diese Kliniken wenden die fortschrittlichsten Techniken der assistierten Reproduktion an, wie die

In-vitro-Fertilisation (IVF), die künstliche Befruchtung, die Übertragung von Embryonen bzw. die Kryopräservierung von Eizellen, Sperma und Embryonen, falls dies erforderlich ist.

4.4.2 Alternative Therapien

DKV Seguros stellt ihren Versicherten im Rahmen des Netzwerkes „Red de Servicios DKV Club Salud y Bienestar“ des DKV Clubs für Gesundheit und Wohlbefinden ein Netz von Homöopathen, Akupunkteuren sowie diplomierten Fachkräften für Osteopathie und Chiropraktik für Beratung und Behandlung zu Sonderpreisen 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 Therapien, ergänzend zur Schulmedizin oder der konventionellen Medizin, zur Behandlung von Funktionsstörungen

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

4.4.3 Psychologie

Zugang zu den Psychologen des Netzwerks „Red de Servicios DKV Club Salud y Bienestar“ des DKV Clubs für Gesundheit und Wohlbefinden zu Sonderpreisen; zur Durchführung psychologischer oder psychometrischer Tests und/ oder zu Psychotherapiesitzungen, **wenn die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegte jährliche Höchstgrenze pro Versichertem überschritten ist.**

4.4.4 Beratung durch Fachärzte, Diagnosemittel und/oder ambulante Behandlungen

Im Falle von DKV Mundisalud Hospitalización erhalten Sie gegen Vorlage Ihrer DKV MEDICARD® Zugriff auf die Sonderpreise des Clubs für Gesundheit und Wohlbefinden „DKV Club Salud y Bienestar“ für Leistungen, die durch die Modalität Ihrer Versicherung nicht gedeckt sind (weitere Einzelheiten auf der Website www.dkvclubdesalud.com).

4.5 Serviceleistungen zur Selbstfürsorge

4.5.1 Hörgesundheit

Ermöglicht über den Erwerb eines Ermäßigungsgutscheins die

Durchführung eines Hörtests durch ein im Netzwerk der Hörzentren des DKV Clubs für Gesundheit und Wohlbefinden eingetragenes Zentrum sowie den Erwerb von Hörgeräten zu vorteilhaften Konditionen.

4.5.2 Haargesundheit

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

4.5.3 Serviceleistungen im Bereich der Optik

Die versicherte Person kann mittels des Erwerbs eines Ermäßigungsgutscheins bedeutende Preisvergünstigungen bei den dem Netz des DKV Clubs für Gesundheit und Wohlbefinden angehörenden Optikern für den Erwerb von Sehhilfen (Brillenfassungen und Brillengläser), Kontaktlinsen sowie der dazugehörigen Hygiene- und Reinigungsmittel erhalten.

4.5.4 Serviceleistungen im Bereich der Orthopädie

Über den Erwerb eines Ermäßigungsgutscheins bietet dieser Service die Möglichkeit des Kaufs

orthoprothetischer Mittel zu sehr wettbewerbsfähigen Preisen.

4.5.5 Online-Apotheke für den Verkauf rezeptfreier Arzneimittel und von Drogerieartikeln

Die versicherte Person erhält durch den Erwerb eines Ermäßigungsgutscheins die Möglichkeit, zu günstigen und vorteilhaften Konditionen gewisse Apotheken- und Drogerieprodukte (Kosmetika, Sonnenschutzmittel, Insektenabwehrmittel usw.) zu erwerben, die - ohne Medikamente zu sein - aktiv zum Wohlbefinden und zur Gesundheit des Menschen beitragen.

4.6 Serviceleistungen zur Rehabilitation

4.6.1 Sprachtherapie für die Wiedererlangung der Sprachfähigkeit bei Störungen der Lautbildung, der Sprache oder Aussprache

DKV Seguros stellt ihren Versicherten zu speziellen Tarifen pro Sitzung Behandlungen im Bereich der Logopädie bei Störungen der Lautbildung, der Aussprache oder der Sprache zur Verfügung; dies gilt für Krankheitsbilder, die nicht unter den Versicherungsschutz fallen (nervlich bedingte Störungen, Störungen der Spracherlernung, bei Legasthenie, Sprachstörungen wie Dyslalie, Stottern, usw.).

4.6.2 Therapien bei obstruktiver Schlafapnoe

Dieser Service ermöglicht mittels eines Ermäßigungsgutscheins zu vorteilhaften Konditionen den Kauf des CPAP (zur nasalen positiven und kontinuierlichen Überdruckbeatmung) oder BiPAP (positiver Druck auf zwei Ebenen auf den Luftweg) für die Beatmung zu Hause. Diese Geräte erlauben Patienten mit einer Hypersomnie (Tagesschläfrigkeit), die ihre Aktivität einschränkt und/oder mit Risikofaktoren (Bluthochdruck, kardiovaskuläre, zerebro-vaskuläre Krankheiten sowie eine im Hinblick auf Verkehrsunfälle risikoreiche Tätigkeit) die Versorgung mit Überdruckluft zu Hause während des Schlafes. Gleichzeitig ist der Zugang zu Behandlungen mit der intraoralen Unterkieferprotrusionsschiene möglich.

4.6.3 Trainings- oder Rehabilitationsprogramm für den Beckenboden

Die versicherte Person kann zudem mittels eines Ermäßigungsgutscheins des DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden am Programm für Training oder Rehabilitation des Beckenbodens mit dem Birdi-Kit teilnehmen, das auf den Übungen nach Kegel basiert. Über Handy oder PC/Tablet werden über ein Web-Portal die Übungen monitorisiert und die Aktivitäten der Beckenbodenmuskulatur registriert und können so von der Nutzerin bzw. dem Arzt verfolgt werden.

4.7 Sozio-sanitäre Serviceleistungen und Leistungen zur Familienhilfe

4.7.1 Betreuungsdienst bei Krankenhausaufenthalten für betreuungsbedürftige Personen und für Alleinstehende

Eine medizinische Fachkraft wird Sie während Ihres stationären Aufenthaltes 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 und zeigen Ihnen Rückbildungsübungen. Sie nehmen sich auch der Entwicklung der Mutter an, achten auf Anzeichen von Angstzuständen und Depressionen sowie auf die Fortschritte des Neugeborenen, helfen beim Stillen, der Nahrungszubereitung sowie der Hygiene der Mutter und des Neugeborenen.

4.7.3 Häusliche Serviceleistungen

Dienstleistungen, die durch qualifiziertes Personal erbracht werden und eine Reihe von nützlichen Tätigkeiten beinhalten für Personen, die eine Minderung ihrer Selbstständigkeit und ihrer persönlichen Bewegungsfähigkeit haben, die mit Schwierigkeiten beim Aufstehen, Duschen, Ankleiden sowie der Zubereitung der täglichen Mahlzeiten

verbunden sind und die einen ständigen Krankenpfleger benötigen.

a) Persönliche Pflege Fachkräfte unterstützen den Versicherten bei der persönlichen Körperhygiene und der Mobilität im häuslichen Umfeld und helfen beim Wechsel der Körperhaltung bei bettlägerigen Personen.

b) Hauswirtschaftliche Hilfe Das erfahrene Fachpersonal erledigt für Sie die Einkäufe, unterstützt Sie bei der Reinigung des häuslichen Umfelds und sogar bei der Zubereitung der Mahlzeiten.

4.7.4 Service einer Teleassistenz 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; Zugang zum Service besteht durch ein spezielles Gerät. Hierbei handelt es sich um mobile oder fest installierte Geräte, die für Notfälle ständig mit einer Alarmzentrale verbunden sind.

4.7.5 Leistungen zur Wohnraumanpassung

Hierbei handelt es sich um eine Vielzahl von Maßnahmen, die sich mit der Anpassung des Wohnraums an Ihre Bedürfnisse befassen. Diese Produkte erlauben es, den Zugang und

die Mobilität innerhalb des gesamten Wohnraums zu verbessern.

4.7.6 Netzwerk von Seniorenheimen

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

4.7.7 System des betreuten Wohnens

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

Dieser Service stellt den Versicherten von „DKV Mundisalud“ für programmierte medizinisch-chirurgische Krankenhauseinweisungen ein umfangreiches Netzwerk von ausgewählten Krankenhäusern und Kliniken in den USA zur Verfügung.

Versicherte, die eine Behandlung in einem dieser Krankenhäuser wünschen, immer vorausgesetzt eine vorherige Beantragung und ausdrückliche

Autorisierung durch DKV Seguros, müssen für die Gesamtkosten aller veranschlagten Rechnungen nicht in Vorleistung gehen um danach die Erstattung bei DKV Seguros zu beantragen; sie haben lediglich den Betrag, der durch die abgeschlossene Police nicht gedeckt ist, zu bezahlen (wo dies möglich ist); um den Ausgleich des restlichen, von der Versicherung gedeckten Betrags kümmert sich DKV Seguros.

Wenn der Kunde es wünscht, kümmert sich DKV Seguros auch um die Erledigung aller Formalitäten und Vorbereitungen der Reise sowie den Transport zum Krankenhaus.

6. Die telefonische Servicezentrale

Beratungen, Informationen und Autorisierungen

Die bei DKV Seguros versicherten Personen können sich bei unserem telefonischen Kundenservice über das „Cuadro Médico“, also das Ärzte- und Klinikverzeichnis der DKV, informieren, sie können Autorisierungen beantragen, Versicherungspolizen oder Verträge zu Serviceleistungen unseres Unternehmens abschließen sowie Anregungen vorbringen und so gut wie alle möglichen Vorgänge erledigen, ohne hierfür persönlich bei einer Geschäftsstelle vorbeigehen zu müssen.

Allgemeine Versicherungs- bedingungen

1. Einleitende Vertragsklausel

Der vorliegende Vertrag unterliegt den Bestimmungen des spanischen Versicherungsvertragsgesetzes (Ley de Contrato de Seguro) 50/1980 vom 8. Oktober.

Die Aufsicht über die Versicherungstätigkeit von DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E. (im Folgenden „DKV Seguros“) mit Sitz im Torre DKV, Avenida Maria Zambrano 31 in 50018 Saragossa, 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:

- > Informationsdokument und vertragsvorbereitende Unterlagen (Versicherungsantrag)
- > Gesundheitserklärung
- > Allgemeine Versicherungsbedingungen

- > Besondere Versicherungsbedingungen
- > Sonderbedingungen (die zu diesem Vertrag 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 Wahrung ihrer Interessen und zur Lösung von mit DKV Seguros entstehenden Konfliktsituationen jederzeit an folgende Beschwerdestellen wenden:

An jedes Büro von DKV Seguros, an die Kundenschutzabteilung der DKV Seguros, oder an unseren Kundenservice.

Beschwerden können per Post an die folgende Anschrift gesendet werden: Defensa del Cliente de DKV Seguros, Torre DKV, Avenida Maria Zambrano 31, 50018 Zaragoza, oder per E-Mail an: defensacliente@dkvseguros.es, oder per Telefon bei unserem Kundenservice, den Sie unter der Rufnummer 976 506 000 anwählen können.

Der Kunde kann wählen, in welcher Form er die Antwort erhalten möchte und an welche Anschrift diese gesendet werden soll. Die Beschwerde wird schriftlich innerhalb von zwei Monaten beantwortet, wenn zuvor keine andere Form festgelegt wurde. In allen Geschäftsstellen des Unternehmens liegen die Regelungen zur Kundenbetreuung von DKV Seguros zur Einsichtnahme bereit.

Ist die genannte Frist abgelaufen und ist der Kunde mit der vorgeschlagenen Lösung nicht einverstanden, kann er sich an die Beschwerdestelle der Generaldirektion der Versicherungen und Pensionskassen (Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones) mit Sitz am Paseo de la Castellana 44, in 28046 Madrid, wenden.

Nachdem die zuvor durch DKV erfolgte Bearbeitung der Beschwerde bestätigt ist, wird ein Untersuchungsverfahren eingeleitet.

Unbeschadet des vorstehenden Beschwerdeverfahrens hat der Kunde die Möglichkeit, eine Klage beim zuständigen Gericht einzureichen.

2. Grundkonzepte. Begriffsbestimmungen

Für den vorliegenden
Versicherungsvertrag gelten folgende
Begriffsbestimmungen:

A

Antiangiogenese (medikamentöse Methode, die Gefäßbildung bei Tumor- und anderen Erkrankungen einzudämmen)

Biologisches Medikament, das
auf die vaskulären endothelialen
Wachstumsfaktoren (die englische
Abkürzung VEGF für Vascular
Endothelial Growth Factor ist
international üblich) einwirkt,
unabdingbar zur Bildung neuer
Blutgefäße (Angiogenese), und deren
Wachstum unterbindet.

Arzt

Ein medizinisch ausgebildeter
Heilkundiger mit Studienabschluss oder
Dokortitel in Medizin, der rechtlich dazu
befähigt und autorisiert ist, um auf dem
Gebiet der Medizin tätig zu sein und
ärztlich oder chirurgisch eine Krankheit,

ein Leiden oder eine Verletzung zu
behandeln, die der Versicherte erleidet.

Ärztliche und chirurgische Honorare

Es handelt sich hierbei um die
Honorare, die infolge der chirurgischen
Intervention und/oder der ärztliche
Behandlung während eines
Krankenhausaufenthalts entstehen.

Es werden zusammengefasst die
Honorare des operierenden Arztes,
seiner Helfer, des Anästhesisten,
der Hebamme und diejenigen des
unverzichtbaren medizinischen
Personals, das zur durchgeführten
Intervention oder ärztlichen
Behandlung notwendig ist.

Ausschlusszeit

Dies ist der **im Versicherungsvertrag
im Voraus festgesetzte Zeitraum**,
der gezählt wird ab dem für jeden
der Versicherten individuell geltenden
Datum des Inkrafttretens der
Versicherung **in dem einige der
durch die Versicherung garantierten
Deckungsleistungen noch nicht**

wirksam sind; falls sich in diesem Zeitraum die ersten Anzeichen einer Krankheit zeigen oder eine solche diagnostiziert wird, besteht für diese Erkrankung grundsätzlich kein Leistungsanspruch, diese wird von der Deckung ausgeschlossen.

Dieser Zeitraum wird in Monaten berechnet, die gezählt werden ab dem Datum des Inkrafttretens des Versicherungsschutzes und er gilt individuell für jede einzelne der in die Versicherung aufgenommenen Personen.

B

Biologische und künstliche Materialien

Ebenfalls biologische Prothesen genannt, diese werden mittels einer speziellen Technik eingepflanzt und ersetzen, regenerieren oder ergänzen ein Organ oder seine Funktion.

Zu dieser Gruppe gehören Zelltransplantationen zu regenerativen Zwecken.

Biomaterialien

Hierunter versteht man die Materialien, die entweder natürlicher (Biomaterialien mit humaner Herkunft oder die vom Tier stammen) oder künstlicher (von Menschen hergestellte) Art sind und die bei der Herstellung von medizinischen Geräten oder Produkten verwendet werden und mit den

biologischen Systemen interagieren; diese finden in diversen Fachgebieten der Medizin Anwendung.

C

Chirurgie mit stationärer Kurzeintaufnahme

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

Chirurgische Prothesen

Permanente oder temporäre Sanitätsprodukte die im Falle des Fehlens, eines Defektes oder einer Anomalie eines Organs oder einer Körperstruktur deren physiologische Funktion ganz oder teilweise ersetzen oder wieder herstellen.

Chirurgischer Eingriff

Jede Operation, die zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken und durch einen Schnitt oder eine sonstige interne Herangehensweise erfolgt und durch einen Chirurgen oder ein chirurgisches Team durchgeführt wird und für die normalerweise die Benutzung eines OP-Saals in einem hierfür zugelassenen Krankenhaus, Hospital oder Gesundheitszentrum erforderlich ist.

E

Eigene Mittel

Unter eigenen Mitteln oder Eigenmitteln zu verstehen sind Ärzte und Krankenhäuser, die dem DKV Netzwerk „Red DKV de Servicios Sanitarios“ angeschlossen sind.

Enzymatische und/oder molekulare Inhibitoren

Biologische Medikamente, die darauf ausgerichtet sind, zu einem therapeutischen Zweck intra- oder extrazellulär zu agieren und die Generierung sowie Transmission von Signalen auf dem Weg der Zellbildung zu hemmen. Zu dieser therapeutischen Untergruppe gehören Hemmer der enzymatischen Transkription auf verschiedenen Ebenen (zum Beispiel Proteinkinase-Inhibitoren, Tyrosinkinase-Inhibitoren Proteasom-Inhibitoren etc.).

F

Fortpflanzungsfähiges Alter

Im Zusammenhang mit Behandlungen zur assistierten Reproduktion wird in dieser Police als fortpflanzungsfähiges Alter angesehen für Frauen das Alter zwischen 18 und bis 42 Jahren, beide eingeschlossen, und für Männer das Alter zwischen 18 und bis 55 Jahren, ebenfalls beide eingeschlossen.

Fremde Mittel

Unter fremden Mitteln oder Fremdmitteln zu verstehen sind die Ärzte und Krankenhäuser, die dem DKV Netzwerk „Red DKV de Servicios Sanitarios“ nicht angeschlossen sind.

Frühgeburt und Fehlgeburt

Unter Frühgeburt oder Fehlgeburt wird die Geburt verstanden, die nach der zwanzigsten Schwangerschaftswoche und vor der siebenunddreißigsten Schwangerschaftswoche erfolgt.

DKV trägt nur dann die bei einer Frühgeburt anfallenden medizinischen Kosten wenn die Versicherte, bevor sie in die Versicherung aufgenommen wurde, nicht schwanger war, oder falls sie schwanger war, dies nicht bekannt war, da keine Anzeichen oder Symptome einer Schwangerschaft vorlagen.

G

Gentherapie oder genetische Therapie

Dieser Prozess erlaubt die Behandlung von Erbkrankheiten, Krebs, Infektionen und anderer Krankheiten durch die Modifizierung von Zellgenomen.

Bei dieser Therapie wird mittels verschiedener Vektoren Genmaterial gezielt in eine Zelle eingeführt, um dadurch einen therapeutischen Effekt zu erhalten (Synthese eines Proteins, das von Interesse ist, Kompensation

eines genetischen Defizits, Stimulation einer Immunantwort gegen einen Tumor oder zur Resistenz gegen eine durch einen Virus verursachte Infektion).

Gesundheitsfragebogen oder Gesundheitserklärung

Ein Formular mit Fragen, das Teil des Versicherungsvertrages ist; dieses Formular wird dem Versicherungsnehmer und/oder Versicherten ausgehändigt und hat zum Ziel, dessen Gesundheitszustand zu bestimmen und die Umstände in Erfahrung zu bringen, die Einfluss auf die Beurteilung des Risikos und auf den Abschluss des Versicherungsvertrags haben könnten.

Große ambulante Chirurgie

Jeder im OP-Saal unter Vollnarkose, lokaler oder regionaler Narkose oder Sedierung vorgenommene chirurgische Eingriff, der nicht intensive postoperative Betreuung von kurzer Dauer erfordert, weshalb auch keine stationäre Aufnahme notwendig ist und bei der der Patient wenige Stunden nach dem Eingriff aus dem Krankenhaus entlassen werden kann.

H

Heil- und Hilfsmittel

Hierbei handelt es sich um Elemente, anatomische Teile und Apparate,

die durch einen Arzt verschrieben und in der Apotheke, bei Optikern, orthopädischen oder ähnlichen Fachgeschäften erworben werden und die entweder bei der Behandlung einer Wunde oder Verletzung Anwendung finden oder zur Vorbeugung oder Korrektur von Deformationen des menschlichen Körpers.

Helikoidale Strahlentherapie (Tomotherapie)

Die bildgeführte helikoidale Strahlentherapie in Echtzeit, die auch Tomotherapie genannt wird, führt ein CT und einen binären linearen mehrschichtigen Beschleuniger (64 Schichten) in ein und derselben Ausrüstung zusammen. Hierbei handelt es sich um eine fortschrittliche Form der Radiotherapie die es ermöglicht, vor der Bestrahlung ein dreidimensionales Bild (3D) des Tumors zu erhalten und die auf den Tumor gerichtete Bestrahlung aus vielen verschiedenen Richtungen erlaubt, da die Strahlungsquelle des Apparats sich spiralförmig um den Patienten dreht. Eine andere Bezeichnung für diese Behandlung lautet helikoidale Tomotherapie.

Hospital, Klinik oder Krankenhaus

Jede öffentliche oder private Einrichtung, die rechtlich dazu autorisiert ist, die Behandlung von Krankheiten, Verletzungen, auch infolge von Unfällen, vorzunehmen, in der ständig ärztliches Personal anwesend

ist und die über die notwendigen Mittel verfügt, um Diagnosen erstellen und Operationen durchführen zu können.

I

Immuntherapie oder biologische Therapie

Die Immuntherapie oder biologische Therapie (manchmal auch Biotherapie oder Therapie der Modifizierung der biologischen Antwort genannt) beruht auf der Modifizierung und Stimulation oder Wiederherstellung der Kapazität des Immunsystems, um gegen Krebs, Infektionen und andere Erkrankungen anzukämpfen. Sie wird ebenfalls angewendet, um bestimmte Nebeneffekte zu verringern, die durch einige onkologische Behandlungen verursacht werden. Die in der antitumoralen Immuntherapie verwendeten Substanzen und Medikamente sind: nicht spezifische Immunmodulatoren, Interferone, Interleukine, koloniestimulierende und wachstumsfördernde Faktoren, monoklonale Antikörper und tumorspezifische Antigene sowie Therapien mit Zytokinen sowie Impfungen.

Implantat

Ein medizinisches Produkt, das geschaffen wurde, um ganz oder teilweise in den menschlichen Körper eingesetzt zu werden. Das Einsetzen

erfolgt mittels einer chirurgischen Intervention oder einer besonderen Technik und dient diagnostischen, therapeutischen und/oder ästhetischen Zwecken; das Produkt ist dazu bestimmt, nach dieser Intervention im menschlichen Körper zu verbleiben.

Intensitätsmodulierte Strahlentherapie (IMRT)

Hierbei handelt es sich um eine umgeformte dreidimensionale Radiotherapie, bei der durch einen Computer mittels Informatikprogrammen mit invertierter Planung erstellte Bildgebungen benutzt werden, um die Größe und die Form eines Tumors anzuzeigen und die Strahlung eines linearen vielschichtigen Beschleunigers in verschiedenen Winkeln und unterschiedlicher Intensität auf den Tumor zu richten, wobei die maximale Intensität auf diesen konzentriert wird und die Dosis limitiert, die das danebenliegende, gesunde Gewebe erhält. Eine andere Bezeichnung für diese Therapie ist RIM.

In-vitro-Fertilisation (IVF)

Bei der In-vitro-Fertilisation (IVF) handelt es sich um eine Technik der assistierten Reproduktion, bei der die Eizellen durch aufbereitetes Spermium in einem Labor befruchtet und die Embryonen in den Uterus der Patientin transferiert werden. Die Technik der In-vitro-Fertilisation besteht aus 5 Schritten: der

Stimulierung der Eizellen zur Reifung, der Follikelpunktion, der Befruchtung der gewonnenen Eizellen (dies schließt die Technik der Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion, ICSI, mit ein), die Kultur der Embryonen und den Embryonentransfer (FIVTE).

K

Kardio-Rehabilitation

Die Gesamtheit der notwendigen Aktivitäten, die nach einem akuten Myokardinfarkt notwendig sind, um eine aus physischer Sicht optimale Funktionsebene wiederzuerlangen.

Karenzzeit

Hierbei handelt es sich um den im Versicherungsvertrag im Voraus festgesetzten Zeitraum, der gezahlt wird ab dem Datum des Inkrafttretens des Versicherungsschutzes und in dem einige der durch die Versicherung garantierten Deckungsleistungen noch nicht wirksam sind. Dieser Zeitraum wird in Monaten berechnet, die gezahlt werden ab dem Datum des Inkrafttretens des Versicherungsschutzes und er gilt individuell für jede einzelne der in die Versicherung aufgenommenen Personen.

Klinische Psychologie

Zweig oder Teildisziplin der angewandten Psychologie, die sich mit der Behandlung und Rehabilitation

der Anomalien und Störungen des menschlichen Verhaltens beschäftigt.

Kompletter

Krankenversicherungsschutz / medizinische Rundum-Versorgung

Beinhaltet sämtliche medizinischen Fachgebiete und Gesundheitsleistungen, die in den Versicherungsmodulen medizinische Grundversorgung, Facharztversorgung, den ergänzenden Mitteln zur Diagnosestellung und Behandlung sowie zur Krankenhausversorgung und Chirurgie enthalten sind.

Kosten-Nutzen-Bewertung

Diese erlaubt den in Geldwert ausgedrückten Vergleich der Kosten einer oder mehrerer medizinischer Interventionen und die in Lebensjahren berechneten Folgen, angepasst an die Lebensqualität (nach der spanischen Bezeichnung abgekürzt AVAC), um so das Ergebnis einer gesundheitlichen Maßnahme zu bemessen.

Krankenhausaufnahme aus sozialen und/oder familiären Gründen

Hierbei handelt es sich um eine Krankenhausaufnahme oder die Verlängerung eines Krankenhausaufenthaltes, die nach dem Urteil eines Arztes von DKV-Seguros nicht aus Gründen erfolgt, die mit objektiv medizinischen Pathologien im Zusammenhang stehen, sondern die einen sozialen und/oder familiären

Hintergrund haben. In diesen Fällen ist keine Deckung durch die Versicherung gegeben.

Krankenhausaufnahme zur ärztlichen oder chirurgischen Versorgung

Notwendiger Krankenhausaufenthalt zum Erhalt ärztlicher oder chirurgischer Behandlung.

Hierunter fallen die während eines Krankenhausaufenthalts entstehenden Kosten, die Arzthonorare, die infolge der ärztlichen und chirurgischen Behandlung entstehen sowie gegebenenfalls die Kosten für Prothesen.

Die Kosten, die für jeden Tag des Krankenhausaufenthalts entstehen, sind mit verschiedenen täglichen Höchstgrenzen verbunden, die vom Land der Krankenhauseinweisung, der Art der Einweisung (allgemeine oder Intensivpflege) und der Dauer des Krankenhausaufenthalts (Kurz- oder Langzeitaufenthalt) abhängen.

Krankheit oder Verletzung

Jede Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes, die während der Laufzeit des Vertrags auftritt und die nicht die Folge eines Unfalls ist und deren Diagnose und Bestätigung durch einen Arzt erfolgt, der rechtlich anerkannt und zugelassen ist an dem Ort oder in dem Land, in dem er seiner Tätigkeit nachgeht.

Krankheit, Verletzung, kongenitaler Defekt oder Anomalie

Hierbei handelt es sich um diejenigen, die im Moment der Geburt bestehen, die Folge von Erbfaktoren sind oder im Verlaufe der Schwangerschaft bis zum Zeitpunkt der Geburt erworben werden.

Eine kongenitale, also angeborene, Erkrankung kann sich entweder direkt nach der Geburt zeigen und erkannt werden oder auch erst später festgestellt werden, in jedem weiteren Lebensabschnitt dieser Person.

Künstliche Befruchtung durch Insemination

Bei dieser Form der assistierten Reproduktion werden in künstlicher Weise die zuvor im Labor aufbereiteten Samenzellen während der fruchtbaren Tage der Frau zeitnah zum Eisprung bis in die Gebärmutter gebracht. Die Insemination besteht aus drei Phasen: **der Stimulierung der Eizellen zur Reifung, der Kapazitation, also dem physiologischen Reifungsprozess der Samenzellen (einschließlich der Technik REM zur Selektion der Samenzellen)** sowie der Insemination.

L

Lebensbedrohliche Notfallsituation

Hierbei handelt es sich um eine Situation, die das unverzügliche und nicht aufschiebbare Tätigwerden eines

Arztes erfordert (innerhalb weniger Stunden), da eine Verzögerung dieses Tätigwerdens für den Patienten eine lebensbedrohliche Lage oder einen irreparablen Schaden in der körperlichen Unversehrtheit zur Folge hätte.

Leistungseinschränkende Klausel

Eine im Versicherungsvertrag getroffene Vereinbarung, durch welche die Deckungsgarantie beschränkt oder ausgesetzt wird, wenn ein bestimmter Risikosachverhalt eintritt.

Leitlinien für die klinische Praxis N.I.C.E.

Das National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ist eine im Jahr 1999 gegründete öffentliche Einrichtung und gehört zum britischen Gesundheitsministerium.

Es veröffentlicht Leitlinien für im Gesundheitsbereich Beschäftigte zur Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten und ebenfalls gibt es Empfehlungen heraus, die auf der zur Verfügung stehenden Evidenz über den therapeutischen Nutzen (Sicherheit sowie Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit) bestimmter Technologien im Gesundheitsbereich basieren sowie zu Medikamenten (einschließlich Radiopharmazeutika und antitumorale und onkologische Medikamente). Die Leitlinien für die klinische Praxis des NICE genießen weltweites Ansehen

und sind am umfangreichsten ausgearbeitet; aus diesem Grund sind sie als **Referenz zur Bewertung der Kriterien der Effizienz von Chemotherapien und onkologischer Radiotherapien ausgewählt worden**; die Empfehlungen dieses Institutes beruhen auf Veröffentlichungen mit dem höchsten Maß an Evidenz und nicht auf Veröffentlichungen von Expertengruppen und auch sonst keiner Zweckdienlichkeit.

M

Material für die Osteosynthese

Ein Teil oder ein Element jeglicher Beschaffenheit, das zur Verbindung der beiden Enden eines gebrochenen Knochens oder das Zusammenwachsen der Enden von Gelenken verwendet wird.

Medikament

Besteht aus einem Wirkstoff oder einer Substanz oder einer Zusammensetzung daraus, die einer Person innerlich oder äußerlich zu einem therapeutischen Zweck verabreicht wird. Nicht als Medikamente eingestuft werden Ernährungsprodukte, Produkte, die zum Wohlbefinden und zur Stärkung beitragen, dermoästhetische und kosmetische Produkte, Mineralwässer, Produkte zur Hygiene, Körperpflege und Badezusätze.

Medizinische Versorgung von Neugeborenen

Jede im Krankenhaus vorgenommene ärztliche oder chirurgische Handlung, die ein neugeborenes Kind innerhalb seiner ersten vier Lebenswochen (28 Tage) betrifft.

Modernste medizinische Technologie

Damit wird Bezug genommen auf die neuen Anwendungen in der Elektronik, Informatik, Robotik und Biotechnologie auf dem Gebiet der Medizin und insbesondere bezogen auf Technologien zur medizinischen Diagnose und Behandlung. Diese Techniken zeichnen sich aus durch sehr hohe Investitionskosten, die Notwendigkeit von im Umgang damit geschultem Personal und sie sind den Berichten der spanischen Agentur für die Bewertung von Gesundheitstechnologien (AETS) unterworfen; es wird jeweils abgeglichen, ob deren Sicherheit und Nutzen bei den verschiedenen Indikationen in hinreichendem Maß gegeben ist, um den Ersatz der vorhandenen Technologie durch diese neue zu rechtfertigen.

N

Neurologische Rehabilitation

Spezifische Physiotherapien (auch neurologische Physiotherapie genannt), die von einem Neurologen oder Rehabilitationsarzt 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 infolge von **schweren erworbenen Hirnschäden motorische und sensible Funktionsstörungen erlitten haben.**

Nichtstationäre (ambulante) medizinische Versorgung

Hierbei handelt es sich um die medizinische Versorgung zur Diagnosestellung und/oder Behandlung, die in ambulanter Weise in Arztpraxen und medizinischen Einrichtungen, zu Hause beim Patienten und/oder ambulant in einem Hospital oder einer Klinik erbracht wird, normalerweise ohne Übernachtung und verbunden mit einem Aufenthalt, der die Zeitdauer von 24 Stunden unterschreitet (z. B. Aufenthalt in der Box der Notfallaufnahme, Tageskrankenhaus usw.).

Die große, ambulante Chirurgie fällt nicht unter dieses Konzept.

O

Orthopädisches Material und Orthesen

Sanitätsprodukte zur äußerlichen, permanenten oder temporalen Verwendung, die individuell an den Patienten angepasst werden

und dazu dienen, die strukturellen Konditionen oder Funktionen des Bewegungsapparats (neuromuskuläres und Skelettsystem) zu modifizieren, ohne dass zur Implantation eine chirurgische Intervention erforderlich ist.

P

Police

Dabei handelt es sich um den Versicherungsvertrag. Dies ist ein Dokument, das die Allgemeinen und die Besonderen Versicherungsbedingungen enthält, weiter und um den Vertrag zu vervollständigen oder zu modifizieren, die Sonderbedingungen, die Zusatzvereinbarungen, die Anhänge und Ergänzungen.

Der Versicherungsantrag und die Gesundheitserklärung sind ebenfalls Bestandteile der Police.

Präexistenz und Vorerkrankung

Dies umfasst diejenigen Gesundheitszustände (zum Beispiel Schwangerschaft), organische Veränderungen oder Störungen die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses oder Inkrafttretens der Versicherung bereits bestanden haben, unabhängig davon, ob eine medizinische Diagnose vorlag.

Prämie

Dabei handelt es sich um den Preis der Versicherung. Die Rechnung enthält außerdem die Zuschläge und die Steuern, deren Erhebung gesetzlich vorgeschrieben ist.

Psychologe mit Spezialisierung in Klinischer Psychologie

Psychologe mit Studienabschluss in Psychologie und Spezialisierung in Klinischer Psychologie.

Psychotherapie

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

R

Radikaloperation oder onkologische Chirurgie

Chirurgische Verfahren infolge einer onkologischen Diagnose, vorgenommen an der Brust oder anderen Organen.

„Red DKV de Servicios Sanitarios“, das DKV-Netzwerk für Gesundheitsdienstleistungen

Hierbei handelt es sich um eine spanienweite Gruppe von Fachkräften und Einrichtungen aus dem sanitären Bereich, die vertragliche Vereinbarungen mit DKV Seguros eingegangen sind.

Regenerative Medizin

Hierunter fallen die regenerativen Zell-, Gewebe- und Molekular-Techniken, Implantate und Transplantationen von Stammzellen und die Gewebekulturtechnik.

Rehabilitation

Die Gesamtheit der Physiotherapien, die von einem Traumatologen, Neurologen, Rheumatologen oder Rehabilitationsarzt verschrieben und von einem Physiotherapeuten in einem Rehabilitationszentrum durchgeführt werden. Diese Therapien gelten der Wiederherstellung der Funktionalität der Bereiche des Stütz- und Bewegungsapparats, die infolge einer innerhalb der Laufzeit der Versicherung erfolgten Erkrankung oder eines Unfalls beeinträchtigt werden.

Roboterassistierte und computerassistierte Chirurgie

Als roboterassistierte, bildgesteuerte oder computerassistierte Chirurgie werden die chirurgischen Handlungen bezeichnet, die ein Roboter durchführt, der den Anweisungen eines Chirurgen folgt und durch die ein ferngesteuertes telerobotisches System mit laparoskopischem Instrumentarium geführt werden; ebenfalls die Chirurgie, die mit Assistenz eines Informatiksystems virtueller Realität oder einem bildgebenden Navigator mit 3D-Aufnahmen per Computer durchgeführt werden.

S

Schmerzzentrum

Hier werden medizinische Leistungen speziell zur Behandlung chronischer Schmerzen erbracht.

Selbstbeteiligung

Ein in der Versicherungspolice festgesetzter Betrag; wird dieser erreicht, setzt danach der von DKV Seguros gebotene Versicherungsschutz ein. Dieser festgesetzte Betrag geht zu Lasten des Versicherungsnehmers oder des Versicherten.

Sonderstation für besondere medizinische Pflege und Behandlungen

Eine Station oder Abteilung in einem Krankenhaus, die besonders ausgerüstet ist und auf der besonders ausgebildete Ärzte und Pflegepersonal bestimmte Behandlungen durchführen.

Stationäre medizinische Versorgung

Der Krankenhausaufenthalt und die stationäre Versorgung wird bei stationärer Aufnahme von mindestens 24 Stunden Dauer in einem Krankenhaus erbracht und erfolgt zur ärztlichen oder operativen Behandlung des Versicherten.

T

Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen, die als Anhang den Besonderen Versicherungsbedingungen beigefügt ist

Hierbei handelt es sich um eine schriftlich abgefasste Tabelle, die als Anhang den Besonderen Versicherungsbedingungen beigefügt und gemeinsam mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil des Versicherungsvertrags ist; die Tabelle wird gemeinsam mit diesen Unterlagen ausgehändigt und enthält die Deckungen und Einschränkungen bei der Erstattung, die mit dem Versicherungsnehmer vertraglich vereinbart wurden.

U

Unanfechtbarkeit der Police

Ein in den Vertrag aufgenommener Vorteil; durch diesen übernimmt DKV Seguros die Deckung jeder Vorerkrankung eines Versicherten, wenn seit dessen Aufnahme in die Versicherung ein Jahr vergangen ist, jedoch nur dann, wenn der Versicherte diese Erkrankung nicht kannte und nicht absichtlich im Gesundheitsfragebogen verschwiegen hat.

Unfall

Jede während der Laufzeit der Police erlittene körperliche Verletzung, die dokumentiert wird und die sich ableitet von gewaltsamen, plötzlichen, von äußeren und nicht absichtlich vom Versicherten herbeigeführten Umständen und die zu zeitlich begrenzter oder dauernder Behinderung oder zum Tod führt.

Unfruchtbarkeit (Zeugungs- und Empfängnisunfähigkeit)

Hierunter ist zu verstehen das Unvermögen eines Paares, innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten und bei regelmäßigem Geschlechtsverkehr ohne Einsatz von Verhütungsmitteln die Empfängnis zu erreichen und auch das reproduktive Unvermögen gleichgeschlechtlicher Paare.

V

Verkehrsunfall

Jeder Unfall, den der Versicherte als Fußgänger, als Benutzer öffentlicher Verkehrsmittel oder von Linien- oder Charterflügen, als Führer oder Passagier eines Automobils sowie als Fahrer eines Fahrrades oder Kraftrades erleidet, wenn er sich auf einer öffentlichen Straße fortbewegt, unabhängig von deren Klassifizierung, oder auf einem für die Öffentlichkeit zugelassenen Privatweg.

Versicherer

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

Versicherter

Die Person, für die die medizinische Versorgung erbracht wird.

Versicherung in der Modalität

Gruppenversicherung

Im Sinne des Vertragsabschlusses gilt eine Versicherung als in der Vertragsmodalität Gruppenversicherung (colectiva) abgeschlossen, wenn die Police mindestens zehn versicherte Personen umfasst, die neben dem bloßen Interesse versichert zu sein, die rechtlichen Bedingungen der Versicherbarkeit erfüllen und deren Deckung durch obligatorischen Beitritt (colectivo cerrado) oder freiwillig (colectivos abiertos o cofinanciados) zu zuvor zwischen DKV Seguros und einem versicherungsnehmenden Kollektiv vereinbarten Vertragsbedingungen und/oder einem einzigen Vertrag erfolgt.

Versicherung in der Modalität

Individual

Im Sinne des Vertragsabschlusses gilt eine Versicherung als in der Modalität Individual (Einzelversicherung) abgeschlossen, wenn dadurch mindestens eine und maximal neun Personen versichert sind, deren Verbindung nicht nur in dem Interesse besteht, gemeinsam versichert zu sein;

normalerweise handelt es sich um Familienangehörige ersten Grades (der Versicherungsnehmer, sein Ehe- oder Lebenspartner und die gemeinsamen, nicht unabhängigen Kinder unter 30 Jahren, die in häuslicher Gemeinschaft leben, deren Deckung in keinem Fall durch obligatorischen Beitritt (colectivo cerrado, geschlossenes Kollektiv) oder freiwillig (colectivos abiertos o cofinanciados, offene Kollektive) zu zuvor zwischen DKV Seguros und einem versicherungsnehmenden Kollektiv vereinbarten Vertragsbedingungen und/oder einem einzigen Vertrag erfolgt.

Versicherungsantrag oder vertragsvorbereitende Unterlagen zur Information

Diese Unterlagen enthalten neben den vorvertraglichen Informationen und den Datenschutzbestimmungen einen Gesundheitsfragebogen, den DKV aushändigt, und in dem der Versicherungsnehmer das Risiko nennt, das er versichern möchte sowie sämtliche Umstände, die ihm bekannt sind und die Einfluss haben könnten auf die Einschätzung dieses Risikos. Es ist notwendig, dass die durch DKV Seguros gestellten Fragen mit absoluter Richtigkeit beantwortet werden.

Versicherungsmedizinischer Zuschlag (Prämienaufschlag)

Zusätzlicher Betrag oder ergänzende Prämie, die zur Deckung eines Risikos bezahlt wird, das durch die Allgemeinen

Versicherungsbedingungen nicht versichert ist.

Versicherungsnehmer

Die natürliche oder juristische Person, die diesen Vertrag mit DKV Seguros unterzeichnet und dadurch die darin festgelegten Verpflichtungen eingeht; außer denjenigen Verpflichtungen, die von Natur und ihrer Art her durch den Versicherten zu erfüllen sind.

Versicherungstechnisches Alter

Hierbei handelt es sich um das Alter jedes Versicherten, das er bei seinem nächsten Geburtstag haben wird, auch wenn er diesen noch nicht erreicht hat; als Referenz herangezogen wird das Datum des Versicherungsbeginns oder das der Verlängerung der Police.

Vorvertraglicher Gesundheitszustand

Der Gesundheitszustand oder die gesundheitliche Kondition, die nicht notwendigerweise pathologisch sein muss (zum Beispiel eine Schwangerschaft), **deren Eintritt vor dem Datum der Aufnahme** des Versicherten in die Police liegt.

Z

Zytostatikum

Hierbei handelt es sich um ein zytotoxisches Arzneimittel, das bei der Chemotherapie zur Krebsbehandlung eingesetzt wird und das die Fähigkeit hat, die Entwicklung von Krebs zu stoppen, indem es direkte Auswirkungen auf die Integrität der DNA (Deoxyribonucleic acid) und der zellulären Mitose hat und die normale Multiplizierung der Zellen verhindert, dies gilt in gleicher Weise für die gesunden als auch für die Tumorzellen. In diese therapeutische Untergruppe werden aufgrund ihres Wirkmechanismus eingeschlossen: Alkylanzien, Antimetabolite, pflanzliche Alkaloide und weitere Naturprodukte, zytotoxische Antibiotika, Platinverbindungen und Methylhydrazin-Verbindungen.

3. Leistungsmodalität, Umfang und Geltungsbereich der Versicherung

3.1 Gegenstand der Versicherung

Mit dieser Police garantiert der Versicherer, DKV Seguros, wenn zuvor die Versicherungsprämie entrichtet wurde, im Rahmen der Begrenzungen dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der Besonderen Versicherungsbedingungen mit der als Anhang beigefügten Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen sowie der Sonderbedingungen und/oder den Angaben im Gesundheitsfragebogen, dass die medizinischen, chirurgischen und stationären Leistungen in den beschriebenen Fachrichtungen bei jeder Art von Erkrankung und Verletzung auf der Grundlage der gewählten und vertraglich vereinbarten Versicherungsmodalität gewährt werden.

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 zu Sicherheit und Kosten-Nutzen durch einen positiven Bericht der Agenturen zur Evaluierung von Gesundheitstechnologie, die in Abhängigkeit zu den Gesundheitsdiensten der Autonomen Gebiete oder zum Gesundheitsministerium stehen, ratifiziert werden.

2. Die ausdrücklich in Artikel 4 „Versicherungsumfang“ der 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 Modalität der Versicherung

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

- > **Entweder der Inanspruchnahme der in der Police beschriebenen Versicherungsleistungen durch Leistungserbringer in ganz Spanien, die dem Netzwerk „Red DKV de Servicios Sanitarios“ von DKV Seguros angehören; in diesem Fall ist dem Leistungserbringer vor der Behandlung die Gesundheitskarte DKV MEDICARD® zur Identifikation vorzulegen und falls notwendig, ebenfalls die entsprechende Autorisierung (Leistungsmodalität eigene Mittel).**
- > Oder der freien Wahl zwischen Ärzten oder medizinischen Einrichtungen, die nicht vertraglich mit dem Netzwerk „Red DKV de Servicios Sanitarios“ von DKV Seguros verbunden sind.

In diesem Fall erstattet DKV Seguros der versicherten Person den Betrag der Rechnungen, die von ihr im Voraus bezahlt wurden zu dem Prozentsatz und unter Berücksichtigung der in der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen festgelegten Begrenzungen, die als Anhang den Besonderen Versicherungsbedingungen beigefügt ist. (Leistungsmodalität fremde Mittel).

In keinem Fall erstattet DKV Seguros jedoch Rechnungen von Leistungserbringern, die dem „Red DKV de Servicios Sanitarios“ genannten Netzwerk für Gesundheitsdienstleistungen von DKV Seguros angeschlossen sind.

Dieses Recht auf freie Arzt- und Klinikwahl befreit DKV Seguros von der direkten, solidarischen oder subsidiären Haftung für die Handlungen derjenigen, über die DKV Seguros aufgrund des Berufsgeheimnisses, des Arztgeheimnisses und des Schutzes von Patientendaten sowie des Verbots der Einmischung Dritter im medizinischen Bereich keinerlei Kontrolle hat. Medizin ist eine Aktivität der Mittel, und nicht der Ergebnisse. Aus diesem Grund kann DKV Seguros nicht garantieren, dass medizinische Leistungen, die von der Police gedeckt sind, immer zu einem positiven Ergebnis führen.

Die Modalität der Leistungserbringung entspricht Artikel 105 Absatz 1 des spanischen Versicherungsvertragsgesetzes (Ley de Contrato de Seguro) - Bezahlung von Aufwendungen für medizinische Leistungen - ohne direkt die medizinische Leistung zu erbringen, diese wird durch medizinische Leistungserbringer und qualifizierte Zentren erbracht. Im Fall von fehlerhafter medizinischer oder klinischer Praxis verpflichtet

sich die versicherte Person, Maßnahmen ausschließlich gegen die Leistungserbringer oder medizinischen Zentren und ihre entsprechenden Haftpflichtversicherer einzuleiten und darauf zu verzichten, gegen DKV Seguros vorzugehen.

Die Leistungsmodalität der Versicherung und bestimmte Deckungen können je nach Art der vom Versicherten abgeschlossenen Versicherung variieren. Es gibt zwei Vertragsmodalitäten, die Modalität Individual mit Zugang zu einigen exklusiven Deckungen (vergleichen Sie Anhang II) und die Modalität Gruppenversicherung ohne Zugang zu diesen.

3.3 Geltungsbereich

In der Leistungsmodalität der Gesundheitsversorgung durch eigene Mittel umfasst die Versicherung medizinische und chirurgische Leistungen sowie die Versorgung im Krankenhaus in ganz Spanien; dies gilt für alle Modalitäten der Versicherung.

Bei der Inanspruchnahme von fremden Mitteln kann sich der Versicherte bei allen Modalitäten von „DKV Mundisalud“ weltweit an Ärzte und Zentren wenden, die nicht dem „Red DKV de Servicios Sanitarios“ genannten Netzwerk für Gesundheitsdienstleistungen der

DKV Seguros angehören, sofern der gewöhnliche Wohnsitz des Versicherten sich mindestens neun Monate im Jahr in Spanien befindet, außer wenn der Versicherte mit DKV Seguros ausdrücklich anderes vereinbart hat.

Wenn der vorgenannte Wohnsitz nach außerhalb des spanischen Staatsgebiets verlagert wird, besteht der Versicherungsschutz nur bis zum Ende des laufenden Kalenderjahres fort.

3.4 Zugang zu den Versicherungsleistungen

Spezielle Regelung für die Leistungsmodalität der Gesundheitsversorgung durch eigene Mittel

Versorgung innerhalb des Vertragsnetzwerks „Red DKV de Servicios Sanitarios“:

a) DKV Seguros händigt dem Versicherungsnehmer für alle mitversicherten Personen eine nicht übertragbare Gesundheitskarte DKV MEDICARD® zur persönlichen Nutzung als Identifikationsmedium gegenüber den Leistungserbringern aus. Weiter erhält der Versicherungsnehmer Informationen zum Ärzte- und Klinikverzeichnis des „Red DKV de Servicios Sanitarios“ genannten Netzwerks für

Gesundheitsdienstleistungen von DKV Seguros, in dem alle Erbringer der im Versicherungsschutz eingeschlossenen Leistungen, Ärzte und medizinisches Fachpersonal, Diagnostik-Zentren, Kliniken und Krankenhäuser, Notfalldienste und andere, ergänzende Leistungen unter Angabe der jeweiligen Adressen und Öffnungszeiten oder Sprechstunden aufgeführt sind.

b) Innerhalb des Vertragsnetzwerkes „Red DKV de Servicios Sanitarios“ hat die versicherte Person entweder freien Zugang zu den Leistungen oder es ist vor der Inanspruchnahme die Einholung einer Autorisierung durch DKV Seguros erforderlich.

Im Allgemeinen ist der Zugang zu den Konsultationen der ärztlichen Grundversorgung, den Besuchen bei Fachärzten und Fachchirurgen, den Notfallbehandlungen und den einfachen diagnostischen Verfahren frei.

Für Krankenhauseinweisungen, für chirurgische Eingriffe, für Prothesen und chirurgische Implantate, für psychotherapeutische Sitzungen, für Präventionsprogramme oder Vorsorgeuntersuchungen, Transporte im Krankenwagen, therapeutische Behandlungen und komplexe diagnostische Verfahren ist eine Autorisierung erforderlich. Für welche Behandlungen im Einzelnen eine Autorisierung erforderlich ist, kann

in dem zum „Red DKV de Servicios Sanitarios“ genannten Netzwerk für Gesundheitsdienstleistungen der DKV Seguros gehörenden Ärzte- und Klinikverzeichnis nachgeschlagen werden.

c) Im Rahmen dieser Versicherung gilt ein Schadensfall als gemeldet, wenn die versicherte Person eine medizinische Leistung oder eine Autorisierung für die Inanspruchnahme einer solchen beantragt, die im DKV-Netzwerk für Gesundheitsdienstleistungen erbracht wird (eigene Mittel).

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 in den Fällen, in denen dies vorgeschrieben ist, die notwendige Autorisierung nicht zuvor erteilt wurde.

e) In vertragsgebundenen Einrichtungen des Netzwerkes „Red DKV de Servicios Sanitarios“ von DKV Seguros muss die Gesundheitskarte DKV MEDICARD® zur Identifikation vorgelegt werden.

Sind Sie auch verpflichtet, Ihren Personalausweis bzw. ein anderes offizielles Identifikationsdokument (Reisepass o. ä.) vorzulegen, wenn

dies vom medizinischen Personal oder Assistenzpersonal erbeten wird.

Sofern es sich nicht um eine Leistung handelt, die vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist, wird DKV Seguros bei Vorlage der Verschreibung eines Arztes und nach entsprechenden administrativen Überprüfungen die Autorisierung für den Zugang zu diesen Leistungen erteilen.

Um diese Autorisierungen zu erteilen, die Schadensmeldungen zu bearbeiten, über zusätzliche Leistungen zu informieren und/oder Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme in die Wege zu leiten, ist DKV Seguros berechtigt, weitere medizinische Informationen bezüglich der Verschreibungen entweder direkt beim Arzt oder medizinischen Zentrum einzuholen oder die versicherte Person zur Vorlage von zusätzlichen Arztberichten aufzufordern, aus denen evtl. Vorerkrankungen, Risikofaktoren, Diagnosen und die medizinische Notwendigkeit der Behandlung hervorgehen.

Unbeschadet der vorherigen Absätze müssen bei Notfällen die jeweiligen Umstände entweder durch die versicherte Person selbst oder durch eine andere Person in ihrem Namen nachweislich innerhalb von 72 Stunden nach Einlieferung in das Krankenhaus oder nach der Notfallbehandlung

bei DKV Seguros gemeldet und die Genehmigung und Autorisierung eingeholt werden.

In lebensbedrohlichen Fällen ist DKV Seguros solange wirtschaftlich an die Deckung gebunden, bis sie ihre Einwände gegen die Verschreibung des Arztes äußert, wenn sie der Auffassung ist, dass die Police die medizinische Leistung oder den Krankenhausaufenthalt nicht deckt.

f) Die Autorisierungen können telefonisch über unsere Zentrale des telefonischen Kundenservices, den Sie unter der Rufnummer 976 506 000 erreichen, über die Website www.dkvseguros.com oder in jeder Geschäftsstelle von DKV Seguros beantragt werden.

Gesonderte Regelung für die Leistungsmodalität Fremdmittel, also bei Inanspruchnahme nicht vertragsgebundener Leistungserbringer Versorgung außerhalb des „Red DKV de Servicios Sanitarios“ genannten Netzwerks für Gesundheitsdienstleistungen der DKV Seguros:

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

b) Der Versicherungsnehmer oder der Versicherte muss innerhalb von höchstens fünfzehn Tagen die Erstattung der durch diese Police gedeckten Behandlungskosten beantragen und die von ihm bezahlten Rechnungen unter Angabe der durchgeführten medizinischen Leistungen bei DKV Seguros einreichen sowie die Verschreibung und die ärztlichen Berichte beifügen, die den Ursprung und die Art der Erkrankung angeben.

DKV Seguros stellt zur Einreichung des Antrags auf Rückerstattung ein Formular zur Verfügung, das die administrativen Mindestanforderungen enthält, die die Rechnungen erfüllen müssen, um erstattungsfähig zu sein und die auf der Rückseite dieses Formulars abgedruckt sind.

Der Versicherte und seine Angehörigen müssen alle Berichte und Nachweise vorlegen, die DKV Seguros für notwendig hält.

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

c) Die Erstattung der Kosten erfolgt auf folgende Weise:

- > Nach Vorlage des Erstattungsformulars zusammen mit den Originalen der Berichte und Rechnungen, die die erhaltene Leistung belegen, erstattet

DKV Seguros die entstandenen Kosten entsprechend dem Prozentsatz und den Begrenzungen, die in den Allgemeinen und/ oder Besonderen Versicherungsbedingungen und der diesen als Anhang beigefügten Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen festgelegt sind.

- > Der Erstattungsbetrag wird auf das angegebene Konto überwiesen. Die auf diese Weise durchgeführte Zahlung ist für DKV Seguros in vollem Umfang rechtsgültig, wirksam und schuldbeitend.
- > Die Erstattung von Rechnungen, die in anderen Währungen/Devisen vom Versicherten bezahlt wurden, erfolgt in Spanien in Euro zu dem Tageskurs, an dem die Rechnung bezahlt wurde.

Ist dieser Tag nicht feststellbar, erfolgt die Umrechnung zu dem Kurs, der am Tag der Rechnungsstellung oder des Behandlungstages gültig war.

- > Die Kosten für die Übersetzung der Berichte, Rechnungen oder Belege über die Arzthonorare werden nur dann von DKV Seguros getragen, wenn sie in englischer, deutscher, französischer oder portugiesischer Sprache verfasst sind.

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

d) Auf keinen Fall wird DKV Seguros die Aufwendungen für Rechnungen für erbrachte medizinische und chirurgische Versorgung und Krankenhausaufenthalt 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; **eine Ausnahme gilt bei lebensbedrohlichen Notfällen, die in diesem Dokument genau definiert sind**, und nur wenn eine ausdrückliche Autorisierung von DKV Seguros vorliegt.

3.5 Klausel zur Forderungsabtretung und zur Abtretung von Rechten

Sobald die Leistung erbracht ist, kann DKV Seguros die Rechte und Handlungen bis zur Höchstgrenze der gezahlten Entschädigung ausüben, die dem Versicherten aufgrund des verursachten Schadensfalls gegenüber Dritten, die zivil- oder strafrechtlich verantwortlich sein können, zustehen.

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

4. Leistungsübersicht - Beschreibung der Deckungen

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

Aufgelistet nach den normalerweise ambulant oder stationär im Krankenhaus erbrachten Leistungen:

a) Nichtstationäre medizinische Versorgung

Die ambulante medizinische Versorgung umfasst die allgemeinärztliche Erstversorgung, die Notfallbehandlung, die fachärztliche und chirurgische Versorgung, sowie die Diagnosemittel, die therapeutischen Verfahren und ergänzenden Deckungsleistungen im ambulanten Bereich.

Ausdrücklich eingeschlossen sind hierbei:

- > Die spezifischen Vorsorgeprogramme, die im Abschnitt 4.7 detailliert aufgeführt sind (einschließlich Geburtsvorbereitung).
- > Die klinische Psychologie.
- > Das Einsetzen eines Intrauterinpeppers (IUP).
- > Logopädie und Phoniatrie, einschließlich logopädischer Rehabilitation.
- > Die kleine ambulante Chirurgie entspricht den chirurgischen Gruppen 0 bis I der Nomenklatur „Klassifizierung der Terminologie und Kodifizierung von medizinischen Handlungen und Techniken“ der spanischen Ärztekammer OMC (Organización Médica Colegial de España), die durch Ärzte ausschließlich in der Arztpraxis durchgeführt wird. Sie haben Zugang zur Gesamtliste aller chirurgischen Eingriffe innerhalb dieser Gruppen mittels der letztgültigen Version

der Nomenklatur der OMC über die Internetseite <http://www.cgcom.org>

- > Schlafdiagnostik oder Polysomnographie.
- > Schmerztherapie, zur Behandlung von chronischen Schmerzen.

b) Stationäre medizinische Versorgung

Die stationäre medizinische Versorgung umfasst die Aufwendungen, die während der Behandlung bei stationärer Aufnahme im Krankenhaus entstehen sowie sich dadurch ergebende Honorare der Ärzte oder Chirurgen, inklusive der Untersuchungen, die vor dem operativen Eingriff und vor der Anästhesie vorgenommen werden (Konsultation, Analyse und EKG) einschließlich der direkten postoperativen Versorgung mit Arztvisite und Wund- und Heilbehandlung (bis zu zwei Monate nach der Operation) sowie gegebenenfalls die Prothesen.

Außerdem sind hier ausdrücklich die weiteren Behandlungen mit eingeschlossen, die im Abschnitt 4.6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt sind.

Aufgelistet nach der Modalität der erbrachten Leistungen:

4.1 Medizinische Grundversorgung

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.

Grundlegende klinische Blutuntersuchungen (davon ausgenommen hormonelle, immunologische, genetische und molekularbiologische Tests), Urintests und konventionelle einfache Radiologie (ohne Kontrastmittel) sind eingeschlossen.

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 des 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, das dem „Red DKV de Servicios Sanitarios“ genannten DKV-Netzwerk angehört und in dem die Behandlung durchgeführt werden kann und auch wieder zurück, immer dann, wenn besondere körperliche Umstände es der erkrankten Person nicht ermöglichen, herkömmliche Transportmittel (wie öffentliche Verkehrsmittel, Taxi oder Privatwagen) zu benutzen.

Transporte im Brutkasten sind ebenfalls in der Versicherung eingeschlossen.

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

4.2 Notfälle**Medizinische Versorgung durch**

Hausbesuche: In begründeten Fällen und nur in den Ortschaften, in denen DKV zur Bereitstellung dieser Dienstleistung Vereinbarungen getroffen hat, wird der Service der medizinische Versorgung durch Hausbesuche zur Verfügung gestellt. 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 medizinische Versorgung in einer medizinischen Einrichtung, die über einen 24-Stunden Notfalldienst verfügt.

Notfallversorgung im Krankenhaus:

Ambulante Notfallbehandlung 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 Absatz 4.7.1 „**Gesundheitsprogramm für Kinder**“, detailliert aufgeführten, und bis zu den Höchstsätzen, die in der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen aufgeführt sind, die als Anhang den Besonderen Versicherungsbedingungen beigefügt ist.

Anästhesie und Reanimation:

Einschließlich der Periduralanästhesie.

Angiologie und Gefäßchirurgie.**Verdauungssystem.**

Kardiologie und Kreislaufapparat:

Inklusive der kardiologischen Rehabilitation nach akutem Myokardinfarkt.

Kardiovaskularchirurgie.

Allgemeine Chirurgie und Chirurgie des Verdauungsapparates.

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

Mund- und Kieferchirurgie.

Kinderchirurgie.

Plastische und rekonstruktive Chirurgie:

Umfasst chirurgische Eingriffe zur Behandlung von Verletzungen, insbesondere durch Plastiken oder Implantate.

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

1. Onkoplastische Brustrekonstruktion nach einer Brustentfernung und, wenn nötig, während dieses chirurgischen Eingriffes die Remodellierung der kontralateralen gesunden Brust (dieser Eingriff muss spätestens ein Jahr nach dem onkologischen

Eingriff erfolgen). Hierbei ist das Brustimplantat, die Hautexpander und das Gewebe für die Brustrekonstruktion enthalten.

2. Brustverkleinerung bei Frauen über 18 Jahren mit Gigantomastie (mehr als 1500 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 1000g pro Brust erfordern.

Thoraxchirurgie: Einschließlich Simpathektomie durch Hyperhidrose (Behandlung der übermäßigen Schweißproduktion).

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

Chirurgische medizinische Dermatologie: Umfasst die ambulante Phototherapie mit schmalbandiger ultravioletter B-Strahlung (UVB-SB) bei den im Abschnitt 4.5 („Therapieverfahren“) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen angegebenen Indikationen.

Endokrinologie und Ernährung.

Geriatric (Altersheilkunde).

Gynäkologie: Umfasst die Diagnose und die Behandlung von Frauenkrankheiten. Im Versicherungsschutz eingeschlossen sind die jährliche Vorsorgeuntersuchung, die Familienplanung, der Einsatz des chirurgischen Lasers (CO₂, Erbium und Diode) und die Diagnose zu Unfruchtbarkeit und Sterilität (einschließlich Ovarscore und Spiegel des Anti-Müller-Hormons AMH).

Hämatologie und Hämotherapie.

Hebammen / Entbindungspfleger: Auf Geburtsvorbereitung und Geburtshilfe spezialisierte Krankenschwestern oder Krankenpflegepersonal (mit den spanischen Berufen/Titeln ATS oder DUE).

Innere Medizin.

Nuklearmedizin.

Nephrologie (Behandlung von Nierenkrankheiten).

Neonatologie (Behandlung von Früh- und Neugeborenen).

Lungenheilkunde - Atemapparat:

Schließt die häusliche Therapie bei schwerem obstruktivem

Apnoe-Hypopnoe-Syndrom mit ein (OSAS) (siehe Abschnitt 4.5 „Therapieverfahren“ dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen).

Neurochirurgie.

Neurologie.

Obstetrik (Geburtshilfe): Umfasst die Überwachung der Schwangerschaft und die Betreuung bei der Geburt.

Eingeschlossen sind der „Triple-Test“ oder das EBA-Screening (kombinierter Test in den ersten drei Monaten) sowie die Amniozentese oder Chorionbiopsie zur Bestimmung des Karyotyps, womit Fehlbildungen des Fötus festgestellt werden können. **Greift die Versicherte auf fremde Mittel zurück, die nicht dem „Red DKV de Servicios Sanitarios“ genannten Netzwerk für Gesundheitsdienstleistungen der DKV Seguros angehören, so gilt dieser Versicherungsschutz bis zur Höchstgrenze pro Versichertem und Kalenderjahr, die in der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen festgelegt ist, die den Besonderen Versicherungsbedingungen beigefügt ist. Bei Ermittlung 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, wenn der kombinierte Test des ersten Quartals positiv ist** (mit der Gefahr einer Anomalie beim Fötus von mehr als 1/250), **bis zur Höchstgrenze pro Versichertem und Jahr, die in der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen festgelegt ist, die den besonderen Versicherungsbedingungen beigefügt ist.**

Außerdem umfasst der Versicherungsschutz **die nichtinvasive 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.**

Odonto-Stomatologie (Behandlung von Erkrankungen des Kauapparats): Umfasst alle Besuche beim Zahnarzt, Extraktionen, Behandlungen des Kauapparates, Mundhygiene und die damit verbundene Dentalradiologie.

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

Die übrigen, nicht von der Versicherung gedeckten zahnärztlichen Behandlungen, sind mit Zuzahlung des Versicherten durch den zahnmedizinischen Service gedeckt (hierzu Abschnitt „Ergänzende Deckungsleistungen“)

Augenheilkunde: Eingeschlossen ist die Technik Cross-Linking oder korneale Vernetzung, Hornhauttransplantationen und die Verwendung der Laserchirurgie, ausgenommen jedoch zur Korrektur von Sehfehlern (Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit und Astigmatismus) und der Altersweitsichtigkeit, **diese sind vom Versicherten zu tragen** (siehe Abschnitt „Ergänzende Deckungsleistungen“).

Onkologie: Versichert ist auch die OSNA-Analyse oder -Technik, die intraoperative molekulare Analyse der Sentinel-Lymphknoten, **im frühen Brustkrebsstadium ohne lymphatische Ausbreitung.**

Hals-, Nasen-, Ohren- Heilkunde: Eingeschlossen ist die Adenotomie und die Chirurgie der Nasenhöhlen und der Nasenmuschel mit Hilfe von Radiofrequenztherapie und der Laserbehandlung im Operationsaal,

außer bei chirurgischer Behandlung der Rhonchopathie (Schnarchen), des obstruktiven Schlafapnoesyndroms mittels Gaumensegeloperation (Uvulo-Palato-Pharyngo-Plastik).

Proktologie: Inklusive der Verwendung von Laser-Chirurgie bei rektalem und hämorrhoidalem Krankheitsgeschehen.

Psychiatrie: Hauptsächlich Behandlungen auf Grundlage der Neurobiologie.

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

Neurologische Rehabilitation bei schweren Hirnschäden: Spezifische Physiotherapie, **die nur als ambulante Behandlung eingeschlossen ist bis zu einer Höchstgrenze von 60 Sitzungen während der Versicherungsdauer und/oder des Lebens des Versicherten;** durchzuführen in nationalen Referenzzentren mit geeigneter Rehabilitation und exklusiv zur Behandlung der klinischen Indikationen, die nachfolgend aufgeführt sind: **Schlaganfall, Anoxie oder Hypoxie,**

Meningitis, Enzephalitis, Schädel-Hirn-Trauma bei Unfällen, die vom Versicherungsschutz gedeckt sind, Hirntumorchirurgie oder Radiochirurgie zur Beseitigung des Tumors.

In beiden Fällen gelten als geeignete und auf Rehabilitation spezialisierte Zentren diejenigen, **die im Besitz der erforderlichen behördlichen Genehmigungen sind und im Register der Dienstleistungen, Zentren und medizinischen Einrichtungen der jeweiligen Autonomen Region eingetragen sind.**

Rheumatologie.

Traumatologie/Unfallmedizin: Inklusive arthroskopischer Chirurgie, perkutane Nukleotomie und Chemonukleolyse.

Urologie: Inklusive der Verwendung eines chirurgischen Holmium-Lasers bei der endourologischen lithiasischen, stenotischen oder tumoralen Pathologie und eines grünen Dioden- Lasers (KTP und HPS), Holmium- oder Thulium-Lasers zur chirurgischen Behandlung der gutartigen Prostatahyperplasie in nationalen, spanischen Referenzzentren, die Rehabilitation des Beckenbodens bei Harninkontinenz, Vasektomie sowie die Untersuchung und Diagnose von männlicher Sterilität (Unfruchtbarkeit).

4.4 Diagnostische Verfahren und Mittel

Diese müssen von einem Arzt unter Angabe der Gründe für die Untersuchung verschrieben werden. Hierzu gehören die notwendigen Kontrastmittel, die zur Durchführung der in diesem Abschnitt genannten diagnostischen Tests erforderlich sind.

Klinische Analysen, pathologische Anatomie und Zytopathologie.

Radiologische Diagnostik: Umfasst komplexe radiologische Techniken zur Diagnostik (mit Kontrast), Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MRT) sowie Knochendensitometrie.

Endoskopie: Untersuchungen des Verdauungsapparates; zur Diagnose und/oder therapeutischen Behandlung.

Kapselendoskopie: Diese wird eingeschlossen zur Diagnosestellung von Blutungen im Magen-Darm-Kanal unbekannter oder verborgener Herkunft.

Fiberbronchoskopie: Diagnosestellung und/oder therapeutische Behandlung.

Kardiologische Diagnoseverfahren: Elektrokardiogramm und Belastungs-EKG, Echokardiogramm, Holter, Doppler und Hämodynamik.

Schließt außerdem die Herz- Tomografie (TC64) und die Herzspektroskopie (Myocard-SPECT) nach einem akuten Myokardinfarkt und postoperativ bei Patienten mit Herzpathologien ein.

Neurophysiologie:
Elektroenzephalogramm,
Elektromyogramm usw.

Schlaflabor: Polysomnographie bei pathologischen Prozessen, auf Verordnung eines Facharztes.

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

Optische Kohärenztomographie (OCT): Augenärztliche Diagnostik nach wissenschaftlich anerkannten klinischen Erkenntnissen.

Diagnostische Hochtechnologie: Über das Netzwerk „Red DKV de Servicios Sanitarios“ werden die Leistungen in Referenzzentren innerhalb Spaniens zur Verfügung gestellt.

a) Umfasst die Mehrschicht-Computertomographie-Angiographie (CT-Angiographie) und Angioresonanz (MR-Angiogramm) **zur Diagnose von arterieller und venöser zerebraler und abdominaler vaskulärer Erkrankungen, Überwachung und Kontrolle der Integrität von Gefäßprothesen, Beurteilung**

von Arterienerweiterungen oder Aneurysmen, vaskuläre Fehlbildungen und Koarktationen unabhängig von ihrer Lokalisation.

b) Arthrographie per Kernspinresonanz (MR-Arthrographie) **bei schwer diagnostizierbarer osteochondraler und tendinöser Pathologie**, Magnetresonanz-Cholangiographie (MRC) und Magnetresonanz-Cholangiopankreatikographie (MRCP) **zum Ausschluss von Choledocholithiasis bei cholezystektomierten Patienten (von Steinen in Gallengängen nach Gallenblasen OP) und onkologischen Erkrankungen der Gallengangs- und Bauspeicheldrüsenwege.**

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 sind.**

d) Eingeschlossen ist die Positronenemissionstomografie (PET), einzeln oder in Kombination mit der Computertomografie (PET CT), **bei Krebsprozessen und anderen klinischen Indikationen, die im Datenblatt des radioaktiven Arzneimittels 18-Fluorodeoxyglucose**

(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 Gammagraphie und die MR-Spektroskopie oder NMR-Spektroskopie mit hoher Auflösung oder Feld (3 Tesla): **bei Krebsdiagnose und/oder Epilepsie, die nicht auf medizinische Behandlungen nach allgemein anerkannter klinischer Praxis reagieren.**

f) Gentests und molekularbiologische Tests: Diese sind mit einer ärztlichen Verschreibung abgedeckt, **sofern sie Einfluss auf die Behandlung einer akuten Krankheit haben oder zur Erstellung einer Differentialdiagnose erforderlich sind, die gemäß der durch die Bewertungsagenturen (AETS) festgelegten Kriterien nicht auf andere Weise bestätigt werden kann.**

Die einzige Ausnahme bildet hier der **Gentest zur Feststellung von Glutenintoleranz oder Zöliakie (HLA-Typisierung auf DQ2 und DQ8) die nur eingeschlossen ist für Kinder bis zu einem Alter von 16 Jahren, die diese Symptome und veränderte serologischen Marker aufzeigen** sowie bei Erwachsenen, wenn Kontraindikationen zur Durchführung

einer Endoskopie und/oder digestiven Biopsie vorliegen oder wenn diese nicht konkludent sind.

g) Der endobronchiale Ultraschall (EBUS, eine Kombination aus Bronchoskopie und Sonographie) zur Diagnose von Krebs-Pathologien von der Bronchialwand benachbarter Strukturen (in der Lunge und im Mittelfellraum), **die durch andere Untersuchungsmethoden nicht zugänglich sind**, und gegebenenfalls die Durchführung einer Biopsie.

h) Die sektorale oder radiale endoskopische Ultraschalluntersuchung (EUS) des Verdauungstrakts zur Bewertung **submuköser Läsionen**, zur **Lokalisierung neuroendokriner Tumore** und zur **Identifizierung und Lokalisierung von Tumoren des Verdauungstraktes und des Bauchspeicheldrüsen- und Gallengangs** sowie von extraluminalem Rezidiven.

i) Digitale Tomosynthese der Brust (3D-Mammographie). Diese Untersuchung ist nur gedeckt, wenn sie durch Leistungserbringer, die dem Netzwerk „Red DKV de Servicios Sanitarios“ **angeschlossen sind, erbracht wird (eigene Mittel)** und wird durchgeführt zur Kontrolle und Überwachung von fibrozystischen Veränderungen der Brust und der onkologischen Früherkennung bei dichtem Drüsengewebe zur Vermeidung unnötiger Biopsien.

j) Dreidimensionale Ultraschalluntersuchung der Schwangerschaft (3D-4D) sowie um die Dimension der Zeit erweitertes Verfahren des 3D-Ultraschalls, der 4D-Ultraschall, die einen Gesamtüberblick über die Anatomie des Fötus in Echtzeit erlaubt. Eingeschlossen, wenn eine ärztliche Verschreibung durch einen Facharzt vorliegt **und unter Einhaltung der Obergrenze von einer Untersuchung pro versicherter Person und Jahr.**

k) SPECT-Untersuchungen; szintigraphische Untersuchung des Gehirns und Darstellung der präsynaptischen Dopamintransporter durch DaTSCAN mittels SPECT. Nur versichert bei Durchführung in Einrichtungen, die dem Netzwerk „Red DKV de Servicios Sanitarios“ der **DKV angehören (eigene Mittel)** und zur Unterscheidung zwischen einer Parkinson-Erkrankung zu anderen Erkrankungen, die parkinsonähnliche Beschwerden hervorrufen können (Differentialdiagnose).

l) MR-Enterographie zur Diagnose bei obstruktiven und entzündlichen Darmerkrankungen, **oder eine CT-Enterographie** bei Dünndarmblutungen unklarer Herkunft.

4.5 Therapieverfahren

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

Die Aufwendungen für Medikamente gehen zu Lasten der versicherten Person.

Analgesie und Behandlung von Schmerzen: die Behandlungen, die von in diesen Techniken spezialisierten Zentren durchgeführt werden, sind gedeckt **mit den Einschränkungen, die für die Deckung von Arzneimitteln in der ambulanten Versorgung gelten, die in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgesetzt sind (siehe Abschnitt 5.x „Ausgeschlossene Deckungsleistungen“).**

Schmalband UVB-Fototherapie: spanienweit in vertragsgebundenen, dem „Red DKV de Servicios Sanitarios“ genannte Netzwerk angeschlossenen Referenzzentren zur Behandlung von ausgedehnter Schuppenflechte (wenn mehr als 20% der Körperoberfläche betroffen sind) und **bei idiopathischer chronisch entzündlicher Dermatose mit Juckreiz der Haut** (Rumpf und Gliedmaßen), **wenn die pharmakologische Behandlung erfolglos war. Es existiert eine**

jährliche Höchstzahl an Sitzungen je versicherter Person (Anzahl der durchgeführten Sitzungen sowohl unter der Nutzung eigener als auch fremder Mittel), **die in der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen festgesetzt ist, die als Anhang den Besonderen Versicherungsbedingungen beigefügt ist.**

Häusliche Therapie des schweren obstruktiven Apnoe-Hypopnoe-Syndrom (OSAS): Beatmung der oberen Luftwege mit Hilfe der Beatmungsgeräte (CPAP/ BiPAP) **bis zu einer Höchstgrenze der gedeckten Behandlungen je versicherter Person pro Kalenderjahr** (Anzahl der durchgeführten Behandlungen sowohl unter der Nutzung eigener als auch fremder Mittel), **wenn der Apnoe-Hypopnoe-Index (AHI) mehr als 30 Episoden pro Stunde Schlaf beträgt; diese Höchstgrenze ist in der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen festgelegt, die den Besonderen Versicherungsbedingungen als Anhang beigefügt ist.** Eingeschlossen ist die Polysomnographie mit Dosistitration, wodurch das Gerät 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 den klinischen Leitfaden NICE unterstützt wird.**

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

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

1. Intrakranielle fraktionierte stereotaktische Strahlentherapie (RTEF) bei Tumoren des Nasopharynx und Tumoren in der Nähe von Nervenstrukturen.
2. Volumetrisch modulierte Rotationsbestrahlung (Volumetric modulated Arc Therapy - VMAT) bei Brust- und Bauchtumoren.
3. Stereotaktische fraktionierte extrakranielle oder Körper-Strahlentherapie außerhalb des Schädels oder des Körper (SBRT-Therapie) und volumetrische

modulierte bildgeführte Bewegungsbestrahlung (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 Bauchspeicheldrüsentumore).

Brachytherapie: Zur Behandlung von gynäkologischem und Prostatakrebs sowie von Genital- und Brustkrebs.

Dialyse und Hämodialyse:

Diese Leistung wird sowohl als ambulante als auch stationäre Behandlung ausschließlich bei akuter Niereninsuffizienz erbracht; ausgenommen ist die Versicherung DKV Mundisalud Premium in der Modalität Individual, **die auch die Behandlung der chronischen Niereninsuffizienz durch das „Red DKV de Servicios Sanitarios“ genannte Netzwerk für Gesundheitsdienstleistungen von DKV Seguros abdeckt.**

Ausdrücklich ausgeschlossen sind Behandlungen von chronischen Nierenerkrankungen in allen Modalitäten von DKV Mundisalud, mit Ausnahme von DKV Mundisalud Premium in der Modalität Individual, sofern die Behandlung

durch Leistungserbringer, die dem „Red DKV de Servicios Sanitarios“ genannten Netzwerk für Gesundheitsdienstleistungen angehören (Eigenmittel), durchgeführt wird und zuvor eine Autorisierung eingeholt wurde.

Die Vakuumtherapie V. A. C., auch Vakuumversiegelung oder Negative Pressure Wound Therapy (NPWT) genannt, zur Wundbehandlung: Diese ist nur gedeckt bei stationärer Aufnahme des Patienten und zur Heilung torpider Wunden oder chronischer Geschwüre (venös, arteriell und neuropathisch), die resistent sind gegenüber ärztlicher oder chirurgischer Behandlung, **die während eines Krankenhausaufenthaltes auch nach einer Behandlungszeit von 6 Wochen nicht heilen oder sich bei konventioneller Behandlung nach einem Monat nicht um mindestens 50% verkleinert haben.**

Podologie: Chiropodistische Behandlungen.

Transplantationen: der Hornhaut, des Herzens, der Leber, der Niere und von Knochenmark.

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

Davon ausgenommen sind die Entnahme, der Transport und die Lagerung des zu transplantierenden Organs; diese Kosten sind nicht gedeckt. Die Hornhauttransplantation ist vollständig gedeckt.

Implantate: Autotransplantate von Haut und Knochen sowie Allotransplantate von Knochen, Sehnen und Bändern, die von den Knochen- und Gewebebanken bezogen werden, sind gedeckt.

Blut- und/oder Blutplasmatransfusionen, bei stationärem Krankenhausaufenthalt.

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 durchgeführt werden, die den Anforderungen des Abschnitts 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 Rehabilitationsarztes, Traumatologen, Rheumatologen oder Neurologen notwendig, **die Verordnung eines Neurologen, wenn die Behandlung bei den klinischen Indikationen beantragt wird, die im Abschnitt 4.3 aufgeführt sind (Absatz. „Neurologische Rehabilitation für erworbene schwere Hirnschäden“).**

Lasertherapie und Magnetfeldtherapie als Techniken der Rehabilitation.

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

Muskel-Skelett-Lithotripsie: Bis zu einer Höchstgrenze an Sitzungen pro Versichertem und Kalenderjahr, die in der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen ersichtlich ist, die den Besonderen Versicherungsbedingungen beigelegt ist. Die Höchstgrenze errechnet sich aus Summe der mit eigenen und mit fremden Mitteln durchgeführten Behandlungen. Eingeschlossen sind Pseudarthrose (verzögerte Frakturheilung), Osteonekrose (Knocheninfarkt) und chronischer Insertions-Tendinitis (mehr als 3 Monate Dauer) des Schulter- oder Ellenbogengelenks, der Kniescheibe, der Ferse und der Fußsohle, wenn eine medizinische Therapie und/oder Rehabilitation erfolglos war.

Modernste therapeutische Technologien:

Über das Netzwerk „Red DKV de Servicios Sanitarios“ werden die Leistungen in Referenzzentren innerhalb Spaniens zur Verfügung gestellt.

a) Herz-Radiofrequenz-Ablation, die durch das Navigationssystem oder Carto-Mapping (3D) oder nicht-fluoroskopische elektroanatomische atriale Kartographie geführt wird, und zwar bei folgenden Indikationen:

- > Die umlaufende Isolierung der Lungenvenen, **wenn ein äußerst symptomatisches paroxysmales Vorhofflimmern (mit drei oder mehr Episoden pro Jahr) vorliegt** und die versicherte Person unter 70 Jahre alt ist.
- > **Das symptomatische anhaltende Vorhofflimmern (seit mehr als einem Jahr) bei antiarrhythmischen Arzneimitteln (2 oder mehr Antiarrhythmika einschließlich Amiodaron) bei Patienten ohne Komorbidität (z. B. Bluthochdruck, Schlafapnoe) und wenn der linke Herzvorhof weniger als 5 Zentimeter beträgt.**
- > **Die atrialen oder ventrikulären Arrhythmien (Herzrhythmusstörungen) im Zusammenhang mit angeborenen Herzerkrankungen.**

> **Die komplexen atrialen Arrhythmien ohne strukturelle Herzerkrankung, wenn mindestens zwei** vorher mit herkömmlichen radiologischen Systemen geführte Ablationen keine Wirkung zeigten.

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

c) Intrakranielle und spinale tumorale Chirurgie, die durch Neuronavigation (3D) unterstützt wird. Computergestütztes 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 Vertragsnetzwerks „DKV Red de Servicios Sanitarios“** (eigene Mittel), wenn sie mit Hilfe des telerobotisierten laparoskopischen Systems da Vinci durchgeführt wird, und der Versicherungsnehmer die vorherige Autorisierung eingeholt hat.

Falls sich der Versicherte für fremde Mittel außerhalb des Vertragsnetzwerks „DKV Red de Servicios Sanitarios“ entscheidet, erstattet DKV Seguros die entstandenen Kosten zu dem Prozentsatz und den Höchstgrenzen, die für die vertraglich vereinbarte Modalität der Versicherung DKV Mundisalud gelten. Die jährliche Höchstgrenze für eine radikale roberterassistierte Prostatektomie ist in der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen genannt, die den Besonderen Versicherungsbedingungen beigelegt ist. Für dieses Limit werden sämtliche angefallenen Kosten des chirurgischen Eingriffs zusammengerechnet: Die Honorare der Ärzte, der Helfer, des Anästhesisten sowie aller weiteren Mitarbeiter, die an der Operation beteiligt sind; zu diesen hinzugerechnet werden die Kosten für die Nutzung des robotergestützten Systems, des chirurgischen und des sonstigen, damit verbundenen Materials sowie die mit diesem chirurgischen Eingriff verbundenen Kosten des Krankenhausaufenthaltes (siehe Abschnitt 4.6 medizinische Versorgung im Krankenhaus).

e) System zum Intraoperativen Neurophysiologischen Monitoring (MNIO) des Nervensystems bei intrakranieller Chirurgie, der Fusion oder Arthrodesen von drei oder mehr Stufen der Wirbelsäule

sowie bei Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenoperationen.

Überwachungssystem zur Verbesserung der chirurgischen Sicherheit für die Patienten und zur Erleichterung der Arbeit der Neurochirurgen. Zur Deckung ist eine ärztliche Verschreibung erforderlich.

f) Prostata-Biopsie durch funktionelle multiparametrische Magnetresonanztomographie (mpMRT): zur Früherkennung des verborgenen Prostatakarzinoms (über die aktuellen Immunanalysen nicht nachweisbar) in Fällen von hohem klinischen Verdacht **mit anhaltend erhöhtem PSA (mehr als 6 Monate) und bei negativen vorherigen, durch 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 Schleimhaut und 2 cm groß oder kleiner), zur Durchführung von umfassenden diagnostischen Biopsien und zur lokalen Begrenzung des Tumorwachstums.

Logopädie und Phoniatrie: Umfasst mit Verschreibung durch einen HNO-Arzt die Stimmtherapie zur Wiederherstellung der Stimme bei Veränderungen der Stimmbänder aufgrund organisch

bedingter Ursachen (infektiöse, traumatische und onkologische Pathologie).

Logopädische Reedukation: Versichert sind **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 20 Sitzungen pro Versichertem und bei Rehabilitation bei Sprachveränderung oder Sprachverlust bei Erwachsenen nach einer akuten Hirnblutung (Schlaganfall) bis zu 20 Sitzungen pro Versichertem und Jahr.**

Außerdem existiert **eine Erstattungsgrenze pro logopädischer Therapiesitzung**, wenn der Versicherte auf Ärzte und Zentren außerhalb des Vertragsnetzwerks „Red DKV de Servicios Sanitarios“ zugreift **und eine Obergrenze für die Anzahl der Sitzungen pro Versichertem und Kalenderjahr** (die durch Eigen- und Fremdmittel finanzierten Sitzungen zusammengerechnet) für jede dieser vorgenannten Therapien. **Beide Höchstgrenzen sind zudem in der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen, die den Besonderen Versicherungsbedingungen beigelegt ist, genannt.**

Onkologische Chemotherapie: Dem Patienten wird das notwendige

zytostatische antitumorale Medikament zur Verfügung gestellt, falls notwendig auch der implantierbare Portkatheter zur intravenösen Verabreichung, sowohl ambulant als auch im Tageskrankenhaus und auch während eines Krankenhausaufenthaltes, jedoch nur dann, wenn dies 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 „Grundkonzepte. Begriffsbestimmungen“ unter dem Punkt „Zytostatika“ beschrieben sind. Es sind eingeschlossen die Medikamente der endovesikalen Instillationen mit BCG und die palliativen 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 Stationärer Aufenthalt zur medizinischen Versorgung

Die stationäre medizinische Versorgung wird in Kliniken oder

Krankenhäusern nach vorheriger und schriftlicher ärztlicher Verordnung, und im Falle von vertragsgebundenen Leistungserbringern des „Red DKV de Servicios Sanitarios“ von DKV Seguros, nach Ausstellung der entsprechenden Autorisierung durchgeführt.

Dies 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 eingeschlossen:

- > Onkologische Behandlungen: Radiumtherapie, Brachytherapie (interne 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).
- > Die Vakuumtherapie (auch Vakuumversiegelung, Negative Pressure Wound Therapy [NPWT]), zur Wundbehandlung und Wundheilung **unter Berücksichtigung der in Absatz 4.5 „Therapieverfahren“ genannten Einschränkungen.**

> **OSNA-Technik, One-Step Nucleic Acid Amplification:**

Intraoperative Molekularanalyse der Sentinel-Lymphknoten. Diese ist eingeschlossen bei Brustkrebs im Frühstadium, bei tumorfreien Lymphknoten.

> Lithotripsie (Zertrümmerung von Nieren- und Blasensteinen) und Muskel-Skelett Lithotripsie.

> Dialyse und Hämodialyse.

> Chirurgische Eingriffe der durch die spanische Ärztekammer OMC (Organización Médica Colegial) festgelegten Gruppen II bis VIII, ausschließlich in klinischen Einrichtungen.

> Große ambulante Chirurgie.

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

> Techniken der Familienplanung: Tubenligatur (Eileiterunterbindung) und Vasektomie.

> Intrakranielle stereotaktische Radioneurochirurgie.

> Arthroskopische Chirurgie.

> Chirurgie der Nasenmuscheln oder Turbinoplastik sowie Adenotomie

und Radiofrequenzablation bei rhinosinusaler Erkrankung.

> Chirurgischer Laser in der Gynäkologie, Augenheilkunde, Proktologie, peripheren Gefäßchirurgie und Hals-Nasen- Ohrenheilkunde.

> 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 Spitzentechnologie **(siehe vom Versicherungsschutz gedeckte Behandlungen im Abschnitt 4.5 Therapieverfahren).**

> Chirurgische Prothesen.

> Tagegeld bei stationärem Krankenhausaufenthalt.

Im Versicherungsschutz eingeschlossen ist die Benutzung eines Standardeinzelzimmers mit Sanitärzelle und Bett für eine Begleitperson (außer bei psychiatrischen Behandlungen, bei Behandlungen auf der Intensivstation oder bei Frühgeborenen, die in einem Inkubator versorgt werden). Ebenso abgedeckt sind die Aufwendungen für die Verpflegung des Patienten, die allgemeinen Krankenhauskosten für die

Pflege, die Aufwendungen für die Benutzung der Spezialstation, zusätzliche, komplementäre diagnostische Verfahren, Anwendungen, Materialien, die Aufwendungen für Benutzung des Operationssaals, des Kreißsaals, der Anästhesiemittel und Medikamente sowie Implantate aus biologischen Materialien und/oder Biomaterialien mit therapeutischem Zweck, wie in Abschnitt 4.7 „Chirurgische Prothesen“ der Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben. **Ausdrücklich ausgeschlossen sind biologische Medikamente oder medizinische Biomaterialien, die nicht im Abschnitt 4.7 genannt sind und die Therapien des Abschnitts 5.r „Ausgeschlossene Deckungsleistungen“.**

In diesem Bereich gilt, je nach Krankenhausaufenthaltsdauer, für die Rückerstattung bei Inanspruchnahme von Fremdmitteln und ausdrücklich mit Wirkung nur auf die tägliche Obergrenze bei Krankenhausaufenthalten, Folgendes:

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 des Aufenthalts auf der Intensivstation).

c) Stationärer Aufenthalt auf der Intensivstation:

Krankenhausaufenthalte oder Krankenhauseinweisungen, egal aus welchem Grund, in medizinischen Einheiten, die auf intensivmedizinische Behandlungen spezialisiert sind.

Darüber hinaus wird je nach Ursache der Behandlung und/oder Art der Krankenhausbehandlung nach folgenden Kriterien unterschieden:

1. Stationärer Aufenthalt zur medizinischen Behandlung (ohne chirurgischen Eingriff)

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

2. Stationärer Aufenthalt zur chirurgischen Intervention

Eingeschlossen sind die verschiedenen chirurgischen Fachgebiete zur Behandlung von Krankheitsbildern, die chirurgische Eingriffe erfordern, präoperative oder präanästhesiologische 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 des Krankenhausaufenthaltes werden als Chirurgie mit Kurzaufenthalt jene Einweisungen verstanden, die einen gewissen Zeitraum nicht überschreiten (siehe Abschnitt 2. Grundkonzepte. Begriffsbestimmungen).

3. Schwangerschafts- und geburtsbegleitender stationärer Aufenthalt Inklusive der Behandlung durch den Facharzt für Geburtskunde und/oder die Hebamme bei stationärer Einweisung während der Schwangerschaft und/oder bei der Geburt; weiter das Kinderbett und/oder der Inkubator für das Neugeborene während des stationären Aufenthalts, bis zu einer Höchstgrenze von 28 Tagen.

4. Stationärer Aufenthalt zur 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. Stationärer Aufenthalt zur psychiatrischen Behandlung Eingeschlossen ist die Behandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie.

Im Versicherungsschutz sind lediglich akute Krisen eingeschlossen.

Der Aufenthalt ist auf einen maximalen Zeitraum von Tagen pro Kalenderjahr begrenzt, dieser ist der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen zu entnehmen, die den Besonderen Versicherungsbedingungen beigefügt ist. Zur Ermittlung dieses maximalen Zeitraums werden sowohl die Aufenthaltstage, die über das Vertragsnetzwerk „Red DKV de Servicios Sanitarios“ erfolgten, als auch die Aufenthaltstage, die über nicht dem Vertragsnetzwerk angehörende Leistungsträger in der Modalität Fremdmittel erfolgten, zusammengerechnet.

6. Stationärer Aufenthalt zur Behandlung auf der Intensivstation (UCI) Inklusive der Behandlung durch einen intensivmedizinischen Facharzt.

7. Stationärer Aufenthalt zur Dialysebehandlung und künstliche Niere Schließt die Behandlung bei akuter Niereninsuffizienz durch einen Nephrologen oder Internisten ein.

Darüber hinaus ist bei der Modalität Individual DKV Mundisalud Premium die Behandlung bei chronischem Nierenversagen innerhalb des Vertragsnetzwerks „Red DKV de Servicios Sanitarios“ von DKV Seguros vom Versicherungsschutz abgedeckt.

4.7 Ergänzende Deckungsleistungen

Präventivmedizin Umfasst die folgenden Programme, durchgeführt nach den allgemein anerkannten Verfahren:

1. Gesundheitsprogramm für Kinder

Dieses schließt ein:

- > Gymnastik und psychoprophylaktische Geburtsvorbereitung, praktische und theoretische Kurse in Kinderpflege, die entweder in entsprechenden Einrichtungen, die dem Netzwerk „Red DKV de Servicios Sanitarios“ angehören, vorgenommen werden oder in nicht angeschlossenen Einrichtungen (Fremdmittel) und mit Erstattung der Aufwendungen. Ebenfalls eingeschlossen ist die vorbeugende Rehabilitation des Beckenbodens nach der Geburt (diese Leistung ist maximal für den Zeitraum von vier Monaten nach der Geburt gedeckt) **und kann nur in entsprechenden Einrichtungen, die dem Netzwerk „Red DKV de Servicios Sanitarios“ (Eigenmittel) angehören, in Anspruch genommen werden. Es besteht eine Begrenzung auf maximal 10 Sitzungen pro Jahr.**
- > Untersuchung des Neugeborenen: Neugeborenencreening auf Hormonstörungen und Stoffwechselkrankheiten (Phenylketonurie und

angeborene Hypothyreose), Neugeborenenhörscreening (NGHS) zur Früherkennung von Schwerhörigkeit, Test der Augenreaktionen des Neugeborenen sowie der Neugeborenen-Ultraschall.

- > Das in Spanien obligatorische Impfprogramm für Kinder in vertragsgebundenen, dafür vorgesehenen medizinischen Einrichtungen, sofern diese von den Behörden der Autonomen Regionen dazu autorisiert sind.
- > **Erstattung (Medikamentenkosten) der von der spanischen Gesellschaft für Kinderheilkunde (Asociación Española de Pediatría) empfohlenen, in den Impfkalendern der autonomen Gemeinschaften Spaniens jedoch nicht vorgeschriebenen Kinderimpfungen, vorausgesetzt, dass sie von einem Kinderarzt verschrieben werden. Dazu gehören die folgenden Impfungen: **Impfungen gegen Rotavirus bei Säuglingen, Meningokokken B bei Kleinkindern 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.

Für jede dieser Impfungen **ist ein Erstattungshöchstbetrag pro Impfung (Einheit)** und eine weitere **maximale Höchstgrenze für jede versicherte Person pro Jahr festgelegt** (als Summe aus den Aufwendungen aus den Leistungsmodalitäten Eigene Mittel und Fremde Mittel), die in der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen festgelegt ist, die als Anhang den Besonderen Versicherungsbedingungen beigefügt ist.

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

2. Programm zur Früherkennung von Diabetes

Dieses schließt ein:

- > **Ab dem 45. Lebensjahr** alle vier Jahre die Bestimmung der Nüchtern glukose im Plasma.
- > **Bei Personen mit einem hohen Risiko, an Diabetes zu erkranken:** Bei Vorgeschichte von Diabetes in der Verwandtschaft ersten Grades, metabolischem Syndrom oder gestörter Nüchtern glukose (IFG 110 - 125 mg/dl) wird die Untersuchung

jährlich durchgeführt. Wenn eine gestörte Nüchtern glukose (IFG) bestätigt wird, sollte auch eine Untersuchung zum glykierten Hämoglobin (HbA1c) oder ein oraler Test zur Ermittlung der Glukosetoleranz durchgeführt werden.

- > **Wird aufgrund einer gestörten Nüchtern glukose zwischen 110-125 mg/dl und glykiertem Hämoglobin unter 6,5 % die Diagnose von Prädiabetes gestellt**, so werden beide Werte einmal jährlich kontrolliert.
- > Wird aufgrund **von gestörter Nüchtern glukose** von über 125 mg/dl und glykiertem Hämoglobin von 6,5 % oder mehr die Diagnose Diabetes gestellt, so findet eine Kontrolle und klinische Überwachung durch DKV Seguros statt.

3. Programm zur Früherkennung von Glaukome

Dieses schließt ein:

- > Ab dem Alter von 40 Jahren alle drei Jahre eine Messung des Augeninnendrucks (AID).
- > Bei Versicherten, die zur Risikogruppe mit familiärer Glaukomvorgeschichte gehören, wird jährlich eine Messung des intraokularen Drucks durchgeführt.

Sollte ein erhöhter Augeninnendruck festgestellt werden, erfolgt die Kontrolle und Überwachung mittels Ophthalmoskopie und Perimetrie und, falls nötig, eine optische Kohärenztomographie nach anerkannten klinischen Verfahren.

4. Programm zur Früherkennung von gynäkologischen Krebserkrankungen bei Frauen

Dieses schließt ein:

- > Regelmäßige Untersuchungen zur Früherkennung von Brust- und Gebärmutterhalskrebs.
- > Jährliche gynäkologische Vorsorgeuntersuchung, bestehend aus der Kontrolluntersuchung, einer Kolposkopie, einer Zytologie, einem gynäkologischem Ultraschall und einer Mammografie, alles nach allgemein anerkannten medizinischen Protokollen.
- > HPV-TEST (ADN-HPV), um eine Infektion mit dem humanen Papillomvirus bei Frauen mit pathologischer zervikovaginaler Zytologie (nach Klassifikation Bethesda) und nach Konisation zu diagnostizieren sowie zervikale Schädigungen frühzeitig zu identifizieren und zu behandeln, bei denen ein erhöhtes Risiko zu onkologischer Veränderung besteht.

5. Präventionsprogramm für Herz- und Herzgefäßerkrankungen

Dieses schließt ein:

- > **Eine jährliche medizinische oder kardiologische Basisvorsorgeuntersuchung**, bestehend aus einer Kontrolluntersuchung, einer allgemeinen Blut- und Urinuntersuchung, einer Thoraxradiografie und einem Elektrokardiogramm.
- > **Eine umfassende kardiologische Kontrolluntersuchung alle 3 Jahre** in zum DKV-Netzwerk für Gesundheitsdienstleistungen gehörenden Referenzzentren, die aus einer Anamnese, körperlicher kardiologischer Untersuchung, spezifischer und präventiver Analyse der Atheromatose (Blutbild, Elektrolyte, Cholesterin, Triglyceride, Homocystein, Glucose, Harnstoff und Harnsäure, Kalzium, Prothrombin-Werten Thrombozyten und Plaque), Ruhe- und Belastungs-Elektrokardiogramm sowie eines Echokardiogramms besteht.

6. Programm zur Hautkrebsprävention

Dieses schließt ein:

- > Untersuchung und Kontrolle in Bezug auf Veränderungen in Größe, Farbe

und Form von dysplastischen oder atypischen Nävi (Muttermalen).

- > **Digitale Epilumineszenz-Mikroskopie oder Dermatoskopie** zur Früherkennung von Melanomen:

1. Bei Versicherten mit erhöhtem Risiko:

mit multiplen atypischen Nävi (>100), oder bei denen ein familiäres dysplastisches Nävus-Syndrom diagnostiziert wurde, oder die eine persönliche oder familiäre Vorgeschichte (des ersten und zweiten Grades) von Melanomen haben oder Träger von assoziierten genetischen Mutationen sind.

2. Alle drei Jahre bei einem dermatologischen Check-up:

Die Kontrolle und Überwachung von kongenitalen, pigmentierten oder mit Risiko behafteten Hautläsionen.

7. Programm zur Prävention von kolorektalen Tumoren für zur Risikogruppe gehörende Versicherte mit entsprechender Vorgeschichte

Dieses schließt ein:

- > Ärztliche Beratung und körperliche Untersuchung.
- > Spezifischer Test, um okkultes Blut im Stuhl nachzuweisen.
- > Koloskopie, falls erforderlich.

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

Dieses schließt ein:

- > Ärztliche Beratung und körperliche Untersuchung.
- > Blut- und Urinuntersuchung mit Bestimmung des prostataspezifischen Antigens.
- > Transrektaler Ultraschall und/oder Prostata-Biopsie, falls notwendig.

9. Programm zur Mund- und Zahngesundheit

9.1 Im Kindesalter: zur Vorbeugung von Karies, Parodontose, der Fehlstellung von Zähnen oder bei Aufbissproblemen.

Dies schließt ein:

- > Zahnärztliche Beratung und Untersuchung zur Feststellung der Mundgesundheit
- > Beratung zur Änderung von Ernährungsgewohnheiten
- > Einführung der richtigen Mundhygiene
- > Topische Fluoridbehandlung
- > Versiegelung von Fissuren und Zahnfüllungen (Plomben)

- > Professionelle Mund- und Zahnreinigung, wann immer dies notwendig ist

9.2 Während der Schwangerschaft:

Das Programm ist darauf ausgerichtet, durch eine Bewertung des Zustandes des Zahnfleisches Richtlinien für eine Vorsorge zu geben sowie Empfehlungen zu Mundhygiene und Ernährung; weiter wird über die am häufigsten vorkommenden Mundkrankheiten des erwarteten Kindes informiert.

Dieses schließt ein:

- > Aufstellung eines Ernährungsplans zur Karieskontrolle
- > Professionelle Zahnreinigung
- > Aufbringen von desensibilisierendem Fluorid

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

- > Psychische Erkrankungen: Depression, Schizophrenie und psychotische Störungen.

- > Verhaltensstörungen: Neurosen, Angstzustände, Persönlichkeitsstörungen und Zwangsstörungen (Obsessive-Compulsive Disorder, OCD).
- > Essstörungen: Magersucht und Bulimie.
- > Mobbing in der Schule, Cybermobbing, geschlechtsspezifische und häusliche Gewalt.
- > Schlafstörungen: Bettnässen, Schlaflosigkeit, Schlafwandeln und nächtliche Angstzustände.
- > Anpassungsstörungen: Arbeitsbedingte und posttraumatische Stresssituationen, Trauer, Scheidung, Jugend/Pubertät, Posturlaubssyndrom usw.
- > Lernstörungen: Hyperaktivität und Schulversagen.

Nutzt der Versicherte fremde Mittel, also Leistungserbringer, die nicht dem „Red DKV de Servicios Sanitarios“ genannten Netzwerk für Gesundheitsdienstleistungen der DKV Seguros angehören, so gilt für jede psychotherapeutische Sitzung eine Höchstgrenze, bis zu der die Erstattung des Honorars vorgenommen wird; **dies gilt nicht für die Versicherungsverträge DKV Mundisalud Premium.** Die von der Versicherung gedeckte

maximale Anzahl von Sitzungen pro Versichertem und Kalenderjahr (Summe der Sitzungen aus den Leistungsmodalitäten eigene Mittel und fremde Mittel) ist in der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen festgelegt, die als Anhang den Besonderen Versicherungsbedingungen beigelegt ist.

Familienplanung Diese schließt die nachfolgend aufgeführten Leistungen ein:

- > Implantation eines IUP, einschließlich der Erstattung der Kosten des Implantats zu dem Prozentsatz, der in der jeweiligen Modalität der Versicherung festgesetzt ist und **bis zu einem Höchstbetrag, der in der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen festgesetzt ist, die den Besonderen Versicherungsbedingungen beigelegt ist.**
- > Tubenligatur (Unterbindung der Eileiter).
- > Vasektomie (Sterilisation des Mannes).

Chirurgische Prothesen: Im Versicherungsschutz eingeschlossen sind die Verordnung und das Einsetzen von Gelenkprothesen (Schulter, Hüfte, Knie, Knöchel und Fußgelenk), Gefäßprothesen sowie

solche für das Herz (Herzklappen, Bypass, Stent, Systeme von Septal Occludern, temporärer oder permanenter Herzschrittmacher und automatischer Defibrillator), Implantate bei Ossikuloplastik (Ersatz der Gehörknöchelchen durch ein Mittelohrimplantat), traumatologische, interne Prothesen (Schienen, Metallplatten zur Fixierung und Schrauben) und **intersomatische Abstandhalter oder Zwischenwirbelkämme in der Chirurgie des Zusammenfügens oder der Versteifung der Wirbelsäule, Bandscheibenprothesen bei behandlungsresistenten symptomatischen Bandscheibenerkrankungen** (funktionelles neurologisches Defizit und Schmerzen), interspinöse Spreizer als Abstandhalter bei lumbalen Spinalkanalstenosen, die starke Schmerzen auslösen, sowie neurogener Claudicatio oder spinaler Stenose (Schmerzen, die beim Laufen eintreten und beim Hinsetzen wieder verschwinden) **von über sechs Monate anhaltender Dauer** trotz konservativer Behandlung. **Darüber hinaus umfasst der Versicherungsschutz die Kosten für Implantate und biologische Materialien und/oder Biomaterialien zu therapeutischen Zwecken, wie nachfolgend aufgeführt:**

- > Versiegelungsmittel, Klebstoffe oder biologische Klebstoffe in der onkologischen Chirurgie.

- > Antiadhäsives Sperrschicht-Gel oder Antihaft-Gel: in der Wirbelsäulenchirurgie und bei erneuten chirurgischen Eingriffen verschiedener Fachgebiete.
- > Mittelohrdrainagen: Bei anhaltenden Entzündungen oder Verschleimungen des Mittelohrs (ins Trommelfell eingefügt, wenn die Entzündung mehr als 3 Monate andauert).
- > Ersatz der Knochenimplantate
Knochenzemente und regenerative demineralisierte Knochenmatrix in der Wirbelsäulen- und Gelenkchirurgie (Hüfte, Knie und Fuß).
- > Bioplastik: Biomatrix oder resorbierbares Netz als Ersatz der Dura Mater in der Hirnchirurgie oder der spinalen Tumorchirurgie und Chirurgie des Herzbeutels.
- > Gelenkverankerungen: Umfasst hochresistente Biomaterialien (PPLA und PEEK) zur Befestigung der Bänder der großen Gelenke (Schulter, Knie, Hüfte, Ellenbogen und Knöchel) in der minimalinvasiven arthroskopischen Chirurgie der Gliedmaßen.

Außerdem eingeschlossen sind Osteosynthesematerial,

Stents des Verdauungsapparates, der Gallenwege, der Speiseröhre, des Magens, der Bauchspeicheldrüse

und Stenteinlagen für den kompletten Verdauungsapparat zur palliativen Behandlung bei obstruktiven onkologischen Pathologien; chirurgische Stütznetze bei Defekten der Bauchdecke, suburethrale Schlingen und Rückhaltenetze, die in der Chirurgie der Harninkontinenz und bei Prolaps der Beckenorgane verwendet werden, Ventile bei Hydrozephalus, externe Skelettfixierungen, Testicularimplantate aufgrund Orchiektomie nach onkologischem Prozess oder Unfall, Hautexpander, Brustprothesen und Deckgewebe nur bei Rekonstruktion nach Radikalentfernung; die intraokularen neutralen monofokalen Linsen (ohne weitere Sehkorrektur) bei Katarakten (außer bei DKV Mundisalud Premium, dort wird die torische oder multifokale Linse bis zu einem Höchstbetrag pro behandeltem Auge gedeckt).

Es existiert keine jährliche Deckungsobergrenze für Prothesen und Implantate, die über das „Red DKV de Servicios Sanitarios“ genannte Netzwerk für Gesundheitsdienstleistungen der DKV Seguros (Eigenmittel) im Rahmen der Versicherung DKV Mundisalud Premium eingesetzt werden, sofern im Voraus die erforderliche Autorisierung von DKV Seguros eingeholt wurde. Für die restlichen Modalitäten von DKV Mundisalud gilt bei Eigenmitteln

ebenfalls keine Deckungsgrenze, sofern vor der Leistungserbringung durch DKV Seguros eine Autorisierung erteilt wurde. **Ausgenommen hiervon sind die zuvor beschriebenen Herz- und Gefäßprothesen, für diese chirurgischen Prothesen gilt eine Deckungsobergrenze pro Versichertem und Jahr, die in der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen festgelegt ist, die den Besonderen Versicherungsbedingungen beigefügt ist.**

Bei der Deckungsmodalität Fremdmittel und wenn die in diesem Abschnitt genannte Versorgung mit Implantaten und Prothesen nicht in Zentren des Vertragsnetzwerks „Red DKV de Servicios Sanitarios“ erfolgte und/oder vor dem operativen Eingriff keine Autorisierung durch DKV Seguros erteilt wurde, werden die verauslagten Kosten der Rechnungen bis zu dem prozentualen Anteil **und bis zu der Höchstgrenze erstattet, die in der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen festgesetzt ist, die den Besonderen Versicherungsbedingungen beigefügt ist.**

Zur Ermittlung der jährlichen Deckungsgrenze für jeden der Versicherten bei Prothesen werden sowohl die innerhalb des „Red DKV de Servicios Sanitarios“ genannten Netzwerks

für Gesundheitsdienstleistungen der DKV Seguros anfallenden Kosten (gegebenenfalls auch Herz- und Gefäßprothesen, die durch Eigenmittel geleistet werden) als auch die durch die Inanspruchnahme von nicht dem DKV-Netzwerk angehörenden Leistungserbringern (Deckungsmodalität Fremdmittel) berücksichtigt.

Tägliche Entschädigungszahlung bei Krankenhausaufenthalten (Krankenhaustagegeld) DKV

Seguros zahlt ab dem dritten Tag des stationären Aufenthalts einen täglichen Höchstbetrag bis zu einer Höchstgrenze pro Versichertem und Kalenderjahr, der in der den Besonderen Versicherungsbedingungen beigefügten Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen festgelegt ist. Dabei müssen folgende Anforderungen erfüllt sein:

- > Die stationäre Behandlung ist im Versicherungsschutz der Police eingeschlossen und es gibt keinen Zahlungspflichtigen Dritten.
- > Die durch den Krankenhausaufenthalt entstandenen Kosten wurden nicht zu Lasten von DKV Seguros abgerechnet.

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

(HIV) verursachten Krankheiten:

Gedeckt sind die Behandlungskosten unter Berücksichtigung der Höchstgrenzen und Ausschlüsse, die in den verschiedenen Abschnitten der Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt (Abschnitte 2, 3, 4, 5 und 6) und die anwendbar sind. Weiter wird **eine Ausschlussfrist festgelegt sowie für jeden Versicherten eine maximale Höchstgrenze, die für die Laufzeit des Versicherungsvertrags und/ oder die Lebenszeit des Versicherten gilt; diese ist aufgeführt in der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen, die den Besonderen Versicherungsbedingungen beigefügt ist** und errechnet sich aus der Gesamtsumme der Kosten der eigenen und der fremden Mittel.

4.8 Exklusive Deckungsleistungen

Nur der Abschluss der Versicherung „DKV Mundisalud“ mit kompletter medizinischer Versorgung in der Vertragsmodalität Individual berechtigt die versicherte Person, die folgenden, zusätzlichen Leistungen in Anspruch zu nehmen:

1. Erstattung von Aufwendungen für alternative und ergänzende Therapien (Homöopathie und Akupunktur).
2. Erstattung der Kosten für Leistungen der Familienhilfe und/oder Pflege von Pflegebedürftigen, sofern die

Pflegestufe 3 aufgrund eines Unfalls vorliegt.

3. Erstattung von Arzneimittelkosten.
4. Die Erstattung der jährlich anfallenden Kosten für die Aufbewahrung der aus der Nabelschnur stammenden Blutstammzellen in einer Nabelschnurblutbank **während der ersten sechs Jahre nach der Geburt**, sofern die Gewinnung und die Kryokonservierung der Nabelschnur **über einen dem DKV-Netzwerk „Red de Servicios DKV Club Salud y Bienestar“ angeschlossenen Leistungserbringer erfolgte, die Geburt durch die Versicherung gedeckt war und das Kind, dessen Stammzellen aufbewahrt werden, in der Versicherungspolice aufgenommen und somit versichert ist.**

Durch den Vertragsabschluss der Versicherung „DKV Mundisalud“ Classic, Elite oder Premium mit medizinischer Komplettversorgung in der Modalität Individual hat der Versicherte Zugang zu folgenden zusätzlichen Deckungen:

1. **Assistierte Reproduktion:** Die Deckung umfasst die Techniken der assistierten Reproduktion während des Zeitraums der maximalen Fruchtbarkeit (ab einem Alter von 18 Jahren, bei Frauen bis 42 Jahre und bei Männern bis 55 Jahre) zur

Behandlung vorhandener Infertilität des Paares. Nutzt der Versicherte fremde Mittel, also Leistungserbringer, die nicht dem „Red DKV de Servicios Sanitarios“ genannten Netzwerk für Gesundheitsdienstleistungen der DKV Seguros angehören, so gilt für jede psychotherapeutische Sitzung eine Höchstgrenze, bis zu der die Erstattung des Honorars vorgenommen wird; dies gilt nicht für die Versicherungsverträge DKV Mundisalud Premium.

Zugang zur Behandlung besteht nach einer Karenzzeit von 48 Monaten, mit der vorherigen Autorisierung durch die Versicherung und **ausschließlich durch die Inanspruchnahme der medizinischen Behandlungszentren und Kliniken für assistierte Reproduktion, die dem Netzwerk „Red DKV de Servicios Sanitarios“ der Versicherung angeschlossen sind (eigene Mittel)**, auch wenn diese sich nicht in der Provinz befinden, in der die Versicherten ihren Wohnsitz haben.

Die Beschreibung dieser exklusiven Deckungsleistungen, einschließlich ihrer Modalität, des territorialen Geltungsbereichs, des Gegenstands, der Form des Zugangs, der Karenzzeit, der Deckungsbeschränkungen und der ausgeschlossenen Risiken sind im Anhang II (Exklusive Deckungsleistungen der Versicherung DKV Mundisalud in der Modalität Individual) aufgeführt sowie auch

in den Abschnitten der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die den Deckungsumfang der Versicherung einschränken: Abschnitt 2: Abschnitt 2 „Grundkonzepte. Begriffsbestimmungen“, Abschnitt 3 „Modalität und Umfang der Versicherung“ Abschnitt 4 „Leistungsübersicht - Beschreibung der Deckungen“, Abschnitt 5 „Ausgeschlossene Deckungsleistungen“ und Abschnitt 6 „Karenzzeiten und Ausschlusszeiten“.

4.9 Reiseversicherung - Reiseassistentz

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. Zugang zu diesen Leistungen besteht nur auf telefonischem Weg, wählen Sie in diesem Fall die Rufnummer +34 913 790 434.

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 körperliche Schädigungen sowie Unfallfolgen und Folgeerscheinungen von Krankheiten, immer dann, wenn diese ihren Ursprung vor Aufnahme der jeweiligen versicherten Person in die Police hatten.

b) Sämtliche diagnostischen und therapeutischen Verfahren, deren Sicherheit und Wirtschaftlichkeit (Kosten-Nutzen) nicht wissenschaftlich nachgewiesen, bzw. nicht von den Agenturen zur Bewertung von Gesundheitstechnologien ratifiziert sind, oder die nachweislich durch andere, bessere verfügbare Verfahren ersetzt wurden.

c) Körperliche 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 körperliche Schäden, die infolge von Naturkatastrophen wie Erdbeben, Überschwemmungen oder aufgrund anderer seismischer oder meteorologischer Phänomene entstehen.

d) Krankheiten oder Verletzungen, die durch die professionelle Ausübung einer Sportart oder bei der Teilnahme an Wettbewerben und Wettkämpfen entstehen. Ebenso ausgeschlossen sind Krankheiten oder Verletzungen, die durch die professionelle oder nichtprofessionelle Ausübung von risikoreichen Aktivitäten wie Stierkampf oder dem Eintreiben von ungezähmtem Vieh, Gefahrensportarten wie Tauchen, Bobfahren,

Boxkampf, Kampfsportarten, Bergsteigen/Klettern, Rennen mit motorbetriebenen Fahrzeugen, Rugby, Quadfahren, Höhlenwandern, Paragliding, Luftsportaktivitäten mit nicht für den öffentlichen Passagiertransport bestimmten Luftfahrzeugen, Wildwassersport und Wassersport unter sonstigen mit Risiken behafteten Bedingungen, Bungee-Jumping und Canyoning verursacht werden, dies gilt auch für das Training dieser Sportarten sowie für jede andere, eindeutig gefährliche Sportart.

e) Medizinische Maßnahmen zur Behandlung von chronischem Alkoholismus und / oder Suchtmittelabhängigkeit sowie daraus entstehende Komplikationen und Folgen, medizinische Versorgung von Verletzten infolge von Trunkenheit, Gewalt, Schlägereien oder Streit, Suizidversuch oder Selbstverstümmelungen und Erkrankungen oder Unfälle, die aufgrund von Vorsatz, grober oder leichter Fahrlässigkeit oder Leichtfertigkeit 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). Operationen zur Geschlechtsumwandlung. Krampfaderbehandlungen aus ästhetischen Gründen, ambulante oder stationäre Schlankheitskuren, dermatologische Ästhetik im Allgemeinen, einschließlich Kapillarbehandlungen. Ebenfalls ausgenommen sind die chirurgische Korrektur von Kurzsichtigkeit, Astigmatismus, Weitsichtigkeit und Alterssichtigkeit sowie Orthokeratologie und kosmetische Zahnmedizin. Sowie die Folgen und Komplikationen, die sich aus allen in diesem Abschnitt zusammengefassten Ausschlüssen ergeben.

g) Alternative und komplementäre Therapieformen, Akupunktur, Naturheilkunde, Homöopathie, Chiromassage, Lymphdrainage, Mesotherapie, Gymnastik, Osteopathie, Hydrotherapie, alternative Entbindungsmethoden (Hausgeburt, Wassergeburt usw.), dreiphasige Sauerstofftherapie, Pressotherapie, Ozontherapie, die Modalitäten der Lichttherapie und ihre Anwendungsgebiete, die nicht im Absatz 4.5 aufgeführt sind sowie andere vergleichbare Leistungen, wie zum Beispiel Orthoptik und die Leistungen, die in offiziell nicht anerkannten medizinischen Fachrichtungen erbracht werden.

Zudem sind alle medizinischen-chirurgischen Behandlungen mit Radiofrequenz ausgeschlossen, außer bei Adenotomie, Herz-Ablation sowie bei Chirurgie für Nasenmuscheln (Turbinoplastik) und rhinosinusale Ablationen.

h) Aufenthalte, Versorgung oder Behandlung in nicht medizinischen Einrichtungen wie Hotels, Einrichtungen zur Durchführung von Badekuren, Spas und Wellness-Einrichtungen, Seniorenheimen oder -residenzen, Erholungszentren, Diagnostikzentren u. ä., selbst wenn eine ärztliche Verordnung vorliegt. Dies gilt ebenfalls für Einweisungen in Zentren, die sich mit Aktivitäten beschäftigen, die im Zusammenhang mit Freizeit, Erholung und diätetischer Behandlung/ Ernährungstherapie stehen.

Psychiatrischer Krankenhausaufenthalt, außer bei akuten Anfällen; Krankenseinweisungen aus sozialen oder familiären Gründen und solche, die durch eine häusliche oder ambulante Betreuung ersetzt werden können.

Ebenso ausgeschlossen sind Behandlungen in Krankenhäusern, Zentren oder anderen Einrichtungen des nationalen spanischen Gesundheitssystems und/oder

Einrichtungen, die von autonomen Regionen abhängig sind, außer in den ausgewiesenen Fällen (vergleichen Sie Abschnitt 3.4 gesonderte Regelung für die Inanspruchnahme der nicht vertragsgebundenen Leistungserbringer [Fremdmittel]).

In jedem Fall behält sich DKV Seguros das Recht vor, die durch sie an das öffentliche Gesundheitssystem zu leistenden Zahlungen für medizinische und chirurgische Versorgung und die Versorgung im Krankenhaus beim Versicherten zurückzufordern.

i) Medizinische, diagnostische bzw. therapeutische Hochtechnologie, Lithotripsie, außer den in Abschnitt 4.4 „Diagnostische Verfahren und Mittel“ und 4.5 „Therapieverfahren“ dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten.

J) Die Behandlung von Rhonchopathie (Schnarchen) und von obstruktiver Schlafapnoe (ausgenommen zehn Sitzungen mit CPAP oder BiPAP) sowie Behandlungen, bzw. strahlentherapeutische Modalitäten und medizinische Indikationen, die nicht ausdrücklich im Abschnitt 4.5 „Therapieverfahren“ unter „Strahlungstherapie“ dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen angegeben sind. Darüber hinaus sind zudem die Protonentherapie, Neutronentherapie,

Radiochirurgie mit Cyberknife sowie Radiopharmaka mit radioaktiven Isotopen, die nicht von der EMA (European Medicines Agency) zugelassen und/oder nicht von den klinischen NICE-Richtlinien empfohlen werden, ausgeschlossen.

k) Präventivmedizin, Check-ups oder Vorsorgeuntersuchungen im Allgemeinen, die Impfstoffe und Extrakte bei Allergien, außer den in den „Ergänzenden Deckungsleistungen“ unter Abschnitt 4.7 der 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 Komplettversorgung in der Modalität Individual bieten. Diese unterliegt den Einschränkungen und Risikoausschlüssen des Artikels 3.1.6 [a - i] des Anhangs II.

m) Alle Prothesen, Implantate, sanitären Geräte, anatomischen und orthopädischen Teile, sofern sie nicht ausdrücklich in Abschnitt 4 „Leistungsübersicht - Beschreibung der Deckungen“ der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt sind.

Künstliche Herzen, Wirbelsäulenimplantate und Biomaterialien und/oder biologische, synthetische und orthopädische Materialien, die nicht ausdrücklich in Abschnitt 4.7 aufgeführt sind, sind ebenso ausgeschlossen wie auch die Verwendung der beschriebenen Materialien bei anderen als den angegebenen Indikationen.

n) Besondere Zahnmedizin: Wurzelkanalbehandlungen, Parodontosebehandlung, Kieferorthopädie, Zahnfüllungen und -Versiegelungen bei Personen über 14 Jahren, Rekonstruktionen, Zahnprothesen, Wurzelspitzenresektion (Apikotomie), Implantologie und die zu deren Durchführung erforderlichen Diagnosemittel, außer bei DKV Mundisalud Premium, hier sind diese eingeschlossen (mit Ausnahme von Zahnästhetik) und werden erstattet. Dabei gelten die Begrenzungen, die in der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen festgelegt

sind, die den Allgemeinen Versicherungsbedingungen beigelegt ist.

o) Transporte, die für Arztbesuche, diagnostische Tests und jegliche Art von ambulanter Behandlung erforderlich sind. Analysen und andere Untersuchungen, die zur Ausstellung von Bescheinigungen, der Erstellung von Berichten und der Ausstellung von Dokumenten ohne Behandlungsfunktion 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, die Entspannungstechnik (Sophrologie), die Entspannungs- oder Schlafkuren und alle aus vergleichbaren Behandlungen abgeleiteten Leistungen.

Außerdem ausgeschlossen sind die Psychotherapie für Gruppen oder Paare, psychologische und psychomotorische Tests, die psychosoziale oder neuropsychologische Rehabilitation, die edukative oder kognitiv-konduktive 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 Sprachtherapie zur Wiederherstellung der Sprachfähigkeit bei Störungen der Lautbildung, Sprache und Aussprache, die durch angeborene und psychomotorische anatomische oder neurologische Störungen unterschiedlichen Ursprungs verursacht werden, mit Ausnahme der im Abschnitt 4.5 „Therapieverfahren“ (Abschnitt „Logopädische Rehabilitation“) ausdrücklich aufgeführten.

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

Darüber hinaus sind alle experimentellen Behandlungen sowie „compassionate use“-Behandlungen und solche mit Medikamenten für seltene Leiden und jene, die sich in jeglichen klinischen Erprobungsphasen befinden, ausgeschlossen.

s) Die Überdruckkammer. Dialyse und Hämodialyse bei der Behandlung von chronischen Erkrankungen, ausgenommen bei DKV Mundisalud

Premium in der Modalität Individual, bei der die Behandlungsformen durch das „Red DKV de Servicios Sanitarios“ genannte Netzwerk für Gesundheitsdienstleistungen von DKV Seguros abgedeckt werden.

t) Die medizinische Versorgung bei viralen hämorrhagischen Fieberarten sowie der damit zusammenhängenden Komplikationen und Folgen. Die Pflegekosten für Krankheiten, die sich als Folge von HIV / AIDS ergeben sowie für Krankheiten, die durch das Virus verursacht werden, sofern diese die Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen festgelegten 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. Ausgeschlossen sind zudem Behandlungen mit Laser, außer im Rahmen der in Abschnitt 4 „Leistungsübersicht - Beschreibung der Deckungen“ angegebenen medizinischen Fachgebiete und Indikationen.

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 Abschnitten „Ambulante ärztliche Versorgung“ und „Notfallbehandlungen“ dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben sowie für alle anderen nicht unbedingt erforderlichen Krankenhausleistungen.

w) Transplantationen oder Autotransplantationen von Organen, Implantaten und Autoimplantaten, mit Ausnahme der im Abschnitt „Therapieverfahren“ dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben. Darüber hinaus sind bei Transplantationen auch die Kosten für die Entnahme, den Transport und die Konservierung des Organs ausgeschlossen, einzige Ausnahme sind Hornhauttransplantationen.

x) Pharmazeutische Produkte, Medikamente sowie Heil- und Hilfsmittel, mit Ausnahme der in Absatz 2.3 des II. Anhangs der Allgemeinen Versicherungsbedingungen „Exklusive Deckungsleistungen der Versicherung DKV Mundisalud in der Modalität Individual sowie diejenigen, die dem Versicherten während eines stationären Aufenthalts im Krankenhaus verabreicht werden (Aufenthalt von mindestens 24 Stunden). Ausdrücklich

ausgeschlossen sind in jedem Fall biologische Arzneimittel oder medikamentöse Biomaterialien, die nicht in Abschnitt 4.7 „Chirurgische Implantate“ genannt werden und auch die in Abschnitt 5. r „Ausgeschlossene Deckungsleistungen“ erwähnten Therapien, auch wenn diese während des stationären Aufenthalts im Krankenhaus verabreicht werden.

Die onkologische Chemotherapie deckt nur die Kosten der spezifischen Zytostatika ab, die im Absatz „Zytostatika“ des Abschnitts 2 „Grundkonzepte. Begriffsbestimmungen“ definiert und angegeben sind. Ausdrücklich ausgeschlossen ist die Antitumor-Immuntherapie, monoklonale Antikörper, Gentherapie, die Endokrine- und Hormontherapie, Enzym- und/oder Molekularhemmer, die Arzneimittel, die die Blutgefäßneubildung hemmen und der Gebrauch von Sensibilisatoren in der photodynamischen und Bestrahlungstherapie.

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

Ausgeschlossen sind frühzeitige, Reiz stimulierende Behandlungen, Ergotherapie, stationäre Behandlungen von erworbenen Hirnschäden oder andere Formen der häuslichen und stationären Rehabilitation sowie diejenigen Behandlungen, die in nicht autorisierten und/oder im Verzeichnis der entsprechenden Autonomen Region eingetragenen Zentren durchgeführt werden.

z) Genetische Beratung, Vaterschafts- oder Verwandtschaftstests, Erhalt von genetischen Risikokarten zu präventiven oder prädiktiven Zwecken, die Massensequenzierung von Genomen, Techniken wie die komparative genomische Hybridisierung oder molekulare Karyotypisierung, Microarray-Plattformen mit automatischer Auswertung der Ergebnisse, sowie auch alle anderen genetischen oder molekularbiologischen Techniken, die zu Prognose- oder Diagnosezwecken angefordert werden, wenn diese auch auf andere Weise erhalten werden können oder keinen Einfluss auf die Therapie haben.

6. Karenzzeiten und Ausschlusszeiten

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

Abweichend vom vorher genannten generellen Prinzip gilt für folgende Versicherungsleistungen eine Karenzzeit, die in der den Besonderen Versicherungsbedingungen beigefügten Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen festgelegt ist:

1. Für alle chirurgischen Eingriffe und stationären Behandlungen einschließlich chirurgischer Prothesen und unabhängig von ihrer Ursache und Art. Lebensbedrohliche Notfälle oder Unfälle sind hiervon ausgenommen.
2. Für die medizinische Versorgung bei Geburten (außer Frühgeburten) oder durch Kaiserschnitt.
3. Für Transplantationen
4. Methoden der künstlichen Befruchtung (**siehe Anhang II,**

Absatz 3 exklusive Deckungen von DKV Mundisalud Classic Completo, Elite und Premium in ihrer Modalität Individual).

5. Die medizinische Versorgung bei HIV-Infektion / AIDS unterliegt einer Ausschlusszeit, die in der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen festgelegt ist, die den Besonderen Versicherungsbedingungen beigefügt ist (siehe Definition von „Ausschlusszeit“ in Abschnitt 2 Grundkonzepte. Begriffsbestimmungen).

Karenzzeiten und Ausschlusszeiten zur Inanspruchnahme dieser Gesundheitsleistungen gelten sowohl für die Modalität der Gesundheitsversorgung durch eigene Mittel, die durch das „Red DKV de Servicios Sanitarios“ genannte Netzwerk für Gesundheitsdienstleistungen von DKV Seguros erbracht werden, als auch in der Modalität der Gesundheitsversorgung durch fremde Mittel, die diesem Netzwerk nicht angehören.

7. Versicherungsleistungen nach vertraglich vereinbarten Modulen

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

7.1 DKV Mundisalud Classic Hospitalización

Diese Versicherung besteht aus einem gemischten System mit Kostenerstattung. Eingeschlossen sind nur die unter Abschnitt 4.6 „Medizinische Versorgung im Krankenhaus“ dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschriebenen Versicherungsleistungen.

Ebenso eingeschlossen sind Notfallbehandlungen im Krankenhaus, wenn erforderlich mit stationärer Unterbringung, der Auslandsreisenschutz und der Zugang zu einigen zusätzlichen , ergänzenden Leistungen.

Dieses System erlaubt der versicherten Person die freie Wahl zwischen der medizinischen

Versorgung im Krankenhaus durch das „Red DKV de Servicios Sanitarios“ genannte DKV-Netzwerk für Gesundheitsdienstleistungen (Leistungsmodalität Eigenmittel) oder Fachkräfte und Krankenhäuser innerhalb Spaniens oder im Ausland zu wählen, die nicht dem Netzwerk von DKV Seguros angehören (Leistungsmodalität Fremdmittel) und die Erstattung der Rechnungen anzufordern (siehe Absatz 3.4 „Zugang zu den Versicherungsleistungen“).

In beiden Fällen gilt eine vorherige Karenz- oder Ausschlussfrist, um auf bestimmte Leistungen zuzugreifen; diese sind in Absatz 6 „KARENZ- UND AUSSCHLUSSFRISTEN“ aufgeführt (weitere Einzelheiten in der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen, die den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängt ist).

Wenn sich die versicherte Person an Ärzte und Krankenhäuser wendet, die dem medizinischen Netzwerke „Red

DKV de Servicios Sanitarios” von DKV Seguros nicht angeschlossen sind

(Leistungsmodalität Fremdmittel), hat sie immer dann, wenn es sich um durch die Versicherung gedeckte Leistungen handelt, das Recht auf folgende Leistungen:

> **Eine Erstattung des Gesamtbetrags der Rechnung zu einem bestimmten Prozentsatz**, abhängig davon, ob diese in Spanien oder im Ausland ausgestellt wurde (siehe Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen, die den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängt ist).

> **Eine Erstattung bis zu den Höchstgrenzen, die in der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen festgelegt sind, die den Besonderen Versicherungsbedingungen beigefügt ist und die Anwendung finden auf die folgenden Garantien und Deckungen:**

- **Das maximal durch die Versicherungspolice garantierte Kapital** (die Höchstleistungssumme) pro Versichertem und Kalenderjahr.

- Für stationäre Behandlungen (siehe Abschnitt 4.6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) ist eine maximal garantierte Höchstleistungssumme

pro Versichertem und Kalenderjahr festgesetzt.

- Für die Kosten, die für jeden Tag eines Krankenhausaufenthaltes entstehen, gilt eine Höchstgrenze, die vom Land, der Art der medizinischen Versorgung und /oder der Dauer abhängen (siehe Absatz 4.6. Stationärer Aufenthalt zur medizinischen Versorgung und die den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängte Tabelle der Deckungen und Deckungseinschränkungen). Diese findet Anwendung auf den Aufenthalt (herkömmliches Einzelzimmer mit Toilette und Extrabett für die Begleitung), die Verpflegung des Patienten, allgemeine Kosten der Pflege, Kosten einer fachspezifischen Versorgung, zusätzliche diagnostische Mittel und therapeutische Verfahren, Kosten des OP-Saals, Materialien, Kreißsaal, Narkosemittel und Medikamente.
- Die Aufwendungen für ärztliche Honorare bei einem Aufenthalt aus medizinischem oder chirurgischem Grund, für den Chirurgen und das assistierende Personal, den Anästhesearzt und allgemein das Ärzteteam bis zu einem Höchstbetrag pro Versichertem und Kalenderjahr.
- Bei psychiatrischen Krankenhausaufenthalten unterliegt der Aufenthalt den Einschränkungen

von Abschnitt 4.6.5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

- Für chirurgische Prothesen ist ein Höchstleistungsbetrag in Abschnitt 4.7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
- Krankenhaustagegeld wie in Abschnitt 4.7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben.
- Die sonstigen medizinischen und chirurgischen Leistungen während des stationären Aufenthalts, gemäß der Indikationen und mit den Deckungsgrenzen, die in den Abschnitten 4.3 und 4.6 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die medizinische Versorgung im Krankenhaus 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 im Rahmen der Vorsorgeprogramme, die klinische Psychologie und der Transport im Krankenwagen).

7.2 DKV Mundisalud Complet

Diese Versicherung besteht aus einem gemischten System mit Kostenerstattung, die in ihre Deckung alle Fachrichtungen, medizinischen Leistungen und Serviceleistungen einschließt, die unter Abschnitt 4 „Leistungsübersicht - Beschreibung der Deckungen“ dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben sind.

Sie umfasst auch den Zugang zu ergänzenden Zusatzleistungen.

Dieses System erlaubt der versicherten Person die freie Wahl zwischen der medizinischen Versorgung durch das „Red DKV de Servicios Sanitarios“ genannte DKV-Netzwerk für Gesundheitsdienstleistungen (Leistungsmodalität Eigenmittel) oder Fachkräfte, Krankenhäuser, Diagnosezentren oder ambulante Behandlungen innerhalb Spaniens oder im Ausland zu wählen, die nicht dem Vertragsnetzwerk von DKV Seguros angehören (Leistungsmodalität Fremdmittel) und die Erstattung der Rechnungen anzufordern (siehe Absatz 3.4 „Zugang zu den Versicherungsleistungen“).

In beiden Fällen gilt eine vorherige Karenz- oder Ausschlusszeit, um auf bestimmte Leistungen zuzugreifen, die in Abschnitt 6 „Karenz- und

Ausschlusszeiten" aufgeführt sind (weitere Einzelheiten in der den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängten Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen).

Wenn die versicherte Person Dienstleistungen von Ärzten, Krankenhäusern und Diagnosezentren oder ambulante Behandlungen in Anspruch nimmt, die nicht innerhalb des „Red DKV de Servicios Sanitarios" genannten DKV-Vertragsnetzwerks erbracht werden (Leistungsmodalität Fremdmittel), hat sie, sofern es sich um gedeckte Leistungen handelt, Anspruch auf:

- > **Eine Erstattung des Gesamtbetrags der Rechnung zu einem bestimmten Prozentsatz**, abhängig davon, ob diese in Spanien oder im Ausland ausgestellt wurde (siehe Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen, die den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängt ist).
- > **Eine Erstattung bis zu den Höchstgrenzen, die in der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen festgelegt sind, die den Besonderen Versicherungsbedingungen beigefügt ist und die Anwendung finden auf die folgenden Garantien und Deckungen:**

- **Das maximal durch die Versicherungspolice garantierte Kapital** (die Höchstleistungssumme) pro Versichertem und Kalenderjahr.

- **Ambulante (nichtstationäre) medizinische Versorgung:**

- Arzthonorare für Konsultationen, zusätzliche Diagnoseverfahren und ambulante Behandlungen, einschließlich Krankentransport, bis zu einer Höchstgrenze pro Versichertem und Kalenderjahr.
- Die Konsultationen in der Allgemeinmedizin, der fachärztlichen Medizin und bei Notfallbehandlungen mit einem Limit pro Beratung.
- Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung), Triple-Test, EBA-Screening oder Chorionbiopsie wie in Abschnitt 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 Abschnitt 4.7 der Allgemeinen

Versicherungsbedingungen festgelegt.

- Die sonstigen ambulanten therapeutischen Leistungen, gemäß der Indikationen und Höchstgrenzen, die in Abschnitt 4 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ambulante medizinische Versorgung festgelegt sind.

- Stationärer Aufenthalt zur medizinischen Versorgung:

- Für stationäre Behandlungen (siehe Abschnitt 4.6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) ist eine maximal garantierte Höchstleistungssumme pro Versichertem und Kalenderjahr festgesetzt.
- Für die Kosten, die für jeden Tag eines Krankenhausaufenthaltes entstehen, gilt eine Höchstgrenze, die vom Land, der Art der medizinischen Versorgung und / oder der Dauer abhängen (siehe Absatz 4.6, Stationärer Aufenthalt zur medizinischen Versorgung und die den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängte Tabelle der Deckungen und Deckungseinschränkungen). Diese findet Anwendung auf den Aufenthalt (herkömmliches Einzelzimmer mit Toilette und

Extrabett für die Begleitung), die Verpflegung des Patienten, allgemeine Kosten der Pflege, Kosten einer fachspezifischen Versorgung, zusätzliche diagnostische Mittel und therapeutische Verfahren, Kosten des OP-Saals, Materialien, Kreißsaal, Narkosemittel und Medikamente.

- Die ärztlichen Honorare bei medizinischem oder chirurgischem stationärem Aufenthalt, einschließlich dem Chirurgen und dem assistierenden Personal, dem Anästhesiemedizinischen Team sind bis zu einer maximalen Höchstgrenze pro chirurgischer Einheit, Geburt oder Kaiserschnitt oder Transplantation versichert.
- Bei psychiatrischen Krankenhausaufenthalten unterliegt der Aufenthalt den Einschränkungen von Abschnitt 4.6.5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.
- Für chirurgische Prothesen ist ein Höchstleistungsbetrag in Abschnitt 4.7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
- Krankenhaustagegeld, wie es in Abschnitt 4.7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben ist.

- Die sonstigen medizinischen und chirurgischen Leistungen während des stationären Aufenthalts, gemäß der Indikationen und mit den Deckungsgrenzen, die in den Abschnitten 4.3 und 4.6 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die medizinische Versorgung im Krankenhaus festgelegt sind.

7.3 DKV Mundisalud Plus

Diese Versicherung besteht aus einem gemischten System mit Kostenerstattung, die in ihre Deckung alle Fachrichtungen, medizinischen Leistungen und Serviceleistungen einschließt, die unter Abschnitt 4 „Leistungsübersicht - Beschreibung der Deckungen“ dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben sind.

Sie umfasst auch den Zugang zu ergänzenden Zusatzleistungen.

Dieses System erlaubt der versicherten Person die freie Wahl zwischen der medizinischen Versorgung durch das „Red DKV de Servicios Sanitarios“ genannte Vertragsnetzwerk von DKV Seguros (Leistungsmodalität Eigenmittel), oder Fachkräfte, Krankenhäuser, Diagnosezentren oder ambulante Behandlungen innerhalb Spaniens oder im Ausland zu wählen, die nicht dem

Vertragsnetzwerk von DKV Seguros angehören (Leistungsmodalität Fremdmittel) und die Erstattung der Rechnungen anzufordern (siehe Abschnitt 3.4 „Zugang zu den Versicherungsleistungen“).

In beiden Fällen gilt eine vorherige Karenz- oder Ausschlussfrist, um auf bestimmte Leistungen zuzugreifen, die in Abschnitt 6 „Karenz- und Ausschlussfristen“ aufgeführt sind (weitere Einzelheiten in der den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängten Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen).

Wenn die versicherte Person Dienstleistungen von Ärzten, Krankenhäusern und Diagnosezentren oder ambulante Behandlungen in Anspruch nimmt, die nicht innerhalb des „Red DKV de Servicios Sanitarios“ genannten DKV-Vertragsnetzwerks erbracht werden (Leistungsmodalität Fremdmittel), hat sie, sofern es sich um gedeckte Leistungen handelt, Anspruch auf:

- > **Eine Erstattung des Gesamtbetrags der Rechnung zu einem bestimmten Prozentsatz**, abhängig davon, ob diese in Spanien oder im Ausland ausgestellt wurde (siehe Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen, die den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängt ist).

> Eine Erstattung bis zu den Höchstgrenzen, die in der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen festgelegt sind, die den Besonderen Versicherungsbedingungen beigefügt ist und die Anwendung finden auf die folgenden Garantien und Deckungen:

- Das maximal durch die Versicherungspolice garantierte Kapital (die Höchstleistungssumme) pro Versichertem und Kalenderjahr.
- **Ambulante (nichtstationäre) medizinische Versorgung:**
 - Arzthonorare für Konsultationen, zusätzliche Diagnoseverfahren und ambulante Behandlungen, einschließlich Krankentransport, bis zu einer Höchstgrenze pro Versichertem und Kalenderjahr.
 - Die Konsultationen in der Allgemeinmedizin, der fachärztlichen Medizin und bei Notfallbehandlungen mit einem Limit pro Beratung.
 - Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung), Triple-Test, EBA-Screening oder Chorionbiopsie wie in Abschnitt 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 Abschnitt 4.7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
- Klinische Psychologie und Psychotherapie-Sitzungen, wie in Abschnitt 4.7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
- Die sonstigen ambulanten therapeutischen Leistungen, gemäß der Indikationen und Höchstgrenzen, die in Abschnitt 4 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ambulante medizinische Versorgung festgelegt sind.
- **Stationärer Aufenthalt zur medizinischen Versorgung:**
 - Für stationäre Behandlungen (siehe Abschnitt 4.6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) ist eine maximal garantierte Höchstleistungssumme pro Versichertem und Kalenderjahr festgesetzt.

- Für die Kosten, die für jeden Tag eines Krankenhausaufenthaltes entstehen, gilt eine Höchstgrenze, die vom Land, der Art der medizinischen Versorgung und / oder der Dauer abhängen (siehe Absatz 4.6, Stationärer Aufenthalt zur medizinischen Versorgung und die den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängte Tabelle der Deckungen und Deckungseinschränkungen). Diese findet Anwendung auf den Aufenthalt (herkömmliches Einzelzimmer mit Toilette und Extrabett für die Begleitung), die Verpflegung des Patienten, allgemeine Kosten der Pflege, Kosten einer fachspezifischen Versorgung, zusätzliche diagnostische Mittel und therapeutische Verfahren, Kosten des OP-Saals, Materialien, Kreißsaal, Narkosemittel und Medikamente.
- 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 psychiatrischen Krankenhausaufenthalten

unterliegt der Aufenthalt den Einschränkungen von Abschnitt 4.6.5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

- Für chirurgische Prothesen ist ein Höchstleistungsbetrag in Abschnitt 4.7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
- Krankenhaustagegeld, wie es in Abschnitt 4.7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben ist.
- Die sonstigen medizinischen und chirurgischen Leistungen während des stationären Aufenthalts, gemäß der Indikationen und mit den Deckungsgrenzen, die in den Abschnitten 4.3 und 4.6 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die medizinische Versorgung im Krankenhaus festgelegt sind.

7.4 DKV Mundisalud Classic

Diese Versicherung besteht aus einem gemischten System mit Kostenerstattung, die in ihre Deckung alle Fachrichtungen, medizinischen Leistungen und Serviceleistungen einschließt, die unter Abschnitt 4 „Leistungsübersicht - Beschreibung der Deckungen“ dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben sind.

Sie umfasst auch den Zugang zu ergänzenden Zusatzleistungen.

Dieses System erlaubt der versicherten Person die freie Wahl zwischen der medizinischen Versorgung durch das „Red DKV de Servicios Sanitarios“ genannte Vertragsnetzwerk von DKV Seguros (Leistungsmodalität Eigenmittel), oder Fachkräfte, Krankenhäuser, Diagnosezentren oder ambulante Behandlungen innerhalb Spaniens oder im Ausland zu wählen, die nicht dem Vertragsnetzwerk von DKV Seguros angehören (Leistungsmodalität Fremdmittel) und die Erstattung der Rechnungen anzufordern (siehe Abschnitt 3.4 „Zugang zu den Versicherungsleistungen“).

In beiden Fällen gilt eine vorherige Karenz- oder Ausschlusszeit, um auf bestimmte Leistungen zuzugreifen, die in Abschnitt 6 „Karenz- und Ausschlusszeiten“ aufgeführt sind (weitere Einzelheiten in der den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängten Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen).

Wenn die versicherte Person Dienstleistungen von Ärzten, Krankenhäusern und Diagnosezentren oder ambulante Behandlungen in Anspruch nimmt, die nicht innerhalb des „Red DKV de Servicios Sanitarios“

genannten DKV-Vertragsnetzwerks erbracht werden (Leistungsmodalität Fremdmittel), hat sie, sofern es sich um gedeckte Leistungen handelt, Anspruch auf:

- > **Eine Erstattung des Gesamtbetrags der Rechnung zu einem bestimmten Prozentsatz**, abhängig davon, ob diese in Spanien oder im Ausland ausgestellt wurde (siehe Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen, die den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängt ist).
- > **Eine Erstattung bis zu den Höchstgrenzen, die in der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen festgelegt sind, die den Besonderen Versicherungsbedingungen beigefügt ist und die Anwendung finden auf die folgenden Garantien und Deckungen:**
 - **Das maximal durch die Versicherungspolice garantierte Kapital** (die Höchstleistungssumme) pro Versichertem und Kalenderjahr.
 - **Ambulante (nichtstationäre) medizinische Versorgung:**
 - Arzthonorare für Konsultationen, zusätzliche Diagnoseverfahren und ambulante Behandlungen, einschließlich Krankentransport,

bis zu einer Höchstgrenze pro Versichertem und Kalenderjahr.

- Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung), Triple-Test, EBA-Screening oder Chorionbiopsie wie in Abschnitt 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 Abschnitt 4.7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
- Die sonstigen ambulanten therapeutischen Leistungen, gemäß der Indikationen und Höchstgrenzen, die in Abschnitt 4 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ambulante medizinische Versorgung festgelegt sind.

- **Stationärer Aufenthalt zur medizinischen Versorgung:**

- Für stationäre Behandlungen (siehe Abschnitt 4.6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen)

ist eine maximal garantierte Höchstleistungssumme pro Versichertem und Kalenderjahr festgesetzt.

- Für die Kosten, die für jeden Tag eines Krankenhausaufenthaltes entstehen, gilt eine Höchstgrenze, die vom Land, der Art der medizinischen Versorgung und / oder der Dauer abhängen (siehe Absatz 4.6, Stationärer Aufenthalt zur medizinischen Versorgung und die den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängte Tabelle der Deckungen und Deckungseinschränkungen). Diese findet Anwendung auf den Aufenthalt (herkömmliches Einzelzimmer mit Toilette und Extrabett für die Begleitung), die Verpflegung des Patienten, allgemeine Kosten der Pflege, Kosten einer fachspezifischen Versorgung, zusätzliche diagnostische Mittel und therapeutische Verfahren, Kosten des OP-Saals, Materialien, Kreißsaal, Narkosemittel und Medikamente.
- Die Aufwendungen für ärztliche Honorare bei einem Aufenthalt aus medizinischem oder chirurgischem Grund, für den Chirurgen und das assistierende Personal, den Anästhesiearzt und allgemein das Ärzteteam bis zu einem Höchstbetrag pro Versichertem und Kalenderjahr.

- Bei psychiatrischen Krankenhausaufenthalten unterliegt der Aufenthalt den Einschränkungen von Abschnitt 4.6.5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.
 - Für chirurgische Prothesen ist ein Höchstleistungsbetrag in Abschnitt 4.7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
 - Krankentagegeld, wie es in Abschnitt 4.7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben ist.
 - Die sonstigen medizinischen und chirurgischen Leistungen während des stationären Aufenthalts, gemäß der Indikationen und mit den Deckungsgrenzen, die in den Abschnitten 4.3 und 4.6 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die medizinische Versorgung im Krankenhaus festgelegt sind.
- > **Mit einer maximalen Selbstbeteiligung von 25 000 EUR** je versicherte Person und Kalenderjahr bei der Rückerstattung von Kosten (in der Leistungsmodalität Gesundheitsversorgung Fremdmittel). Ab diesem Betrag erhöht DKV Seguros den Prozentsatz der Erstattung auf 100%, außer bei

den Garantien und Deckungen, für die Begrenzungen und Ausschlüsse gelten die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und/oder in der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen festgelegt sind, die als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen beigefügt ist.

7.5 DKV Mundisalud Élite

Diese Versicherung besteht aus einem gemischten System mit Kostenerstattung, die in ihre Deckung alle Fachrichtungen, medizinischen Leistungen und Serviceleistungen einschließt, die unter Abschnitt 4 „Leistungsübersicht - Beschreibung der Deckungen“ dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben sind.

Sie umfasst auch den Zugang zu ergänzenden Zusatzleistungen.

Dieses System erlaubt der versicherten Person die freie Wahl zwischen der medizinischen Versorgung durch das „Red DKV de Servicios Sanitarios“ genannte Vertragsnetzwerk von DKV Seguros (Leistungsmodalität Eigenmittel), oder Fachkräfte, Krankenhäuser, Diagnosezentren oder ambulante Behandlungen innerhalb Spaniens oder im Ausland zu wählen, die nicht dem Vertragsnetzwerk von DKV Seguros

angehören (Leistungsmodalität Fremdmittel) und die Erstattung der Rechnungen anzufordern (siehe Abschnitt 3.4 „Zugang zu den Versicherungsleistungen“).

In beiden Fällen gilt eine vorherige Karenz- oder Ausschlussfrist, um auf bestimmte Leistungen zuzugreifen, die in Abschnitt 6 „Karenz- und Ausschlusszeiten“ aufgeführt sind (weitere Einzelheiten in der den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängten Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen).

Wenn die versicherte Person Dienstleistungen von Ärzten, Krankenhäusern und Diagnosezentren oder ambulante Behandlungen in Anspruch nimmt, die nicht innerhalb des „Red DKV de Servicios Sanitarios“ genannten DKV-Vertragsnetzwerks erbracht werden (Leistungsmodalität Fremdmittel), hat sie, sofern es sich um gedeckte Leistungen handelt, Anspruch auf:

> **Eine Erstattung des Gesamtbetrags der Rechnung zu einem bestimmten Prozentsatz**, abhängig davon, ob diese in Spanien oder im Ausland ausgestellt wurde (siehe Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen, die den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängt ist).

> **Eine Erstattung bis zu den Höchstgrenzen, die in der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen festgelegt sind, die den Besonderen Versicherungsbedingungen beigelegt ist und die Anwendung finden auf die folgenden Garantien und Deckungen:**

- **Das maximal durch die Versicherungspolice garantierte Kapital** (die Höchstleistungssumme) pro Versichertem und Kalenderjahr.

- **Ambulante (nichtstationäre) medizinische Versorgung:**

- Arzthonorare für Konsultationen, zusätzliche Diagnoseverfahren und ambulante Behandlungen, einschließlich Krankentransport, bis zu einer Höchstgrenze pro Versichertem und Kalenderjahr.
- Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung), Triple-Test, EBA-Screening oder Chorionbiopsie wie in Abschnitt 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 Abschnitt 4.7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
- Die sonstigen ambulanten therapeutischen Leistungen, gemäß der Indikationen und Höchstgrenzen, die in Abschnitt 4 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ambulante medizinische Versorgung festgelegt sind.

- Stationärer Aufenthalt zur medizinischen Versorgung:

- Für stationäre Behandlungen (siehe Abschnitt 4.6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) ist eine maximal garantierte Höchstleistungssumme pro Versichertem und Kalenderjahr festgesetzt.
- Für die Kosten, die für jeden Tag eines Krankenhausaufenthaltes entstehen, gilt eine Höchstgrenze, die vom Land, der Art der medizinischen Versorgung und / oder der Dauer abhängen (siehe Absatz 4.6, Stationärer Aufenthalt zur medizinischen Versorgung und die den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängte Tabelle der Deckungen und Deckungseinschränkungen).

Diese findet Anwendung auf den Aufenthalt (herkömmliches Einzelzimmer mit Toilette und Extrabett für die Begleitung), die Verpflegung des Patienten, allgemeine Kosten der Pflege, Kosten einer fachspezifischen Versorgung, zusätzliche diagnostische Mittel und therapeutische Verfahren, Kosten des OP-Saals, Materialien, Kreißsaal, Narkosemittel und Medikamente.

- Die Aufwendungen für ärztliche Honorare bei einem Aufenthalt aus medizinischem oder chirurgischem Grund, für den Chirurgen und das assistierende Personal, den Anästhesiearzt und allgemein das Ärzteteam bis zu einem Höchstbetrag pro Versichertem und Kalenderjahr.
- Bei psychiatrischen Krankenhausaufenthalten unterliegt der Aufenthalt den Einschränkungen von Abschnitt 4.6.5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.
- Für chirurgische Prothesen ist ein Höchstleistungsbetrag in Abschnitt 4.7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
- Krankenhaustagegeld, wie es in Abschnitt 4.7 dieser Allgemeinen

Versicherungsbedingungen beschrieben ist.

- Die sonstigen medizinischen und chirurgischen Leistungen während des stationären Aufenthalts, gemäß der Indikationen und mit den Deckungsgrenzen, die in den Abschnitten 4.3 und 4.6 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die medizinische Versorgung im Krankenhaus festgelegt sind.

> **Mit einer maximalen Selbstbeteiligung von 25 000 EUR** je versicherte Person und Kalenderjahr bei der Rückerstattung von Kosten (in der Leistungsmodalität Gesundheitsversorgung Fremdmittel). Ab diesem Betrag erhöht DKV Seguros den Prozentsatz der Erstattung auf 100%, außer bei den Garantien und Deckungen, für die Begrenzungen und Ausschlüsse gelten die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und/oder in der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen festgelegt sind, die als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen beigefügt ist.

7.6 DKV Mundisalud Premium

Diese Versicherung besteht aus einem gemischten System mit Kostenerstattung, die in ihre Deckung

alle Fachrichtungen, medizinischen Leistungen und Serviceleistungen einschließt, die unter Abschnitt 4 „Leistungsübersicht - Beschreibung der Deckungen“ dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben sind.

Sie umfasst auch den Zugang zu ergänzenden Zusatzleistungen.

Dieses System erlaubt der versicherten Person die freie Wahl zwischen der medizinischen Versorgung durch das „Red DKV de Servicios Sanitarios“ genannte Vertragsnetzwerk von DKV Seguros (Leistungsmodalität Eigenmittel), oder Fachkräfte, Krankenhäuser, Diagnosezentren oder ambulante Behandlungen innerhalb Spaniens oder im Ausland zu wählen, die nicht dem Vertragsnetzwerk von DKV Seguros angehören (Leistungsmodalität Fremdmittel) und die Erstattung der Rechnungen anzufordern (siehe Abschnitt 3.4 „Zugang zu den Versicherungsleistungen“).

In beiden Fällen gilt eine vorherige Karenz- oder Ausschlussfrist, um auf bestimmte Leistungen zuzugreifen, die in Abschnitt 6 „Karenz- und Ausschlusszeiten“ aufgeführt sind (weitere Einzelheiten in der den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängten Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen).

Wenn die versicherte Person Dienstleistungen von Ärzten, Krankenhäusern und Diagnosezentren oder ambulante Behandlungen in Anspruch nimmt, die nicht innerhalb des „Red DKV de Servicios Sanitarios“ genannten DKV-Vertragsnetzwerks erbracht werden (Leistungsmodalität Fremdmittel), hat sie, sofern es sich um gedeckte Leistungen handelt, Anspruch auf:

- > **Eine Erstattung des Gesamtbetrags der Rechnung zu einem bestimmten Prozentsatz**, abhängig davon, ob diese in Spanien oder im Ausland ausgestellt wurde (siehe Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen, die den Besonderen Versicherungsbedingungen beigefügt ist).
- > **Eine Erstattung bis zu den Höchstgrenzen, die in der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen festgelegt sind, die den Besonderen Versicherungsbedingungen beigefügt ist und die Anwendung finden auf die folgenden Garantien und Deckungen:**
 - **Das maximal durch die Versicherungspolice garantierte Kapital** (die Höchstleistungssumme) pro Versichertem und Kalenderjahr.
 - **Ambulante (nichtstationäre) medizinische Versorgung:**
 - Arzthonorare für Konsultationen, zusätzliche Diagnoseverfahren und ambulante Behandlungen, einschließlich Krankentransport, bis zu einer Höchstgrenze pro Versichertem und Kalenderjahr.
 - Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung), Triple-Test, EBA-Screening oder Chorionbiopsie wie in Abschnitt 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 Abschnitt 4.7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt.
 - Die sonstigen ambulanten therapeutischen Leistungen, gemäß der Indikationen und Höchstgrenzen, die in Abschnitt 4 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ambulante medizinische Versorgung festgelegt sind.

- **Stationärer Aufenthalt zur medizinischen Versorgung:**

- Für stationäre Behandlungen (siehe Abschnitt 4.6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) ist eine maximal garantierte Höchstleistungssumme pro Versichertem und Kalenderjahr festgesetzt.
- Für die Kosten, die für jeden Tag eines Krankenhausaufenthaltes entstehen, gilt eine Höchstgrenze, die vom Land, der Art der medizinischen Versorgung und / oder der Dauer abhängen (siehe Absatz 4.6, Stationärer Aufenthalt zur medizinischen Versorgung und die den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängte Tabelle der Deckungen und Deckungseinschränkungen). Diese findet Anwendung auf den Aufenthalt (herkömmliches Einzelzimmer mit Toilette und Extrabett für die Begleitung), die Verpflegung des Patienten, allgemeine Kosten der Pflege, Kosten einer fachspezifischen Versorgung, zusätzliche diagnostische Mittel und therapeutische Verfahren, Kosten des OP-Saals, Materialien, Kreißsaal, Narkosemittel und Medikamente.
- Die Aufwendungen für ärztliche Honorare bei einem Aufenthalt

aus medizinischem oder chirurgischem Grund, für den Chirurgen und das assistierende Personal, den Anästhesiearzt und allgemein das Ärzteteam bis zu einem Höchstbetrag pro Versichertem und Kalenderjahr.

- Bei psychiatrischen Krankenhausaufenthalten unterliegt der Aufenthalt den Einschränkungen von Abschnitt 4.6.5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.
- Für chirurgische Prothesen sind Höchstgrenzen vorgesehen, die in Abschnitt 4.7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Erstattungen bei Inanspruchnahme fremder Mittel festgelegt sind; es gelten jedoch keine Einschränkung für Ausgaben innerhalb des Vertragsnetzwerks „Red DKV de Servicios Sanitarios“ (Eigenmittel), wenn zuvor die Autorisierung durch DKV Seguros erteilt wurde.
- Krankenhaustagegeld, wie es in Abschnitt 4.7 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben ist.
- Die sonstigen medizinischen und chirurgischen Leistungen während des stationären Aufenthalts, gemäß der Indikationen und mit den Deckungsgrenzen,

die in den Abschnitten 4.3 und 4.6 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die medizinische Versorgung im Krankenhaus festgelegt sind.

- **Besondere Deckungen der Versicherung DKV Mundisalud Premium:** Modalität Individual und Modalität Kollektivversicherung

a) Spezielle Zahnmedizin: Bei „DKV Mundisalud Premium“ sind sämtliche zahnmedizinischen Behandlungen vom Versicherungsschutz gedeckt, **mit Ausnahme derer, die ästhetische Gründe haben:** Wurzelbehandlungen, Parodontose, Kieferorthopädie, Zahnfüllungen und -versiegelungen, Zahnprothesen und Kieferorthopädie, Wurzelspitzenresektion, Implantate und die damit verbundenen diagnostischen Verfahren.

Der Versicherte kann Zahnärzte oder Zahnarztpraxen, die nicht zum zahnärztlichen Netzwerk „Red DKV de Servicios Bucodentales“ (**Fremdmittel**) gehören, in Spanien und im Ausland besuchen und hat Anspruch auf eine **prozentuale Rückerstattung der Rechnungen für die zahnmedizinischen Leistungen**, sofern die behandelten Zähne und die durchgeführten Behandlungen in korrekter Weise aufgeschlüsselt sind.

Daneben stehen Zahnärzte und Zahnkliniken, die dem zahnärztlichen Netzwerk „Red DKV de Servicios Bucodentales“ angehören in ganz Spanien zur Verfügung (eigene Mittel).

Bevor Sie den zahnmedizinischen Service zu den vorteilhaften Preisen, die im Verzeichnis „Red DKV de Servicios Sanitarios“ detailliert beschrieben sind, in Anspruch nehmen können, müssen Sie sich mit Ihrer Gesundheitskarte DKV MEDICARD® identifizieren und haben dann Anspruch auf die volle Erstattung dieser für zahnmedizinische Leistungen angefallenen Kosten.

Die Summe der in Rechnung gestellten zahnmedizinischen Behandlungen beider Versicherungsmodalitäten (Eigenmittel und Fremdmittel) unterliegt einer Höchstgrenze pro Versichertem und Jahr, die in der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen festgelegt ist, die den Besonderen Versicherungsbedingungen beigelegt ist.

b) Psychotherapie: Einheitliche Rückerstattung einer jeden Sitzung bei Fremdmitteln, ohne maximale Begrenzung des Betrags (Einzelheiten zur Deckung in Abschnitt 4.7 zu klinischer Psychologie).

c) Familienplanung: der Versicherungsschutz umfasst die Erstattung der Kosten für das Intrauterinpressar (IUP) bei Inanspruchnahme von Fremdmitteln und ohne Höchstgrenze pro Implantat (siehe Einzelheiten in Abschnitt 4.7 zur Familienplanung).

d) Chirurgische Prothesen ohne Deckungshöchstgrenze bei Inanspruchnahme von Eigenmitteln, es ist zuvor die Autorisierung durch die Versicherung zu erteilen (Einzelheiten der vom Versicherungsschutz gedeckten Prothesen in Abschnitt 4.7 zu Prothesen). **Der Prozentsatz der Erstattung und die Erstattungsobergrenze pro Versichertem und Kalenderjahr für Leistungen, die von nicht dem Netzwerk von DKV Seguros angehörenden Leistungserbringern erbracht werden (Fremdmittel), sind in der den Besonderen Versicherungsbedingungen beigefügten Tabelle geregelt.**

e) Einsetzen einer intraokularen torischen oder multifokalen Linse bei Katarakt-Operation: Eingeschlossen ist die gesamte Erstattung der Kosten jeder Linse bei Fremdmitteln **bis zu dem maximalen Höchstbetrag, der in der den Besonderen Versicherungsbedingungen beigefügten Tabelle festgelegt ist.**

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

a) Homöopathie und Akupunktur (siehe Deckungsbeschreibung in Abschnitt 2.1 des Anhangs II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Deckungseinschränkungen in der Tabelle, die den Besonderen Versicherungsbedingungen beigefügt ist).

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 Abschnitt 2.2 des II. Anhangs zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Deckungseinschränkungen in der Tabelle, die den Besonderen Versicherungsbedingungen beigefügt ist).

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

d) Die Erstattung der jährlich anfallenden Kosten für die Aufbewahrung der aus der Nabelschnur stammenden Blutstammzellen in einer Nabelschnurblutbank während der ersten sechs Jahre nach der Geburt, sofern die Gewinnung und die Kryokonservierung der Nabelschnur über einen dem „Red de Servicios DKV Club Salud y Bienestar“ genannten DKV-Netzwerk angeschlossenen Leistungserbringer erfolgte, die Geburt durch die Versicherung gedeckt war und das Kind, dessen Stammzellen aufbewahrt werden, in der Versicherungspolice aufgenommen und somit versichert ist. (für Einzelheiten siehe Abschnitt 2.4 des II. Anhangs zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Erstattungsobergrenze in der Tabelle, die den Besonderen Versicherungsbedingungen beigelegt ist).

e) Assistierte Reproduktion die von dem „Red DKV de Servicios Sanitarios“ genannten DKV-Netzwerk angehörenden Leistungserbringern erbracht werden (Einzelheiten zur Deckung im Abschnitt zur assistierten Reproduktion im II. Anhang zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und zur Altersgrenze und Anzahl der Versuche in der

Tabelle, die den Besonderen Versicherungsbedingungen beigelegt ist)

f) Dialyse und Hämodialyse bei Serviceleistungen, die durch das „Red DKV de Servicios Sanitarios“ genannte DKV-Netzwerk erbracht werden: zur Behandlung bei chronischer Niereninsuffizienz.

> Mit einer maximalen Selbstbeteiligung von 25 000 Euro je versicherte Person und Kalenderjahr bei der Rückerstattung von Kosten (in der Leistungsmodalität Gesundheitsversorgung Fremdmittel). Ab diesem Betrag erhöht DKV Seguros den Prozentsatz der Erstattung auf 100 %, außer bei den Garantien und Deckungen, für die Begrenzungen und Ausschlüsse gelten die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und/oder in der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen festgelegt sind, die als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen beigelegt ist.

7.7 Ersatzweise pauschale Rückerstattung der Kosten medizinischer Versorgung im Krankenhaus

Bei der Leistungsmodalität Gesundheitsversorgung durch fremde Mittel von DKV Mundisalud Classic, Élite und Premium besteht in den

Fällen die Möglichkeit, **eine pauschale Rückerstattung zu erhalten, in denen die Rechnung die geleistete stationäre Versorgung oder die erstattungsfähigen Konzepte**, die in diesem Abschnitt festgelegt sind, nicht einzeln und detailliert ausweist (z. B. bei Rechnungsstellung durch Forfaits oder Pauschale, bei Zuordnung zu Abrechnungsgruppen nach Diagnose (spanisch abgekürzt GRD) oder ähnlichem, siehe Einzelheiten in den Abschnitten 7.4 und 7.5 zur stationären Versorgung), und auf deren Grundlage daher die maximalen Erstattungsgrenzen nicht errechnet werden können, die festgelegt sind in der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen, die den Besonderen Versicherungsbedingungen beigelegt ist. In diesen Fällen **gilt ersatzweise für die Aufschlüsselung der Krankenhausrechnung die folgende proportionale Regelung oder Pauschale** (gegebenenfalls inklusive der Deckung einer Prothese) für die nachträglich erfolgende Erstattung von Kosten für die medizinischen Versorgung. Es finden Anwendung die folgenden Prozentsätze:

Ein Betrag in Höhe von 50 % des Gesamtbetrags der Rechnung des Krankenhauses wird auf die Kosten der stationären Aufnahme und des Aufenthalts (von mindestens 24 Stunden) angerechnet; auf diesen Betrag wird dann der Prozentsatz

der Erstattung angerechnet und es wird aus diesem der maximale Erstattungsbetrag pro Tag für einen stationären Aufenthalt ermittelt, der für die Modalität der abgeschlossenen Versicherung bezogen auf die in der Rechnung ausgewiesenen Tage festgesetzt ist.

Ein Betrag von 35 % des Gesamtbetrags der Rechnung des Krankenhauses wird angerechnet für die Honorare der ärztlichen und chirurgischen Versorgung (Chirurg, Assistenten, Anästhesisten und dem Ärzteteam im Allgemeinen), die während des Krankenhausaufenthalts entstanden sind (für die verschiedenen Modalitäten, Abschnitt 4.6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen); auf diesen Betrag wird dann der Prozentsatz der Erstattung angerechnet und es wird aus diesem die maximale Obergrenze für Erstattungen von ärztlich-chirurgischen Honoraren pro Versichertem und Jahr ermittelt, die in der abgeschlossenen Modalität der Versicherung festgelegt ist.

Ein Betrag von 15 % des Gesamtbetrags der Rechnung wird angerechnet für die Kosten der chirurgischen Prothesen oder Implantate (siehe Abschnitt 4.7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen); auf diesen Betrag wird dann der Prozentsatz der Erstattung angerechnet und es wird

aus diesem die maximale Obergrenze für Erstattungen chirurgischer Prothesen und Implantate pro Versichertem und Jahr ermittelt, die in der abgeschlossenen Modalität der Versicherung festgelegt ist.

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:

Ein Betrag von 60% des Gesamtbetrags der Rechnung des Krankenhauses wird auf die Kosten der stationären Aufnahme und des Aufenthalts angerechnet; auf diesen Betrag wird dann der Prozentsatz der Erstattung angerechnet und es wird aus diesem der maximale Erstattungsbetrag pro Tag für einen, wie vorstehend genannten, stationären Aufenthalt ermittelt.

Ein Betrag von 40% es Gesamtbetrags der Rechnung des Krankenhauses wird angerechnet für die Honorare der ärztlichen und chirurgischen Versorgung (Chirurg, Assistenten, Anästhesisten und dem Ärzteteam im Allgemeinen); auf diesen Betrag wird dann der Prozentsatz der Erstattung angerechnet und es wird aus diesem die maximale Obergrenze für Erstattungen für die vorgenannten Leistungen ermittelt.

8. Vertragsgrundlagen

8.1 Vertragsabschluss und Versicherungsdauer

Der vorliegende Vertrag ist auf Grundlage der vom Versicherungsnehmer und den versicherten Personen im Fragebogen angegebenen Informationen zustande gekommen, die DKV Seguros zur Akzeptanz des zu versichernden Wagnisses und zur Festsetzung des Versicherungsbeitrages gedient haben.

Der Vertrag sowie eventuelle Vertragsänderungen treten erst nach Unterzeichnung 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.

Wird keine Behebung gefordert, finden nach Ablauf dieser Frist die in der Police festgelegten Bestimmungen Anwendung.

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 weiteres Jahr. **DKV Seguros kann der Verlängerung des Vertrags durch schriftliche Mitteilung an den Versicherungsnehmer mit einer Mindestfrist von zwei Monaten zum Ablauf des Jahres widersprechen, wenn die Police nicht verlängert wird oder wenn Änderungen daran vorgenommen werden.**

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, der Verlängerung des Vertrags zu widersprechen (Kündigungsverzicht).

Der Vertrag verlängert sich automatisch Jahr für Jahr, sofern vonseiten des Versicherten keine Vertragsverletzung vorliegt und sofern bei Beantwortung der Fragen im Fragebogen zum Versicherungsantrag keine unrichtigen Angaben gemacht oder diese mit Absicht oder schuldhaft unrichtig beantwortet wurden.

Bedingung für diesen Verzicht seitens DKV Seguros auf ihr Recht, sich gegen eine Verlängerung der Police auszusprechen, ist, dass sich der Versicherungsnehmer damit einverstanden erklärt, dass die Prämien im Rahmen der im Abschnitt 8.4 dieses Vertrages genannten technischen Kriterien jährlich variieren und die Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen akzeptiert, die allen Versicherten innerhalb der gleichen Leistungsmodalität der Versicherung angeboten werden.

8.2 Weitere Obliegenheiten, Pflichten und Befugnisse des Versicherungsnehmers oder des Versicherten

Der Versicherungsnehmer oder gegebenenfalls der Versicherte ist verpflichtet:

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

b) DKV Seguros während der Laufzeit des Vertrages so früh wie möglich Auswanderungen in das Ausland oder Wohnsitzänderungen innerhalb Spaniens, Änderungen des ausgeübten Berufs und die Aufnahme von risikoeheblichen 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 und die Folgen des Versicherungsfalls abzumildern.

Die Nichterfüllung dieser Verpflichtungen 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 Forderungsabtretungen oder Abtretungen von Rechten 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 Weitere Obliegenheiten der DKV Seguros

Neben der Bereitstellung der vertraglich vereinbarten medizinischen Leistungen gemäß der in der Police beschriebenen Modalität händigt DKV Seguros dem Versicherungsnehmer zudem die Versicherungspolice aus.

Außerdem händigt DKV Seguros dem Versicherungsnehmer die zur Police gehörende Gesundheitskarte für jede versicherte Person aus, die zur Identifikation als DKV Seguros Kunde dient sowie die Informationen zum Ärzte- und Klinikverzeichnis (das „Red DKV de Servicios Sanitarios“ genannte Netzwerk für Gesundheitsdienstleistungen der DKV Seguros) für die jeweilige Region Spaniens, in der die versicherten Personen ansässig sind. In diesem Verzeichnis sind alle permanenten Notfallzentren sowie die Adressen und Öffnungszeiten der vertragsgebundenen Ärzte und Gesundheitsdienstleister aufgeführt.

Nach Ablauf eines Jahres seit Vertragsabschluss oder der Aufnahme neuer versicherter Personen übernimmt DKV Seguros die Deckung aller bereits bestehenden Vorerkrankungen, sofern diese dem Versicherten unbekannt waren und er diese nicht absichtlich beim Ausfüllen des Gesundheitsfragebogens verschwiegen hat.

8.4 Bezahlung der Versicherung (Prämien)

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

Die darauf folgenden Beiträge werden zum jeweils festgelegten Zeitpunkt fällig.

Der Versicherungsnehmer kann für die Bezahlung des Jahresbeitrages eine Fraktionierung in halbjährliche, vierteljährliche oder monatlichen Teilzahlungen beantragen.

In diesen Fällen wird ein entsprechender Ratenzuschlag erhoben. Die fraktionierte Zahlungsweise des Beitrags befreit den Versicherungsnehmer jedoch nicht von der Pflicht, den gesamten Jahresbeitrag zu entrichten.

Bei Nichtzahlung des Erstbeitrages oder der Einmalprämie bei Fälligkeit durch Verschulden des Versicherungsnehmers ist DKV Seguros berechtigt, den Vertrag aufzulösen oder die Bezahlung auf der Grundlage der Police im Wege eines gerichtlichen Vollstreckungsverfahrens einzufordern.

Wurde nichts Gegenteiliges in den Besonderen Versicherungsbedingungen vereinbart, ist DKV Seguros von der Leistungspflicht befreit, wenn die Versicherungsprämie nicht vor Eintritt des Schadensfalls bezahlt wurde.

Bei Nichtzahlung des zweiten Beitrages oder weiterer Folgebeiträge oder der entsprechenden Teilbeträge wird die von DKV gebotene Deckung einen

Monat nach Fälligkeit dieser Prämie ausgesetzt.

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

Wenn der Vertrag aufgrund der oben genannten Bedingungen weder aufgelöst wird noch erlischt, tritt die Deckung 24 Stunden nach dem Tag wieder in Kraft, an dem der Versicherungsnehmer die Prämie gezahlt hat.

In diesem Fall übernimmt DKV Seguros den Beitrag für den Zeitraum, in dem der Versicherungsschutz wegen Nichtzahlung ausgesetzt war.

Bei einer Aussetzung des Vertrages ist DKV Seguros ausschließlich zur Einforderung des Beitrages für die gegenwärtige Versicherungsperiode berechtigt.

DKV Seguros ist dazu nur durch die Prämienquittungen verpflichtet, die von DKV Seguros ausgestellt wurden.

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

Aus diesem Grund muss der Versicherungsnehmer DKV Seguros

die Daten seines Bankkontos oder seines Sparbuches, von wo aus der Beitragseinzug für diese Versicherung erfolgen soll, mitteilen und autorisiert das Finanzinstitut, den Beitragseinzug zu genehmigen.

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 Höhe des jährlichen Versicherungsbeitrags (Prämie) sowie die Kosten pro medizinischer Behandlung gemäß den 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 Bedeutung aufzeigen, wird über die Einbeziehung dieser Faktoren in die Berechnung des Tarifs vor der Erneuerung der Police informiert.

Zur Berechnung der Prämie müssen zudem weitere Faktoren wie der Anstieg

der medizinischen Versorgungskosten und die Innovationen der medizinischen Technologien, die zu den Deckungen hinzugefügt werden, berücksichtigt werden.

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

Sie können die aktuellen Prämien jedes Gesundheitsprodukts in der Modalität Individual auf der Website **www.dkvseguros.es** und in allen Geschäftsstellen von DKV Seguros konsultieren.

Es finden die zum Zeitpunkt der Erneuerung der Police gültigen Tarife Anwendung.

Weiter kann die Höhe der Versicherungsprämie in Abhängigkeit vom Alter und anderen persönlichen Umständen der Versicherten variieren.

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

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

Für die jährlichen Beitragsanpassungen gelten für DKV Seguros keine Begrenzungen. Der nach Berücksichtigung der entsprechenden Zuschläge als Gesamtprämie festgesetzte Betrag berücksichtigt den Grundsatz der Angemessenheit und Ausgewogenheit gemäß den für Versicherungsgeschäfte geltenden regulatorischen Vorschriften.

Diese Anpassungen werden auch bei Policen durchgeführt, bei denen der Versicherte Anspruch auf das beschriebene und durch DKV eingeräumte Recht der Unkündbarkeit hat (Kündungsverzicht des Versicherers).

Der Versicherungsnehmer kann zwischen der Weiterführung des Versicherungsvertrages oder einer Kündigung zum Ende des Versicherungsjahres wählen, wenn er von DKV Seguros schriftlich über die jährliche Beitragserhöhung in Kenntnis gesetzt wird. Im letztgenannten 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 des Versicherungsanspruchs

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 spanischen Versicherungsvertragsgesetzes Ley de Contrato de Seguro)

8.6 Aussetzung und Kündigung 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 spanischen Versicherungsvertragsgesetzes Ley de Contrato de Seguro).

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 Kenntnismahme der Risikoerhöhung schriftlich mitgeteilt. (Artikel 12 des Versicherungsvertragsgesetzes Ley de Contrato de Seguro).

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.

Bei Nichtzahlung der zweiten Prämie oder weiterer Folgeprämien oder der entsprechenden Teilprämien wird die von DKV gebotene Deckung einen Monat nach Fälligkeit dieser Prämie oder Teilprämie ausgesetzt.

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

Wird der Vertrag nicht gemäß der zuvor genannten Bedingungen aufgelöst bzw. aufgehoben, so

setzt die Deckung 24 Stunden nach dem Tag der Zahlung des rückständigen Beitrags durch den Versicherungsnehmer wieder ein, jedoch nicht mit rückwirkender Kraft.

8.7 Mitteilungen und Notifikationen

Schriftliche Mitteilungen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Personen an DKV Seguros sind 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.

Jedoch gelten Mitteilungen, die vom Versicherungsnehmer oder den versicherten Personen an den Vermittler gerichtet werden, als nicht an DKV geleistet, bis DKV diese erhalten hat.

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 Besondere Gesundheitsrisiken

Der Versicherungsnehmer kann mit DKV Seguros die Deckung von Risiken vereinbaren, die durch diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen nicht gedeckt oder nicht ausdrücklich aufgeführt sind.

Diese werden als „besondere Gesundheitsrisiken“ bezeichnet. Um diese einzuschließen, müssen sie ausdrücklich in den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegt werden und es wird eine zusätzliche Prämie erhoben.

8.9 Steuern und Gebühren

Steuern und gesetzliche Abgaben gehen zu Lasten des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person.

**Anhang I:
Reiseversicherung
- Reiseassistenz**

1. Einleitende Bestimmungen

1.1 Versicherte Personen

Alle natürlichen Personen, die in Spanien ihren gewöhnlichen Wohnsitz haben und Begünstigte der Krankenversicherung von DKV Seguros sind.

1.2 Geltungsbereich der Versicherung

Der Versicherungsschutz gilt weltweit und in Spanien ab Überschreiten der Grenze der Provinz, in der sich der gewöhnliche Wohnsitz der versicherten Person befindet. **Ausgenommen davon sind die Deckungsleistungen, die in den Abschnitten 2.1.1, 2.1.3, 2.1.14, 2.1.20 sowie 2.1.6, 2.1.8 dieses Anhangs zu Hotelkosten beschrieben sind. Diese Leistungen gelten nicht in Spanien, sondern werden nur bei Auslandsreisen der versicherten Person gezahlt.**

1.3 Dauer des gebotenen 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 Versicherte seinen Wohnsitz in Spanien haben und sich dort ständig aufhalten, so dass seine Reisen oder die Dauer seines Aufenthalts außerhalb dieses festen Wohnsitzes **180 aufeinanderfolgende Tage nicht überschreiten dürfen.**

2. Leistungsübersicht - Beschreibung der Deckungen

2.1 Medizinische Versorgung

2.1.1 Aufwendungen für ärztliche Behandlungen, für Medikamente, für chirurgische Eingriffe, für stationäre Aufenthalte und Transport im Krankenwagen, die im Ausland anfallen

DKV Seguros übernimmt die Aufwendungen für medizinische und chirurgische Behandlungen, für durch einen Arzt verschriebene Medikamente, für stationäre Behandlungen und Krankentransporte, die aufgrund einer während der Reise ins Ausland erfolgten Erkrankung oder als Folge eines Unfalls notwendig werden, **bis zu einem Höchstbetrag von 20 000 Euro.**

Die Deckungsgrenze des Versicherungsschutzes gilt pro Versicherungsfall und Versichertem.

2.1.2 Aufwendungen für zahnmedizinische Notfälle

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

2.1.3 Verlängerung des Aufenthalts in einem Hotel im Ausland

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 Rückführung oder Transport aus gesundheitlichen Gründen

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

- a) Die Kosten für den Transport mit dem Krankenwagen zur nächstgelegenen Klinik bzw. zum nächsten 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.

Wird der Versicherte in ein Krankenhaus eingeliefert, das weit von seinem Wohnsitz entfernt liegt, übernimmt DKV Seguros die entstehenden Transportkosten für die anschließende Heimreise nach der Entlassung aus dem Krankenhaus.

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 wird sich um alle Formalitäten kümmern, die am Ort des Ablebens des Versicherten und für die Rückführung der Leiche an den Bestattungsort in Spanien erforderlich sind.

Sollten andere versicherte Familienmitglieder des Versicherten, die ihn zum Zeitpunkt seines Todes begleiteten, nicht mit dem ursprünglich vorgesehenen Verkehrsmittel oder weil es das gekaufte Rückreiseticket nicht zulässt, zurückreisen können, übernimmt DKV Seguros die Beförderung dieser Personen bis zum Bestattungsort oder zu ihrem 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 Begleitung der sterblichen Überreste

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

Wenn der Todesfall im Ausland eintritt, übernimmt DKV Seguros zudem die Aufenthaltskosten dieser Person oder gegebenenfalls die Aufenthaltskosten einer anderen, bereits vor Ort befindlichen Person, die

den verstorbenen Versicherungsnehmer auf seiner Reise begleitet hat, wenn diese von den Familienmitgliedern als Begleitperson für den Leichnam benannt wurde. **Dabei gilt eine Höchstgrenze von 80 Euro pro Tag für einen maximalen Zeitraum von drei Tagen.**

2.1.7 Rückführung oder Transport anderer Versicherter

Wenn einer der Versicherten wegen Krankheit oder Unfall überführt oder zurückgeführt werden musste und dieser Umstand verhindert, dass die anderen, ebenfalls versicherten Familienmitglieder mit den ursprünglich vorgesehenen Transportmitteln zu ihrem Wohnsitz zurückreisen können, übernimmt DKV Seguros die Kosten für:

a) Die Aufwendungen für den Transport der übrigen versicherten Personen bis zu ihrem gewöhnlichen Wohnsitz oder an den Ort, in dem die versicherte Person durch Rückführung oder Verlegung stationär eingewiesen ist.

b) Die Bereitstellung einer Reisebegleitung für die unter dem vorstehenden Punkt a) genannten Versicherten, wenn es sich um die Kinder unter 15 Jahren des transportierten bzw. zurückgeführten Versicherten handelt, wenn für sie kein Familienangehöriger oder eine Vertrauensperson für die Begleitung auf der Rückreise gefunden werden konnte.

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 **bis zu 80 Euro täglich bis zu einer Höchstgrenze von zehn Tagen.**

2.1.9 Vorzeitige Rückkehr nach Hause (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 Wohnsitz ein Rückreiseticket zur Verfügung, wenn das Ticket, das die versicherte Person besitzt, keine vorzeitige Rückreise erlaubt.

Falls die versicherte Person aufgrund einer solchen Situation an ihren Wohnsitz zurückkehren muss, danach

aber die Reise fortsetzen und wieder zum Reiseziel zurückfahren möchte, erstattet DKV Seguros ihr dieses Ticket.

2.1.10 Arzneimittelversand

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

2.1.11 Telefonische ärztliche Beratung

Benötigt die versicherte Person während ihrer Reise ärztliche Informationen, hat sie die Möglichkeit, sich telefonisch mit der Kundenbetreuungszentrale in Verbindung zu setzen.

Angesichts der Unmöglichkeit, telefonisch eine Diagnose zu erstellen, sind die erhaltenen Informationen als reine Orientierungshilfe zu betrachten und es leitet sich dadurch keinesfalls eine Verantwortlichkeit für DKV Seguros ab.

2.1.12 Hilfe bei der Suche nach abhanden gekommenem Gepäck

Im Falle des Verlusts von Gepäck bietet DKV Seguros ihre Zusammenarbeit bei der Suche und der Lokalisierung des Gepäcks an und übernimmt nach dessen Lokalisierung zudem die Versandkosten für das Zusenden des Gepäcks an den Wohnsitz des Versicherten.

2.1.13 Zusendung von Dokumenten

Benötigt die versicherte Person Unterlagen oder Dokumente, die sie nicht bei sich führt, leitet DKV Seguros die notwendigen Schritte für den Versand dieser Unterlagen zum Aufenthaltsort ein.

2.1.14 Aufwendungen für einen Rechtsbeistand und Vorschuss einer Sicherheitsleistung im Ausland

Wenn der Versicherte infolge eines Verkehrsunfalls während einer Auslandsreise einen Rechtsbeistand engagieren muss, übernimmt DKV Seguros die damit verbundenen Aufwendungen **bis zu einem Höchstbetrag von 1500 Euro.**

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

Wenn die zuständigen Behörden des Landes, in dem sich der Unfall ereignet hat, für die versicherte Person eine Sicherheitsleistung festsetzen, gewährt DKV Seguros einen Vorschuss, der auf einen **Höchstbetrag von 6000 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 Reiseinformationen

Wenn der Versicherte Informationen über die Länder benötigt, die er besuchen möchte, wie zum Beispiel Einreiseformalitäten, Ausstellung von Visa, Währung, wirtschaftliches und politisches System, Bevölkerung, Sprache, Gesundheitssituation usw., stellt DKV Seguros diese allgemeinen Informationen gerne zur Verfügung, wenn Sie sich mit dem Unternehmen unter der angegebenen Telefonnummer in Verbindung setzen. Dort können Sie die Antwort auf Ihre Fragen per Telefonanruf oder E-Mail anfordern.

2.1.16 Übermittlung von Nachrichten

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

2.1.17 Familienhilfe

Wenn infolge der Beförderungsgarantie 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 dem Abhandenkommen von Bankkarten oder anderen Karten, die von spanischen Unternehmen und Institutionen ausgestellt wurden, verpflichtet sich DKV Seguros, dies auf die Bitte des Versicherten hin dem Aussteller der Karte und zur Sperrung 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 und aufgrund zusätzlich anfallender Kosten wegen eines Unfalls oder Krankheitsfalls im Ausland verauslagt DKV Seguros dem Versicherten Geld **bis zu einer Höchstgrenze von 1500 Euro;** hierfür ist die Unterzeichnung eines Schuldanerkenntnisses oder

Bankschecks in Höhe des verauslagten Betrags oder Gegenwerts in Euro notwendig; hierbei finden immer die geltenden Rechtsvorschriften in Bezug auf die Devisenkontrolle Berücksichtigung.

Der Versicherte verpflichtet sich, DKV Seguros den verauslagten Betrag innerhalb von maximal 30 Tagen ab der erfolgten Verauslagung zurückzuerstatten.

2.2 Gepäck

2.2.1 Wiederbeschaffungskosten 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 wurden oder verloren gegangen sind.

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

2.3 Verspätungen

2.3.1 Verpassen von Anschlussverbindungen aufgrund der Verspätung der Transportmittel

Wenn öffentliche Verkehrsmittel sich aufgrund von technischen Störungen, Streiks, extremen Witterungsbedingungen oder Naturkatastrophen, gewaltsamen Eingreifen der Behörden oder anderer Personen verspäten und infolgedessen der fahrplanmäßige Anschluss an das nächste öffentliche Verkehrsmittel verpasst wird, **erstattet DKV Seguros die mit der Verspätung verbundenen Ausgaben für Unterkunft und Verpflegung bis zu einem Höchstbetrag von 120 Euro.**

3. Begrenzungen des Versicherungsvertrags

3.1 Ausschlüsse

3.1.1 Die Gewährleistungen und Leistungen, die nicht bei DKV Seguros beantragt und nicht durch oder mit der Genehmigung seitens der Versicherung erbracht wurden; davon ausgenommen sind Fälle höherer Gewalt oder nachgewiesener materieller Unmöglichkeit.

3.1.2 Die Erkrankungen oder Verletzungen, die infolge von chronischen Krankheiten oder vor

Beginn der Reise auftreten, sowie deren Komplikationen oder Rückfälle.

3.1.3 Tod durch Selbstmord oder Krankheiten und Verletzungen, die sich aus einem Selbstmordversuch ergeben oder absichtlich durch den Versicherten selbst verursacht wurden, sowie diejenigen, die sich aus direkten oder indirekten von ihm vorgenommenen kriminellen Handlungen ergeben.

3.1.4 Die Behandlung von Krankheiten oder Pathologien, die durch die absichtliche Einnahme oder Verabreichung von Giftstoffen (Drogen), Betäubungsmitteln oder die Einnahme von Arzneimitteln ohne ärztliche Verschreibung verursacht wurden.

3.1.5 Aufwendungen für Prothesen, Brillen oder Kontaktlinsen sowie für Geburt und Schwangerschaft, ausgenommen unvorhersehbare Komplikationen während der ersten sechs Schwangerschaftsmonate, sowie für jegliche Art von geistiger Erkrankung.

3.1.6 Schäden oder Unfälle, die durch die Teilnahme an sportlichen Wettbewerben hervorgerufen werden sowie die Aufwendungen für die Rettung von Personen aus Seenot, Bergnot oder aus der Wüste.

3.1.7 Jegliche medizinischen oder pharmazeutischen Aufwendungen unterhalb eines Betrages von 10 Euro.

3.1.8 Die Kosten für Bestattung/ Feuerbestattung und Trauerfeier.

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

3.1.10 Schadensfälle aufgrund von Verstrahlung infolge von nuklearer Transmutation oder nuklearem Zerfall bzw. Radioaktivität sowie Schadensfälle infolge von biologischen oder chemischen Agenzien.

3.1.11 Schäden, die vorsätzlich vom Versicherten verursacht werden oder durch dessen grobe Fahrlässigkeit entstehen.

4. Zusatzbestimmungen

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

Für Verzögerungen oder Nichterfüllungen aufgrund höherer Gewalt oder besonderer verwaltungstechnischer oder politischer Besonderheiten eines bestimmten Landes wird keine Haftung übernommen. Sollte ein direktes Eingreifen nicht möglich sein, werden dem Versicherten bei seiner Rückkehr nach Spanien oder, wenn nötig, auch in dem Land, in dem er sich gerade aufhält und die oben genannten Umstände nicht gegeben sind, die entstanden und von der Versicherung gedeckten Kosten unter Vorlage der entsprechenden Belege zurückerstattet.

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

Hat der Versicherte Anspruch auf Erstattung des nicht in Anspruch genommenen Teils des Flugtickets, wird diese Rückerstattung bei Inanspruchnahme der Rückführungsleistung an DKV Seguros weitergeleitet.

Die in den Gewährleistungen festgelegten Entschädigungen sind in jedem Fall Ergänzungen zu den Verträgen, die der Versicherte möglicherweise zur Deckung der gleichen Risiken hat, sowie der Leistungen der Sozialversicherung oder einer anderen kollektiven Vorsorgeeinrichtung.

DKV Seguros übernimmt die Ansprüche und Leistungen, die dem Versicherten aufgrund von Umständen zustehen könnten, die das Eingreifen motiviert haben könnten, und zwar bis zu einem Gesamtbetrag der erbrachten oder gezahlten Leistungen.

**Um die mit den vorgenannten Deckungen verbundenen Leistungen in Anspruch nehmen zu können, ist es unabdinglich, dass der Versicherte die Intervention der Versicherung bei Eintritt des Geschehens telefonisch unter der folgenden Nummer beantragt:
+34 913 790 434.**

**Anhang II: Exklusive
Deckungsleistungen
der Versicherung
DKV Mundisalud
in der Modalität
Individual**

1. Einleitende Bestimmungen

1.1 Versicherte Personen

Alle natürlichen Personen, die in Spanien ihren festen Wohnsitz haben und Begünstigte der Krankenversicherung von DKV Seguros in der Modalität Individual sind.

1.2 Versicherung in der Modalität Individual

Im Sinne des Vertragsabschlusses gilt eine Versicherung als in der Modalität Individual (Einzelversicherung) abgeschlossen, wenn dadurch mindestens eine und maximal neun Personen versichert sind, deren Verbindung nicht nur in dem Interesse besteht, gemeinsam versichert zu sein; normalerweise handelt es sich um Familienangehörige ersten Grades (der Versicherungsnehmer, sein Ehe- oder Lebenspartner und die gemeinsamen, nicht unabhängigen Kinder unter 30 Jahren, die in häuslicher Gemeinschaft

leben), deren Deckung in keinem Fall durch obligatorischen Beitritt (colectivo cerrado) oder freiwillig (colectivos abiertos o cofinanciados) zu zuvor zwischen DKV Seguros und einem versicherungsnehmenden Kollektiv vereinbarten Vertragsbedingungen und/oder einem einzigen Vertrag erfolgt.

1.3 Dauer des gebotenen Versicherungsschutzes

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

1.4 Gültigkeit

Um die gebotenen Leistungen in Anspruch nehmen zu können, muss der Versicherte seinen gewöhnlichen Wohnsitz in Spanien haben und hier auch mindestens für die Dauer von neuen Monaten pro Jahr wohnen.

2. Exklusive zusätzliche Deckungsleistungen

Der Abschluss der Versicherung „DKV Mundisalud“ mit medizinischer Komplettversorgung in der Modalität Individual ist die einzige Versicherung, die der versicherten Person den Zugang zu folgenden zusätzlichen Leistungsgarantien ermöglicht:

2.1 Alternative und komplementäre Therapieverfahren

Die nachstehend genannten Verfahren sind nur auf die Weise gedeckt, dass eine Erstattung der Ausgaben erfolgt und nur dann, wenn sie durch einen Arzt erbracht werden. Die Erstattung richtet sich nach den Begrenzungen, die in der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen festgesetzt sind, die als Anhang den Besonderen Versicherungsbedingungen beigefügt 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 mit Begrenzung auf eine erstattungsfähige maximale Anzahl von Beratungen/Sitzungen pro versicherter Person und Jahr.

2.1.1 Beschränkungen der Deckung

Alternative und komplementäre Therapieverfahren Die alternativen und ergänzenden Therapien wie Homöopathie und Akupunktur sind im Versicherungsschutz der Police „DKV Mundisalud“ eingeschlossen, wenn die medizinische Vollversorgung in der Vertragsmodalität Individual 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: Naturheilkunde, Chiromassage, Osteopathie, Lymphdrainage, Mesotherapie, Gymnastik, Hydrotherapie, dreiphasige Sauerstofftherapie, 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 Adenotomie.

2.2 Erstattung der Kosten für Leistungen der Familienhilfe und/oder Pflege von Pflegebedürftigen, sofern die Pflegestufe 3 aufgrund eines Unfalls vorliegt

2.2.1 Gegenstand des Versicherungsschutzes

DKV garantiert ab dem Datum des Inkrafttretens dieser Deckung die Erstattung der bezahlten Rechnungen für Familienhilfe und/oder Pflege bei Bedürftigkeit zu 100 % **und bis zu einer Obergrenze von 12 000 Euro während der gesamten Laufzeit des Vertrages und/oder der Lebenszeit des Versicherten und mit einer Teilgrenze von 2000 Euro für den Beratungs- und Verwaltungsdienst zu den Hilfen für in Abhängigkeit befindliche Personen**, wenn der Versicherte und/oder sein Vertreter (Vormund) **den Zustand der Pflegebedürftigkeit der Stufe 3 nachweist und dieser Zustand durch einen durch die Versicherung gedeckten Unfall verursacht wurde. Die Abhängigkeit in Stufe 3 muss durch das spanische „Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia“, SAAD, anerkannt werden.**

Die Erstattung ist nur garantiert für die Aufwendungen im Zusammenhang mit erbrachten Leistungen oder sozio-sanitären Serviceleistungen, die unter diesen Versicherungsschutz fallen, **jedoch mit den Begrenzungen und**

Ausschlüssen, die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (siehe Absatz 5.a, 5.c, 5.d, 5.e „Ausgeschlossene Deckungsleistungen“) und Anhang II (Artikel 2.2.3) festgelegt sind.

Für die Zwecke dieser Deckung wird die Pflegestufe 3 als ein irreversibler Zustand definiert, in dem die pflegebedürftige Person weder jemals wieder autonom sein wird noch jemals wieder in einen niedrigeren Grad der Pflegebedürftigkeit eingestuft werden kann.

Die sozio-sanitären Leistungen und die Leistungen der Familienhilfe oder Pflege von Pflegebedürftigen, die von professionellen Pflegekräften durchgeführt werden und auf die Sie Anspruch haben, sind:

2.2.1.1 Häusliche Serviceleistungen:

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

a) Persönliche Pflege:

- > Unterstützung bei der persönlichen Körperhygiene
- > Mobilität im häuslichen Umfeld
- > Wechsel der Körperhaltung und Unterstützung bei der Körperpflege bettlägeriger Personen
- > Begleitung innerhalb des häuslichen Umfeldes

b) Hauswirtschaftliche Hilfe:

- > Haushaltsreinigung
- > Haushaltseinkäufe
- > Zubereitung der Mahlzeiten

2.2.1.2 Betreuungsleistungen in Residenzen:

Hierbei handelt es sich um die in Residenzen und Tages- oder Nachtzentren mit hoch qualifiziertem Personal, das eine umfassende Betreuung gewährleistet, erbrachten Leistungen. Hierzu zählen u. a. Ärzte, Krankenschwestern oder Pfleger, Physiotherapeuten, Psychologen und Beschäftigungstherapeuten. Durch diese Leistung erhalten Sie Zugang zu vorübergehenden und dauerhaften Aufhalten in Residenzen und Tageszentren.

> Residenzen

> **Tageszentren** für spezialisierte Betreuung und Pflege

> **Nachtzentren**

2.2.1.3 Service einer Teleassistenz mit fest installierten oder mobilen Geräten: Hierbei handelt es sich um mobile oder fest installierte Geräte, die für Notfälle ständig mit einer Alarmzentrale 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; Zugang zum Service besteht durch ein spezielles Gerät.

Die einzige Einschränkung besteht darin, dass der Empfänger ausreichende kognitive Funktionen für die Nutzung der entsprechenden Technologie aufrechterhalten muss.

2.2.1.4 Leistungen zur Wohnraumanpassung

Hierbei handelt es sich um eine Vielzahl von Maßnahmen, die sich mit der Anpassung des Wohnraums an die Bedürfnisse befassen. Diese Produkte erlauben es, den Zugang und die Mobilität innerhalb des gesamten Wohnraums zu verbessern.

2.2.1.5 Beratungs- und Verwaltungsleistungen für Pflegehilfen:

Ebenfalls eingeschlossen sind die Beratungs- und Verwaltungsdienste für Pflegehilfen **bis zu einer Teilgrenze von 2000 Euro während der Versicherungslaufzeit und/oder des Lebens des Versicherten.**

Die versicherte Person und/ oder eine Person in ihrem Namen (gesetzlicher Pfleger) kann die Erstattung aller für die Familienhilfe und/ oder für Pflege entstehenden Kosten, die in diesem Absatz beschrieben werden, bis zu einem maximalen Höchstbetrag von 12 000 Euro pro versicherter Person bei DKV Seguros beantragen. Dabei gilt eine Teilgrenze von 2000 Euro für den Beratungsservice und die Bearbeitung der Hilfeleistungen. **Hierzu muss eine Bestätigung, dass Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 3 (Nivel 1 oder 2) von der hierzu autorisierten Behörde des „Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia“ der für den Pflegebedürftigen zuständigen autonomen Region vorgelegt werden, in der die Gründe und Umstände der Pflegebedürftigkeit erläutert werden.**

Der Versicherungsschutz für Pflegebedürftigkeit endet automatisch und endgültig, wenn die versicherte Person den garantierten Höchstbetrag von 12 000 Euro für dieses Konzept oder die Untergrenze von 2000 Euro für den Beratungsservice und die

Bearbeitung der Hilfeleistungen für pflegebedürftige Personen während der Gültigkeitsdauer der Police durch Rückerstattung der Kosten erhalten hat.

2.2.2 Zugang zu dieser Versicherungsleistung

a) Voraussetzungen, die der Begünstigte der Leistungen für pflegebedürftige Personen erfüllen muss:

- > Es muss der Anspruch auf die Bereitstellung der Leistungen für pflegebedürftige Personen in Spanien bestehen und es müssen die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sein, um Zugang zu diesen zu erhalten.
- > Die Person muss zum Zeitpunkt des Unfalls als Versicherter in der Krankenversicherungspolice aufgenommen sein, ebenfalls zum Zeitpunkt des Antrag auf Erstattung der Kosten aufgrund von Pflegestufe 3 sowie beim Bezug der Leistung.
- > Der Unfall darf nicht infolge von Tätigkeiten oder Umständen eingetreten sein, die vom allgemeinen Versicherungsschutz der Krankenversicherung ausgeschlossen sind (Ziffer 5.a, 5.c, 5.d und 5.e „Ausgeschlossene Deckungsleistungen“ der Allgemeinen

Versicherungsbedingungen) oder ausdrücklich aus der Deckung in Bezug auf Pflegebedürftigkeit (Ziffer 2.2.3 dieses Anhangs) ausgeschlossen sind.

- > Die Person muss eingestuft sein in Pflegestufe 3 gemäß der Einstufungen, die im spanischen Pflegeversicherungsgesetz, dem 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) geregelt sind.
- > Es ist die Vorlage der mit Datum versehenen und unterschriebenen Entscheidung der autorisierten Behörde des spanischen „Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia“ der autonomen Region mit der Qualifikation und der Anerkennung der Pflegebedürftigkeit Stufe 3 erforderlich, in der die Ursachen und Umstände der Pflegebedürftigkeit angegeben werden.

b) Zur Anerkennung der Leistungspflicht notwendige Dokumente:

Um Anspruchsberechtigter für die Kostenerstattung von 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. Die durch die zuständige spanische Verwaltungsbehörde „Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia“ erfolgte Einstufung, in der die Ursachen und Umstände der Pflegebedürftigkeit angegeben sind.
3. Ärztliche Berichte über den Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Person und der vom Sozialarbeiter verfasste Sozialbericht.
4. Alle zusätzlichen Dokumente, die notwendig sind, um den Anspruch auf die Leistung nachzuweisen.
5. Die ausgestellte und mit Datum versehene Entscheidung mit der Einstufung oder Anerkennung der Pflegestufe 3, aus der hervorgeht, ab wann der Anspruch auf Erstattung der Sozial- und Gesundheitsleistungen besteht.

Die Nichterfüllung der vorstehend genannten Voraussetzungen kann zu einer Verweigerung des Erstattungsanspruchs führen.

c) Die Erstattung von Aufwendungen erfolgt in folgender Weise:

- > Nach Vorlage des Erstattungsformulars zusammen mit den Originalen der Berichte und Rechnungen, die die erhaltene Leistung belegen, übernimmt DKV Seguros die entstandenen Kosten entsprechend dem Prozentsatz und den vorgenannten Deckungsgrenzen.
- > Der Erstattungsbetrag wird auf das angegebene Konto überwiesen. Die auf diese Weise durchgeführte Zahlung ist für DKV Seguros in vollem Umfang rechtsgültig, wirksam und schuldbefreiend.
- > Die Erstattung von Rechnungen, die vom Versicherten in anderen Währungen/Devisen bezahlt wurden, erfolgt in Spanien in Euro und zu dem Tageskurs, an dem die Rechnung bezahlt wurde. Ist dieser Tag nicht feststellbar, erfolgt die Umrechnung zu dem Kurs, der am Tag der Rechnungsstellung oder des Behandlungstages gültig war.
- > Die Kosten für die Übersetzung der Berichte, Rechnungen oder Belege über die Arzthonorare werden nur dann von DKV Seguros getragen, wenn sie in englischer, deutscher, französischer oder portugiesischer Sprache verfasst sind.

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

2.2.3 Von der Deckung ausgeschlossene Risiken

Von der Leistungspflicht bei Pflegebedürftigkeit sind ausgeschlossen:

1. Erstattung der Kosten für Leistungen der Familienhilfe und/ oder Pflege von pflegebedürftigen Personen, die nicht ausdrücklich 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 durch einen der nachfolgenden Umstände gegeben ist:

a) Durch einen Unfall verursacht wurde der aufgrund von Aktivitäten oder Umständen entstanden ist, die ausdrücklich aus der allgemeinen Deckung der Krankenversicherung ausgeschlossen sind (siehe Abschnitte 5.c, 5.d, 5.e der Allgemeinen Versicherungsbedingungen).

b) Die Konsequenz bzw. Folge oder Komplikation von Verletzungen infolge eines Unfalls ist, der vor Aufnahme der versicherten Person in die Police ereignete.

c) Die Folge eines Unfalls ist, der sich aufgrund von geistiger Umnachtung, unter Einfluss alkoholischer Getränke oder Drogen jeglicher Art oder allgemein von Psychopharmaka ereignete, auch wenn diese nicht Ursache des Unfalls waren.

d) Die Konsequenz von Unfällen ist, die auf grobe Fahrlässigkeit und grob fehlerhaftes Verhalten, Suizidversuch und der Teilnahme an Wettbewerben, Wettkämpfen, Zweikämpfen, Schlägereien oder Angriffen zurückzuführen sind.

e) Hervorgerufen wurde durch Unfälle im Zusammenhang mit der Ausübung der folgenden sportlichen Aktivitäten: Auto- und Motorsport in jeglicher Form, Jagd, Unterwassersport, das Fahren auf Schiffen, die nicht für den öffentlichen Transport von Passagieren vorgesehen sind, Reitsport, Bergsteigen und Klettern, Alpinismus, Canyoning bzw. Höhlenwandern, Boxsport, Kämpfe in jeglicher Form, Kampfsportarten, Fallschirmspringen, LuftschiFFahrt, Freiflug, Segelfliegen und im Allgemeinen jeder Sport oder jede Freizeitaktivität mit offenkundig gefährlichem Charakter.

f) Hervorgerufen wurde durch einen Unfall auf einer Reise, sei es als Passagier oder als Besatzungsmitglied von Luftfahrzeugen mit einer Kapazität von weniger als zehn Plätzen für Passagiere.

3. Die Erstattung der Aufwendungen für Leistungen der Familienhilfe und/ oder Pflege von pflegebedürftigen Personen, sowie Erstattung eines Teils der Aufwendungen für Beratung und Bearbeitung, wenn der Anspruch auf den Versicherungsschutz erloschen ist, da der Versicherte während der Gültigkeitsdauer dieser Versicherungspolice oder einer anderen, schon vorher bei DKV abgeschlossenen Krankenversicherung in der Modalität Individual oder Gruppenversicherung den garantierten Höchstbetrag 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 (dem für Spanien geltenden internationalen Vademecum) eingetragen sind und **sie zur Behandlung der erlittenen und vom Versicherungsschutz gedeckten Krankheiten verabreicht werden.**

Für eine einfachere Verwaltung der Auszahlung muss der Betrag der Rechnung bzw. Rechnungen, die mit einer Erstattungsanforderung eingereicht werden, mindestens 10 Euro betragen.

2.3.2 Zugang zu dieser 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 bezahlt 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. Originale der ärztlichen Verschreibungen (Rezepte)

Die **Verschreibung oder das Rezept für das Medikament muss immer den Vornamen und die Nachnamen des verschreibenden Arztes, die Fachrichtung, Registriernummer im Ärzteverzeichnis, Adresse, Telefonnummer, Ausstellungsdatum bzw. Abgabe (etwa bei chronischer 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.

DKV Seguros stellt zur Einreichung des Antrags auf Rückerstattung ein Formular zur Verfügung, das die administrativen Mindestanforderungen enthält, die die Rechnungen erfüllen müssen, um erstattungsfähig zu sein.

Der Versicherte und seine Angehörigen müssen alle Berichte und Nachweise vorlegen, die DKV Seguros für notwendig hält.

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

2.3.3 Einschränkungen und Ausschlüsse des Risikos

1. Ausgeschlossen von der durch die Versicherung gebotenen Deckung sind: Pharmazeutische Produkte, die sich nicht im Medikamentenregister befinden (Internationales Vademekum für Spanien), durch die spanische Agentur für Medikamente und Sanitätsprodukte nicht genehmigten Indikationen, Produkte von geringem therapeutischen Nutzen (die nicht finanziert werden mittels Rezept durch das spanische nationale Gesundheitssystem) und solche, deren therapeutische Wirksamkeit nicht durch die als internationale

Referenz dienende Richtlinie von NICE anerkannt werden, weiter die ohne Rezept frei verkäuflichen Medikamenten oder aus beworbene Fachgebieten, homöopathische und phytotherapeutische Arzneimittel (Derivate aus Pflanzen) und Hilfsmittel zur Heilung jeder Art.

2. Ebenso sind ausgeschlossen und werden nicht als Arzneimittel eingestuft, die Impfungen zur Desensibilisierung bei Allergien und Wirkstoffe gegen Infektionserreger, Stärkungsmittel und Aufbaupräparate, Hautpflegeprodukte, Kosmetik, Mineralwässer, Hygiene- und Körperpflegeprodukte sowie Badezusätze.

3. Nicht gedeckt 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 von der Zuzahlung befreite Nutzer erscheint oder der Code NOFIN für Arzneimittel und Gesundheitsprodukte, die nicht finanziert werden oder ATEP, exklusiv für Rezepte infolge von Arbeitsunfällen oder einer Berufskrankheit.

4. Bezogen auf Medikamente finden die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen

getroffenen Regelungen, welche die Deckungsleistungen der Versicherung begrenzen, Anwendung auf alles, was in den vorstehenden Absätzen nicht geregelt wird, hierzu Abschnitt 2 „Grundlagen. Begriffsbestimmungen“, Abschnitt 3 „Modalität und Umfang der Versicherung“ Abschnitt 4 „Leistungsübersicht - Beschreibung der Deckungen“, Abschnitt 5 „Ausgeschlossene Deckungsleistungen“ und Abschnitt 6 „Karenzzeiten und Ausschlusszeiten“.

2.4 Rückerstattung der jährlich anfallenden Aufbewahrungskosten in den Nabelschnurblutbanken während der ersten sechs Jahre nach der Geburt, sofern die Gewinnung und Kryokonservierung der Nabelschnur über einen Anbieter des Vertragsnetzwerks „Red de Servicios DKV Club Salud y Bienestar“ des DKV Clubs für Gesundheit und Wohlbefinden erfolgt, die Geburt durch die Versicherung gedeckt war und das Kind, dessen Organ aufbewahrt wird, weiter versichert ist.

DKV Seguros bietet durch den DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden, den „DKV Club de Salud y Bienestar“, einen Service mit Selbstbeteiligung zur Gewinnung der Nabelschnur des Neugeborenen und die Kryokonservierung an. Auf diese Weise übernimmt DKV Seguros 300 Euro der Kosten für die Gewinnung

und der Versicherte die Zahlung von 690 Euro, wenn er die Modalität FIRST wählt, oder 990 Euro, wenn er die Modalität ADVANCE wählt. Weiter deckt der Versicherungsschutz auf dem Weg durch Erstattung während der ersten sechs Jahre mit einem Höchstbetrag von bis zu 90 Euro pro Jahr die Einlagerungskosten der Nabelschnur, sofern die Geburt durch die Versicherung gedeckt ist und das versicherte Kind nach Geburt weiter versichert ist.

Darüber hinaus kann DKV Seguros jedes Jahr bei Vertragsverlängerung den Serviceanbieter des DKV Clubs „DKV Club Salud y Bienestar“, die Kosten für die Extraktion, die sie trägt, die Zugangsbedingungen, die Tarife, die der Versicherten zu leisten hat und den Höchstbetrag der Aufbewahrungskosten, die sie erstattet, modifizieren.

3. Exklusive Deckungsleistungen der Modalitäten DKV Mundisalud CLassic, Élite und Premium mit medizinischer Komplettversorgung in der Modalität Individual

Der Abschluss der Versicherung „DKV Mundisalud“ Classic, Élite und Premium mit medizinischer Komplettversorgung in der Modalität Individual ist die einzige Versicherung, die der versicherten Person den Zugang zur folgenden zusätzlichen Garantien ermöglicht:

3.1 Assistierte Reproduktion

3.1.1 Gegenstand des Versicherungsschutzes

Die assistierte menschliche Reproduktion beinhaltet die Durchführung und Anwendung alternativer Reproduktionstechniken **zur Behandlung der Unfruchtbarkeit von Paaren, einschließlich gleichgeschlechtlicher Paare, während der Zeit der maximalen Fruchtbarkeit** (ab einem Alter von 18 Jahren, bei Frauen bis 42 Jahre und bei Männern bis 55 Jahre).

3.1.2 Zugang zu dieser

Versicherungsleistung Anforderungen:

Um ein Anrecht auf die Deckung zu haben und Zugang zu den assistierten Reproduktionsbehandlungen zu erhalten, **ist es notwendig, dass das Paar gemeinsam über die Police versichert ist, kein gemeinsames Kind hat und die festgelegte Karenzzeit eingehalten wurde** (siehe Abschnitt 3.1.5 Karenzzeit).

3.1.3 Modalität Asistencial, Fürsorge

Gesundheitsversorgung über Eigenmittel. Die versicherte Person hat nur Zugang zu den Serviceleistungen durch medizinischen Zentren und Kliniken zur künstlichen Befruchtung, die vertragliche Bindungen mit der Versicherung eingegangen sind und dem für Spanien geltenden Vertragsnetzwerk „Red DKV de Servicios Sanitarios“ von DKV Seguros angehören (Eigenmittel) und nur wenn vor der Behandlung die Genehmigung der Versicherung eingeholt und zur Behandlung die Gesundheitskarte DKV MEDICARD® vorgelegt wird.

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

3.1.4 Beschreibung der Deckungsleistung

Nachfolgend werden die Kriterien für die Deckung der Reproduktionstechniken und ihrer Beschränkungen bezüglich der Anzahl der Versuche und dem Alter der Frau genannt:

1. Künstliche Befruchtung, auch artifizielle Insemination genannt (AI): maximal zwei Versuche bis zu einem Alter von 40 Jahren, während der Laufzeit der Police und/oder des Lebens der Versicherten.

2. In vitro-Fertilisation (IVF): Maximal ein Versuch bis zu einem Alter von 42 Jahren, während der Laufzeit der Police und/oder des Lebens der Versicherten.

3.1.5 Karenzzeit

Für den Zugang zu den in dieser Versicherungsgarantie enthaltenen Techniken der assistierten Reproduktion **gilt eine Karenzzeit von 48 Monaten.**

Da beide Partner versichert sein müssen, wird diese Zeit ab dem Beginn des neueren Vertragsabschlusses oder der neueren Einbeziehung berechnet, sofern die Versicherungen nicht am selben Tag abgeschlossen wurden.

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 Operation zur Empfängnisverhütung (Vasektomie, hysteroskopischer Tubenverschluss 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 eine Kryokonservierung der eigenen Gameten (Spermien oder Eizellen) und der Embryonen unabhängig vom Grund sowie die Übertragung dieser in abgetautem Zustand in die Gebärmutter.
- e) Die uterine Leihmutterchaft (Surrogatmutter) 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 aus dem Hodengewebe); zur immunomagnetischen (MACS) und morphologischen (IMSI) Spermienselektion; 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.

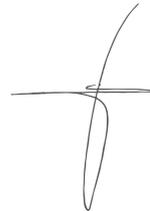
Für jeden anderen Aspekt, der nicht ausdrücklich in Abschnitt 4.8 Exklusive Deckungsleistungen (assistierte Reproduktion) geregelt ist, gelten jene Abschnitte der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, welche die Abdeckung eingrenzen, diese definieren und im Zusammenhang stehen mit: Abschnitt 2 „Grundkonzepte. Begriffsbestimmungen“, Abschnitt 3 „Modalität und Umfang der Versicherung“ Abschnitt 4 „Leistungsübersicht - Beschreibung der Deckungen“, Abschnitt 5 „Ausgeschlossene Deckungsleistungen“ und Abschnitt 6 „Karenzzeiten und Ausschlusszeiten“.

Der Versicherungsnehmer erklärt, dass er in Übereinstimmung mit den in Artikel 3 des spanischen Versicherungsvertragsgesetzes (Ley de Contrato de Seguro) festgelegten Bestimmungen, ein Exemplar der gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit den 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 und aufgeführten Ausschlüssen der Leistungspflicht und dass er den Inhalt kennt und verstanden hat, weil er diesen gelesen hat.

Der Versicherungsnehmer

Der Versicherte

Im Auftrag von DKV Seguros
y Reaseguros S.A.E.
Dr. Josep Santacreu CEO

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

976506000 | dkvseguros.com

Folgen Sie uns



Laden Sie die App
herunter



Telefonischer
Beratungsservice
betreut durch:

Fundación
INTEGRALIA DKV

 **Empresa
Responsable**

Verantwortungsvoll
mit Ihrer Gesundheit,
der Gesellschaft
und des Planeten



Gesundes
Unternehmen



Nachhaltiges
Unternehmen

DKV Seguros und Reaseguros, S.A.E. Torre DKV, Avda. María Zambrano , 31
50018 Zaragoza, eingetragen im Handelsregister der Provinz Saragossa,
Band 1.711, Seite 214, Blatt n.º Z-15.152. CIF: A-50004209.