

Ich fühle mich gerne zu Hause

DKV Residentes

Allgemeine Versicherungsbedingungen



DKV
Gesundheit

Passen Sie auf sich auf

Versicherungspolice
DKV Residentes

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-04306
2DNP1.CG/28_V14a
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“ **20**

DKV Club Salud y Bienestar, der Club für Gesundheit und Wohlbefinden **25**

- 26** 1. Digitale Gesundheitsleistungen
 - 29** 2. Ärztliche Zweitmeinung bei schwerer Erkrankung
 - 29** 3. Zusätzliche Premiumleistungen
 - 36** 4. Die telefonische Servicezentrale
-

Allgemeine Versicherungsbedingungen **37**

- 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 Territorialer 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
 - 61** 4.1 Medizinische Grundversorgung
 - 62** 4.2 Notfälle
 - 62** 4.3 Medizinische Versorgung durch Fachärzte und Fachchirurgen
 - 66** 4.4 Diagnostische Verfahren und Mittel
 - 69** 4.5 Therapieverfahren

75	4.6	Medizinische Versorgung im Krankenhaus
79	4.7	Ergänzende Deckungsleistungen
87	4.8	Besondere Deckungsleistungen
98	4.9	Reiseversicherung - Reiseassistenz
99	5.	Ausgeschlossene Deckungsleistungen
106	6.	Karenzzeiten und Ausschlusszeiten
107	7.	Versicherungsleistungen gemäß vereinbarter Deckungsmodalität
109	8.	Vertragsgrundlagen
109	8.1	Vertragsabschluss und Versicherungsdauer
110	8.2	Weitere Obliegenheiten, Pflichten und Befugnisse des Versicherungsnehmers oder des Versicherten
111	8.3	Weitere Obliegenheiten der DKV Seguros
111	8.4	Bezahlung der Versicherung (Prämien)
114	8.5	Verlust des Versicherungsanspruchs
114	8.6	Aussetzung und Kündigung des Versicherungsvertrages
115	8.7	Mitteilungen und Notifikationen
116	8.8	Besondere Gesundheitsrisiken
116	8.9	Steuern und Gebühren

Anhang I:	Reiseversicherung - Reiseassistenz	118
-----------	------------------------------------	------------

Anhang II:	Rückholung	128
------------	------------	------------

Anhang III:	Best care	131
-------------	-----------	------------

**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 Produkt „DKV Residentes“ hauptsächlich aus?
Bei „DKV Residentes“ handelt es sich um eine auf einem gemischten System beruhende Versicherung, 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?

Sofern nichts anderes vereinbart wurde, werden durch die Versicherung „DKV Residentes“ die gesamten Beträge der Rechnungen für in Spanien erbrachte Leistungen erstattet, generell ohne Leistungsbegrenzung jedoch mit Ausnahme einiger Fachgebiete und/oder konkreter Leistungen, für

welche Leistungsbegrenzungen gelten; diese sind in der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen und in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die den Besonderen Versicherungsbedingungen beigelegt sind, festgelegt:

- > Bei den zahnmedizinischen Leistungen: Unterschiedliche Erstattung der Rechnungsbeträge, je nach dem, ob die Leistungen durch Leistungserbringer erbracht wurden, die dem Netzwerk für Gesundheitsdienstleistungen der DKV Seguros angehören (eigene Mittel) oder durch solche, die diesem nicht angehören (fremde Mittel) und bis zu einem Höchstbetrag pro Versichertem und Jahr, der sich aus der Summe beider Möglichkeiten ergibt.
- > Bei alternativen und komplementären Therapieformen: Für Homöopathie, Phytotherapie (Pflanzenheilkunde), Akupunktur und die Chiromassage und Osteopathie werden die Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Beratung und/oder Sitzung erstattet. Darüber hinaus gelten für Phytotherapie, Akupunktur und Chiromassage Höchstgrenzen für die Inanspruchnahme von Beratungen und/oder Behandlungen pro Jahr und Versichertem.

- > Klinische Psychologie: Bei Inanspruchnahme von nicht vertragsgebundenen Leistungserbringern (fremde Mittel) werden die Aufwendungen bis zu einem Höchstbetrag pro Beratung und/oder Sitzung erstattet, weiter gilt eine jährliche Begrenzung der Sitzungen und/oder Beratungen pro versicherter Person, die sich aus der Summe beider Leistungsmodalitäten errechnet (eigene und fremde Mittel).
- > Brillenfassungen sind bis zu einem maximalen Höchstbetrag erstattungsfähig. Für versicherte Personen ab 15 Jahren ist eine erneute Erstattung frühestens zwei Jahre nach Bezug der letzten Fassung möglich.
- > Maßgefertigte orthopädische Schuhe werden unter Berücksichtigung einer Zuzahlung durch die versicherte Person erstattet; für versicherte Personen ab 16 Jahren fällt diese höher aus.

Wo gilt meine Versicherung?

Sie können als versicherte Person Leistungserbringer und medizinische Zentren in Spanien frei auswählen und haben Anspruch auf Erstattung der Kosten für medizinische oder chirurgische Behandlungen (und auch in Deutschland im Wege der Kostenerstattung bei Inanspruchnahme fremder Mittel und für einen Zeitraum

von max. 100 Tagen bei Abschluss der Deckungsmodalität „Grundschutz + Überführung + Best Care“); Voraussetzung ist, dass Sie mindestens sechs Monate (183 Tage) 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 „Red DKV de Servicios Sanitarios“ genannten DKV-Netzwerk für Gesundheitsdienstleistungen von DKV Seguros angeschlossen sind. Hiervon ausgenommen sind die Leistungen im Fachgebiet Zahnmedizin.

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: 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.

Eine Autorisierung ist in keinem Fall notwendig, wenn Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, die nicht dem medizinischen Netzwerk „Red DKV de Servicios Sanitarios“ von DKV Seguros angehören. Dies gilt nicht für Versicherte der Deckungsmodalität „Grundschatz + Überführung + Best Care“, wenn der Service Best Care in Deutschland beantragt wird.

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.

Wenn Sie Fragen haben, informieren Sie sich auf der Website von DKV Seguros und/oder im aktuellen und für Sie geltenden „Cuadro Médico“ genannten Ärzte- und Klinikverzeichnis der DKV oder dem entsprechenden Verzeichnis zum „Red DKV de Servicios Sanitarios“ genannten Netzwerk der Gesundheitsdienstleistungen des laufenden Jahres; unter Kapitel 2 „Ratschläge zur Benutzung“ finden Sie dort die Auflistung aller diagnostischen und therapeutischen Leistungen, für die keine vorherige Autorisierung durch DKV Seguros erforderlich ist.

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 (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“?

DKV Seguros bietet ihren Versicherten über das Internet auf der Website programas.vivelasalud.com die Möglichkeit, auf verschiedene spezielle Programme zur Gesundheitsförderung und Krankheitsvorsorge zuzugreifen; diese werden nach und nach ergänzt und weitere aufgenommen.

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 eingeschlossen sind alle zahnmedizinischen Leistungen, **mit Ausnahme derjenigen Behandlungen, die aus ästhetischen Gründen durchgeführt werden:** Wurzelbehandlungen, Parodontose, Kieferorthopädie, Zahnfüllungen und -Versiegelungen, Zahnprothesen, Wurzelspitzenresektion, Implantate und die zur Behandlung notwendigen diagnostischen Verfahren.

Wie bekomme ich Zugang zu den zahnmedizinischen Leistungen?

Sie können als versicherte Person innerhalb Spaniens Zahnärzte und Zahnkliniken aufsuchen, die nicht dem „Red DKV de Servicios Bucodentales“ von DKV Seguros angehören (Leistungsmodalität fremde Mittel) und auch in Deutschland, während eines Zeitraums von max. 100 Tagen bei Abschluss der Deckungsmodalität „Komplettschutz + Überführung + Best Care, und Sie haben Anspruch auf Erstattung der aus zahnmedizinischen Leistungen

resultierenden Aufwendungen gemäß der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen, die den Besonderen Versicherungsbedingungen beigefügt ist.

Daneben stehen Zahnärzte und Zahnkliniken, die dem zahnärztlichen Netzwerk „Red DKV de Servicios Bucodentales“ angehören in ganz Spanien zur Verfügung (eigene Mittel). Vor Inanspruchnahme der zahnmedizinischen Leistungen zu den im zahnärztlichen Vertragsnetzwerk „Red de Servicios Sanitarios“ festgelegten Sonderpreisen müssen Sie Ihre DKV MEDICARD® vorlegen, dadurch wird Ihnen der Anspruch auf Rückerstattung des Gesamtbetrags dieser zahnmedizinischen Dienstleistungen eingeräumt.

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

Ja, es gibt eine jährliche Höchstgrenze pro versicherter Person und Jahr; diese ist festgelegt in der Tabelle zur Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen, die als Anhang den Besonderen Versicherungsbedingungen beigefügt ist. Diese Tabelle enthält die in der Leistungsmodalität Versorgung durch eigene Mittel („Red DKV de Servicios Bucodentales“) abgerechneten Kosten für Behandlungen sowie diejenigen, die für außerhalb des Netzwerks erbrachte Leistungen erstattet werden.

Wie viele professionelle Zahnreinigungen deckt meine Police im Jahr ab?

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

Sind bei „DKV Residentes“ Arzneimittel mit versichert?

Arzneimittel werden erstattet, mit Ausnahme Implantate biologischer Medikamente sowie medikalisierte Biomaterialien, die nicht in Abschnitt 4.7 „Chirurgische Implantate“ detailliert aufgeführt sind, bis zu einem maximalen Höchstbetrag je versicherter Person und Jahr; dieser Höchstbetrag ist festgesetzt in der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen, die den Besonderen Versicherungsbedingungen beigefügt ist. Voraussetzung für die Erstattung von Medikamenten ist, dass diese durch einen Arzt verschrieben und in einer Apotheke erworben wurden, im Arzneimittelregister aufgeführt sind und eine therapeutische Wirkung haben. Homöopathische Mittel, Impfstoffe und Mittel gegen allergische Prozesse sind ebenfalls eingeschlossen.

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

Bei „DKV Residentes“ sind die nachfolgenden Therapieformen im Versicherungsschutz unter der

Voraussetzung eingeschlossen, dass sie durch einen Arzt durchgeführt werden: Homöopathie, Phytotherapie (Pflanzenheilkunde), Akupunktur und Chiromassage oder Osteopathie, diese werden bis zu einem Höchstbetrag pro Beratung/Sitzung erstattet, der in der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen festgelegt ist, die als Anhang den Besonderen Versicherungsbedingungen beigelegt ist.

Darüber hinaus ist die Anzahl der erstattungsfähigen Sitzungen für Phytotherapie, Akupunktur, Chiromassage und Osteopathie auf eine Höchstzahl von Beratungen/Sitzungen je versicherter Person und Jahr begrenzt; diese sind aus der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen ersichtlich, die als Anhang den Besonderen Versicherungsbedingungen beigelegt ist.

Ist die Epiduralanästhesie bei Geburten mit versichert?

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

Sind bei „DKV Residentes“ 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 Residentes“ 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 mit eigenen und der fremden Mittel durchgeführten); 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 beigelegt 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 beigelegt ist.

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

Werden durch „DKV Residentes®“ Behandlungen zur assistierten Reproduktion gedeckt?

DKV deckt die Kosten für Befruchtungstechniken ausschließlich bei den Policen DKV Residentes Individual, sofern bei dem Paar eine Unfruchtbarkeit vorliegt, dieses kein gemeinsames Kind hat und sich beide im fortpflanzungsfähigen Alter befinden (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?

Nur im Falle einer plötzlichen Erkrankung (Notfall) oder eines Unfalls ist im Rahmen Ihrer zusätzlichen Reiseversicherung (Reiseassistenz) eine medizinische Versorgung im Ausland für max.180 Tage je Reise oder Aufenthalt gewährleistet (sehen Sie hierzu Anhang I).

Ebenso haben Sie bei Abschluss der Deckungsmodalität „Grundschutz + Überführung + Best Care“ Anspruch auf medizinische Versorgung auch in Deutschland für einen Aufenthaltszeitraum von max. 100 Tagen im Jahr.

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 stationären 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.

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

Anregungen und Beschwerden

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

Sie können 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:**
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 Residentes“ erhält der Versicherte 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 dkvclubdesalud.com, oder Sie können diese telefonisch unter den Telefonnummern erfragen, die im 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, Diagnostiktests 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, Diagnostiktests 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. 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**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.

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

- > **Der direkte Zugang zur Dienstleistung:** Die versicherte Person konsultiert auf der Website **dkvclubdesalud.com** die Preise der verfügbaren Zentren oder

Leistungserbringer, vereinbart selbst einen Termin mit dem Leistungserbringer und identifiziert sich bei Ankunft im Zentrum mit seiner Gesundheitskarte oder der Versicherungskarte 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.

> **Der Zugang mit**

Ermäßigungsgutschein: In einigen Fällen ist es zur Inanspruchnahme von Serviceleistungen des DKV Clubs für Gesundheit und Wohlbefinden allerdings notwendig, im Voraus einen Ermäßigungsgutschein zu erwerben. Die Gutscheine sind auf der Webseite **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 Vertragsnetzwerk „Red de Servicios DKV Club Salud y Bienestar“, 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.

3.1 Serviceleistungen zur Förderung der Gesundheit

3.1.1 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.

3.1.2 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.

3.1.3 Ernährungs- und Diätberatung

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

3.2 Präventive Serviceleistungen

3.2.1 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.

3.2.2 Programm zur Raucherentwöhnung

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

3.2.3 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).

3.2.4 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.

3.3 Kosmetische oder ästhetische medizinische Serviceleistungen

3.3.1 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.

3.3.2 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.

3.3.3 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.

3.4 Ergänzende medizinische Serviceleistungen

3.4.1 Behandlungen in der assistierten Reproduktion

Versicherungsnehmer, die diese Leistung nicht durch ihre Versicherungsmodalität abgedeckt haben, oder welche die mögliche Höchstanzahl überschreiten, haben über den Erwerb eines Ermäßigungsgutscheins Zugriff auf ein Netzwerk aus spezialisierten Kliniken für die Diagnose und Behandlung von Unfruchtbarkeit, unter Verwendung der fortschrittlichsten Techniken für assistierte Reproduktion, wie zum

Beispiel In-vitro-Fertilisation, künstliche Befruchtung, Übertragung von Präembryonen, oder Kryokonservierung von Eizellen bzw. von Spermia und Embryonen.

3.4.2 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 Netzwerk von Homöopathen, Akupunkteuren sowie diplomierten Fachkräften für Osteopathie und Chiropraktik für Beratung und Behandlung zu Sonderpreisen zur Verfügung.

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

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

3.4.2.3 Osteopathie und Chiromassage: 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.

3.4.3 Psychologie

Zugang zu den Psychologen des Netzwerkes „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 jährliche Höchstgrenze pro Versichertem überschritten ist (die Summe aller durch Eigenmittel und Fremdmittel in Anspruch genommenen Sitzungen), die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt ist und auch in der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen, die den zur Versicherung gehörenden Besonderen Versicherungsbedingungen als Anhang beigefügt ist.**

3.5 Serviceleistungen zur Selbstfürsorge

3.5.1 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.

3.5.2 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.

3.5.3 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.

3.5.4 Serviceleistungen im Bereich der Orthopädie

Über den Erwerb eines Ermäßigungsgutscheins bietet dieser Service die Möglichkeit des Kaufs orthoprothetischer Mittel zu sehr wettbewerbsfähigen Preisen.

3.5.5 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.

3.6 Serviceleistungen zur Rehabilitation

3.6.1 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.).

3.6.2 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.

3.6.3 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.

3.7 Sozio-sanitäre Serviceleistungen und Leistungen zur Familienhilfe

3.7.1 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.

3.7.2 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.

3.7.3 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.

3.7.4 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.

3.7.5 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.

3.7.6 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.

3.7.7 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.

4. 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 telefonisch bei unserem Kundenservice unter der Nummer 976 506 000 eingereicht werden.

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

Akupunktur

Eine auf der traditionellen chinesischen
Medizin beruhende Behandlungspraxis,
bei der besondere anatomische Punkte
des Körpers mit therapeutischem Ziel
stimuliert werden; in der Regel erfolgt
diese Stimulation durch eine Punktion
der Haut mit Nadeln.

Alternative und komplementäre Therapieverfahren

Hierunter zusammengefasst sind
verschiedene therapeutische Verfahren
und ärztliche Praktiken, die derzeit
nicht als Teil der konventionellen
Schulmedizin betrachtet werden.

Antiangiogenese (medikamentöse 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.

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 gezahlt wird ab dem für jeden der Versicherten individuell geltenden Datum des Inkrafttretens der Versicherung **und 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 gezahlt werden ab dem Datum des Inkrafttretens des Versicherungsschutzes und er gilt individuell für jede einzelne der in die Versicherung aufgenommenen Personen.

B

Best Care

Diese Dienstleistung garantiert bei bestimmten schwerwiegenden Erkrankungen die Behandlung durch

einen anerkannten Spezialisten in Deutschland.

Biologische und künstliche Materialien

Ebenfalls biologische Prothesen genannt, diese werden mittels einer speziellen Technik eingepflanzt und ersetzt, 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

Chiropraktik und Chiromassage

Behandlungsmethode der Wirbelsäule, des Weichteilgewebes und des Bewegungs- und Stützapparates, die durch einen darauf spezialisierten Facharzt oder Physiotherapeuten zu therapeutischen Zwecken in einer hierzu geeigneten Einrichtung erbracht wird.

Chirurgie mit stationärer Kurzeitaufnahme

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 und 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.

Homöopathie

Eine Behandlungspraxis, bei der minimale Dosen von Extrakten biologischen Ursprungs und in besonderer Weise aufbereitetes Material dazu benutzt werden, die natürlichen Abwehrkräfte und die Selbstheilungskräfte des Körpers mit dem Ziel zu stimulieren, die Krankheit zu behandeln.

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 Spermia 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 gezählt 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 gezählt 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.

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 Arzthonore, die infolge der ärztlichen und chirurgischen Behandlung entstehen sowie gegebenenfalls die Kosten für Prothesen.

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.

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.

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

Phytotherapie

Hierunter ist ausschließlich die Konsultation und Diagnosestellung durch einen Arzt, der hierauf

spezialisiert ist, zu verstehen. Hierbei verordnete Phytopharmaka, also die Heilmittel pflanzlichen Ursprungs, sind nicht versichert.

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 beigelegt ist

Hierbei handelt es sich um eine schriftlich abgefasste Tabelle, die als Anhang den Besonderen Versicherungsbedingungen beigelegt 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

Überführung im Todesfall

Im Todesfall die Vorbereitung und die Überführung der sterblichen Überreste von dem Ort in Spanien, an dem sich der Versicherte bei Eintritt des Todes befand bis zum dem internationalen Flughafen, der dem Bestattungsort in Deutschland am nächsten liegt.

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 Individual

Im Sinne des Vertragsabschlusses gilt eine Versicherung als in der Modalität Individual (Einzelsicherung) 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 aus oder von 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 über deren Sicherheit und Wirtschaftlichkeit durch einen positiven Bericht der Agenturen für die Beurteilung von Gesundheitstechnologien, welche von den regionalen Gesundheitsdiensten oder dem Ministerium für Gesundheit abhängen, und im Fall von Antitumor- und Krebsmedikamenten durch den klinischen Leitfaden des spanischen Instituts „Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica“ (NICE) ratifiziert sind.

2. Sie ausdrücklich unter den 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 Residentes“ 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 beigelegt 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. Hiervon ausgenommen sind die Leistungen im Fachgebiet Zahnmedizin.

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.

3.3 Territorialer Geltungsbereich

Bei der Deckungsmodalität, die im Versicherungsschutz Zentren und Kliniken innerhalb des Vertragsnetzwerks von DKV Seguros umfasst (eigene Mittel), sind stationäre und ambulante medizinische und chirurgische Leistungen von Fachkräften und Zentren innerhalb ganz Spaniens versichert.

Wurde die Deckungsmodalität Gesundheitsversorgung durch fremde Mittel gewählt, können diese Leistungen, die medizinische und chirurgische Versorgung und die stationäre Versorgung im Krankenhaus, durch Ärzte und Krankenhäuser innerhalb Spaniens erbracht werden. Wurde die Modalität „Grundschatz + Überführung + Best Care“ ausgewählt, auch in Deutschland und für eine Dauer

von maximal 100 Tagen pro Jahr, sofern sich der gewöhnliche Wohnsitz des Versicherten für mindestens sechs Monate (183 Tage) im Jahr in Spanien befindet.

3.4 Zugang zu den Versicherungsleistungen

Spezielle Regelung für die Leistungsmodalität der Gesundheitsversorgung durch eigene Mittel

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

a) DKV Seguros händigt dem Versicherungsnehmer für alle mitversicherten Personen die nicht übertragbare Gesundheitskarte DKV MEDICARD® zur persönlichen Nutzung als Identifikationsmittel gegenüber den Leistungserbringern aus. Weiterhin erhält der Versicherungsnehmer Informationen zum Ärzte- und Klinikverzeichnis „Red DKV de Servicios Sanitarios“ und zum zahnärztlichen Netzwerk „Red DKV de Servicios Bucodentales“, mit der Auflistung aller im Versicherungsumfang enthaltenen Leistungen, Ärzten und Fachpersonal, Diagnostik-Zentren, Kliniken und Krankenhäusern, Notfalldiensten und ergänzenden Leistungen, unter Angabe der jeweiligen Adresse und Öffnungszeiten oder Sprechstunden.

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, (mit Ausnahme des Fachgebiets Zahnmedizin). Ebenso werden von DKV Seguros in keinem Fall Aufwendungen für Leistungen übernommen, für die nicht vorher die entsprechend notwendige Autorisierung ausgestellt 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 nicht die medizinische Leistung oder den Krankenhausaufenthalt deckt.

f) Die Autorisierungen können telefonisch bei unserem Kundenservice Center unter der Rufnummer 976 506 000, über die Website 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.

- > „DKV Residentes“ erstattet den gesamten Rechnungsbetrag für Aufwendungen, die innerhalb Spaniens entstanden sind (und auch in Deutschland während eines Zeitraums von max. 100 Tagen im Jahr bei Abschluss der Deckungsmodalität „Grundschutz + Überführung + Best Care“); dies gilt nicht für zahnmedizinische Leistungen, hier ergibt sich die Erstattung aus der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen für fremde Mittel, die als Anhang den Besonderen Versicherungsbedingungen beigefügt ist.

Weiter sind in den Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen vom Versicherten zu leistende Selbstbehalte oder Höchstgrenzen für bestimmte Fachgebiete bzw. Serviceleistungen festgelegt (vergleichen Sie Abschnitt 4 „Beschreibung der Deckungen“).

- > 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 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 und sonstigen Leistungen fallen unter den Versicherungsschutz, den diese Police gewährt:

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.

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

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

4.2 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 klinische Immunologie: Umfasst bei allergischen Prozessen die Kosten der Allergie-Impfungen und der Extrakte.

Die Aufwendungen werden im Rahmen des allgemeinen, jährlichen Höchstsatzes für Medikamente erstattet.

Anästhesie und Reanimation: Einschließlich der Periduralanästhesie.

Angiologie und Gefäßchirurgie.

Verdauungsapparat: Einschließlich Kolonographie durch Computertomographie oder virtuelle Koloskopie (3D), exklusiv über das Vertragsnetzwerk „Red DKV de Servicios Sanitarios“ Red DKV de Servicios Sanitarios" von DKV Seguros (Eigenmittel).

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

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 1000 g pro Brust erfordern.

Thoraxchirurgie. Inklusive der Sympathektomie bei Hyperhidrosis (gesteigerte Schweißabsonderung).

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

Medizinische und chirurgische Dermatologie: Diese umfasst die ambulante UVB-Fototherapie mit Schmalband (NB-UVB) bei den Gesundheitsstörungen, die in Abschnitt 4.5 („Therapeutische Verfahren“) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannt sind.

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 Kontrolle während der Schwangerschaft und die Geburtshilfe.

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

Zahnmedizin: Eingeschlossen sind sämtliche zahnärztlichen Leistungen mit Ausnahme derjenigen, die aus ästhetischen Gründen durchgeführt werden (siehe Abschnitt 4.8 Besondere Deckungsleistungen).

Augenheilkunde: Eingeschlossen ist die Technik Cross-Linking oder korneale Vernetzung, Hornhauttransplantationen und die Verwendung der Laserchirurgie, ausgenommen jedoch zur Korrektur

von Fehlsichtigkeit (Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit und Astigmatismus) und der Alterssichtigkeit, **diese sind vom Versicherten zu tragen** (siehe Abschnitt „Ergänzende Deckungsleistungen“).

Onkologie: Versichert ist auch die OSNA-Analyse oder -Technik, also 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 Operationssaal, **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 / Unfallchirurgie:

Inklusive Arthroskopie, 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: Hierzu gehören komplexe radiologische Techniken zur Diagnostik (mit Kontrast), Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MRT) sowie Knochendensitometrie.

Endoskopie: Untersuchungen sowohl des Verdauungsapparates als auch 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, Stresstest, 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 Protokollen.

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 Arterienarterienweiterungen 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 serologische 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** (neben dem Bronchialbaum, in der Lunge und im Mediastinum - 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 extraluminale Rezidiven.

i) Tomosynthese (3D-Mammographie)

zur Kontrolle und Überwachung der fibrozystischen Pathologie und Früherkennung von Brustkrebs bei Frauen mit hoher Brustdichte, um unnötige Biopsien zu vermeiden.

j) Kolonographie durch Computertomographie oder virtuelle Koloskopie (3D). Ausschließlich bei Leistungen, die durch dem Vertragsnetzwerk „Red DKV de Servicios Sanitarios“ angehörende Leistungserbringer (Eigenmittel)

zur Erkennung von Darmkrebs und entzündlichen Darmerkrankungen bei Personen mit erhöhtem Risikofaktor gemäß anerkannter klinischer Verfahren erbracht werden.

k) Dreidimensionale Ultraschalluntersuchung der Schwangerschaft (3D-4D), die einen Gesamtüberblick über die Anatomie des Fötus in Echtzeit verschafft. Eingeschlossen, wenn eine ärztliche Verschreibung durch einen Facharzt vorliegt und unter Einhaltung der

Obergrenze von einer Untersuchung pro versicherter Person und Jahr.

l) SPECT-Untersuchungen; Szintigraphie 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).

m) 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 Atemwegsbeschwerden nur im Rahmen einer stationären oder häuslichen Behandlung.

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

Schmerzmittel und

Schmerzbehandlung: Behandlungen, die durch auf diese Techniken spezialisierte Einheiten durchgeführt werden sind versichert, **einschließlich der verabreichten Medikamente und bis zu dem für Medikamente geltenden generellen jährlichen Höchstsatz (siehe Absatz 4.8).**

Schmalband UVB-Fototherapie:

Spanienweit in vertragsgebundenen, dem „Red DKV de Servicios Sanitarios“ genannten 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 Strahlentherapien, 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 ambulant als auch stationär im Krankenhaus zur Behandlung der Niereninsuffizienz erbracht.

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: Chiropraktische 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 chronische 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) Robotergestützte laparoskopische radikale Prostatektomie bei organbegrenztem Tumor: Durchgeführt mit dem roboterassistierten laparoskopischen Operationssystem Da-Vinci und unter Anwendung des allgemein anerkannten Protokolls.

e) System zum Intraoperativen Neurophysiologischen Monitoring (MNIO) des Nervensystems bei

intrakranieller Chirurgie, der Fusion oder Arthrodese 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 Rehabilitation: Gedeckt sind **die Therapie für Aussprache und Sprache bei Sprachbehinderungen** (Artikulation, Redegewandtheit, orale Dysphagie) **sowie das Erlernen der Sprache bei Kindern** (rezeptiv und expressiv), **mit einer jährlichen Höchstgrenze von 20 Sitzungen pro Versichertem und bei der Rehabilitation bei Sprachveränderung oder Sprachverlust bei Erwachsenen nach einer akuten Läsion der Hirnblutgefäße (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. Definitionen“ aufgeführt sind, **sowie auch endovesikale Instillationen und palliative Arzneimittel ohne Antitumor-Wirkung** 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.

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

- > Impfungen: die in Spanien für Kinder obligatorisch vorgesehenen Programme.
- > 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

oralen Test zur Ermittlung der Glukosetoleranz durchgeführt werden.

- > **Wird aufgrund einer gestörten Nüchternglukose 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 Nüchternglukose 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 Glaukomen

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

Einschließlich:

- > **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

Einschließlich:

- > 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 Risikogruppen: Bei Versicherten mit erhöhtem Risiko mit multiplen atypischen Nävi (>100 Nävi) oder bei denen ein familiäres dysplastisches Nävus- Syndrom diagnostiziert wurde, oder die eine persönliche oder familiäre Vorgeschichte (Familienangehörige des ersten und zweiten Grades) von Melanomen haben, oder die 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

Einschließlich:

- > 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

Einschließlich:

- > 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 und bei Aufbissproblemen oder Problemen mit einer Fehlstellung der Zähne.

Einschließlich:

- > 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.

Einschließlich:

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

10. Vorbeugeprogramm durch Ultraschallscreening auf abdominale Aortenaneurysmen (AAA)

Einschließlich:

- > Beratung bei ambulanter medizinischer Grundversorgung und abdominale Ultraschallaufnahme zur frühzeitigen Diagnostizierung des Aneurysmas bei symptomfreien Personen mit Risikofaktoren: Männer, die älter sind als 65 Jahre (zwischen 65 und 75

Jahren) und bei Risikogruppen, wie Raucherinnen und Personen über 50 Jahre mit Verwandten ersten Grades, die an abdominalen Aortenaneurysmen litten.

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.
- > Bei Mobbing in der Schule, Cybermobbing und/oder geschlechtsspezifischer oder häuslicher 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. 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), traumatische, interne Prothesen (Schienen, Metallplatten zur Fixierung und Schrauben) **und intersomatische Abstandhalter oder Zwischenwirbelkäfte 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 (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.

Enthalten ist zudem auch Material der Osteosynthese, **Stents der Verdauungsorgane Galle, Speiseröhre, Magen, Bauchspeicheldrüse und vollständige, zur palliativen Behandlung bei onkologischen, obstruktiven Pathologien; chirurgische Stütznetze, um Defekte an der Bauchdecke zu reparieren, chirurgische suburethrale Schlingen und Netze um den Beckenboden zurückzuhalten, die in der Chirurgie bei Harninkontinenz und bei Beckenbodenstörungen wie dem Prolaps der Beckenorgane verwendet werden, Ventile bei Hydrocefalia, äußere skelettartige Befestigungsmittel, monofokale, multifokale und/ oder torische Intraokularlinsen bei Katarakt bis zu einem Höchstbetrag je Linse, der in der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen angegeben ist, die den besonderen**

Versicherungsbedingungen beigefügt ist, die Hodenprothese aufgrund Orchiektomie nach onkologischen Behandlungen oder Unfall, Hautexpander, die Brustprothese und das chirurgische Netz zur Brustabdeckung, sofern es sich um die Wiederherstellung nach einer radikalen Operation handelt.

Es existiert keine jährliche Deckungshöchstgrenze für Materialien für Prothesen und Implantate über das Netzwerk der DKV „Red DKV de Servicios Sanitarios" (Eigenmittel), sofern im Voraus die obligatorisch erforderliche Autorisierung von DKV Seguros eingeholt wurde; **dies gilt nicht für Gefäß- und Koronarprothesen, wie zuvor beschrieben, für diese chirurgischen Prothesen gilt eine Deckungshöchstgrenze pro Versichertem und Jahr, die in der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen festgelegt ist, die den Besonderen Versicherungsbedingungen beigefügt ist.**

Bei der Deckungsmodalität Fremdmittel werden die in diesem Abschnitt aufgeführten Materialien für Implantate und Prothesen, die nicht in Zentren des Vertragsnetzwerks „Red DKV de Servicios Sanitarios" erworben wurden und/oder für die vor dem operativen Eingriff keine Autorisierung von DKV Seguros erteilt wurde, bis

zu dem anteiligen Prozentsatz und der Höchstgrenze erstattet, die in der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen angegeben ist, die den Besonderen Versicherungsbedingungen beigefügt ist.

Für die Berechnung der jährlichen Deckungsgrenze für Prothesen pro Versichertem werden sowohl die entstandenen Ausgaben innerhalb des Vertragsnetzwerks „Red DKV de Servicios Sanitarios“ (gegebenenfalls auch kardiovaskuläre Prothesen, autorisiert bei eigenen Mitteln) als auch Ausgaben, die außerhalb des Vertragsnetzwerks von DKV Seguros berücksichtigt (Deckungsmodalität Versorgung mit Erstattung der Aufwendungen bei Inanspruchnahme von Fremdmitteln).

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 Besondere Deckungsleistungen

Medikamente Aufwendungen für pharmazeutische Produkte, die im Arzneimittelregister (dem internationalen Vademecum) aufgeführt sind, werden zu 100% erstattet, jedoch nur bis zu einem Höchstbetrag je Versichertem und Jahr; dieser ist festgelegt in der Tabelle der Deckungen und Limitierungen, die als Anhang den Besonderen Versicherungsbedingungen beigelegt ist, immer vorausgesetzt, dass sie durch einen Arzt verschrieben, in einer Apotheke erworben und zu therapeutischen Zwecken verabreicht werden.

Impfstoffe und Mittel bei allergischen Prozessen und homöopathische Arzneien sind ebenfalls im Versicherungsschutz enthalten.

Ausgeschlossen sind **beworbene Produkte sowie Produkte mit geringem therapeutischem Nutzen**, wie Ernährungsprodukte, Wohlfühlprodukte, Mineralwässer, kosmetische Produkte und solche für die körperliche Hygiene und Pflege.

Heil- und Hilfsmittel Wenn eine ärztliche Verordnung vorliegt, sind Verbandmittel, Brillengläser und Brillenfassungen bis zu einem Höchstbetrag eingeschlossen, der sich aus der Tabelle der Deckungsleistungen

und Einschränkungen ergibt, die als Anhang den Besonderen Versicherungsbedingungen beigelegt ist (bei Versicherten ab einem Alter von 15 Jahren müssen zur Übernahme der Kosten mindestens zwei Jahre seit der letzten Kostenübernahme für dieses Konzept vergangen sein).

Orthopädisches Material und Artikel: Einlagen zur Fußkorrektur, Gehhilfen, Hörgeräte, Kompressionsstrümpfe, Kontaktlinsen, Korrekturschienen, künstliche Glieder, Sitz- und Liegehilfen, orthopädische Vorrichtungen zur Stützung des Rumpfs, der Arme und der Beine. Ebenso im Versicherungsschutz eingeschlossen sind maßgefertigte orthopädische Schuhe, wobei eine Selbstbeteiligung in Abhängigkeit des Alters der versicherten Person zu entrichten ist; die Höhe dieser Selbstbeteiligung ergibt sich aus der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen, die als Anhang den Besonderen Versicherungsbedingungen beigelegt ist; der diese Selbstbeteiligung übersteigende Betrag wird von der Versicherung gedeckt.

Besondere Hilfsmittel: Rollstühle, Sauerstoffgeräte, Inhalationsapparate, Geräte zur Behandlung des obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms (CPAP oder BiPAP), Überwachungsmonitore für Säuglinge, Infusionsgeräte, elektronische Lesehilfen, Stock, Leitapparat und Blindenführhund

(einschließlich Orientierungs- und Mobilitätstraining).

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

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

Für die Erstattung der Hilfsmittel gilt eine maximale Deckungsobergrenze pro versicherter Person und Jahr, die in der den Besonderen Versicherungsbedingungen angehängten Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen festgelegt ist. Zur Ermittlung der Höchstgrenze werden sowohl die Kosten, die über das „Red DKV de Servicios Sanitarios“ genannte Netzwerk für Gesundheitsdienstleistungen der DKV Seguros entstanden sind, als auch die in der Modalität der Versorgung durch Fremdmittel entstandenen zusammengerechnet.

Zahnmedizin: Im Versicherungsschutz von „DKV Residentes“ eingeschlossen sind alle zahnmedizinischen Leistungen,

außer sie werden aus ästhetischen Gründen vorgenommen: Odontologie, Endodontologie, Periodontie, Orthodontie, Zahnfüllungen, Zahnprothesen, Kieferorthopädie, Wurzelspitzenresektion (Apikotomie), Implantate sowie alle diagnostischen Mittel, die zur Durchführung dieser Behandlungen notwendig sind.

Die versicherte Person kann innerhalb Spaniens Zahnärzte und Zahnkliniken aufsuchen, die nicht dem „Red DKV de Servicios Bucodentales“ von DKV Seguros angehören (Leistungsmodalität fremde Mittel) und auch in Deutschland, während eines Zeitraums von max. 100 Tagen bei Abschluss der Deckungsmodalität „Grundschatz + Überführung + Best Care“, und hat Anspruch auf Erstattung der aus zahnmedizinischen Leistungen resultierenden Aufwendungen gemäß der Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen, die den Besonderen Versicherungsbedingungen beigefügt ist.

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.

Techniken der assistierten Reproduktion Versichert sind die Techniken der assistierten Reproduktion zur Behandlung der Unfruchtbarkeit von Paaren, **einschließlich gleichgeschlechtlicher Paare, während der Zeit der maximalen Fruchtbarkeit (ab 18 Jahren, bei Frauen bis zu 42 Jahren und bei Männern bis zu 55 Jahren)** ausschließlich in der Modalität Individual von „DKV Residentes“ **und es gilt eine Karenzzeit von 48 Monaten.**

Anforderungen: Um ein Anrecht auf die Deckung und den Zugang zu den durch die Versicherung gedeckten Behandlungen der assistierten Reproduktion zu haben ist es notwendig, dass beide Partner des Paares durch die Police versichert sind, kein gemeinsames Kind haben

und die in der den Besonderen Versicherungsbedingungen beigelegten Tabelle der Deckungsleistungen und Einschränkungen festgelegten Karenzzeit erfüllt haben; haben beide Partner nicht zum selben Zeitpunkt die Versicherung abgeschlossen, jedoch beide Partner durch die Police versichert sein müssen, ist die Karenzzeit maßgeblich, die sich errechnet unter Berücksichtigung der zuletzt erfolgten Aufnahme eines der Partner in die Police.

Modalität: 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 Netzwerk „Red DKV de Servicios Sanitarios“ von DKV Seguros angehören (Eigenmittel) und nur wenn vor der Behandlung die Autorisierung der Versicherung eingeholt und zur Behandlung die Gesundheitskarte DKV MEDICARD® vorgelegt wird.

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

des spanischen Nationalen Gesundheitssystems festgelegt sind.

Beschreibung: 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.

Einschränkungen und Ausschlüsse des Risikos. Ausgeschlossen sind:

a) Jede Fortpflanzungs- oder Befruchtungstechnik, die nicht ausdrücklich in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt ist, oder die infolge einer vorherigen Verhütungs-Chirurgie durchgeführt wird (Vasektomie, hysteroskopischer Tubenverschluss oder Tubenligatur).

b) Die Präimplantationsdiagnostik und die Übertragung aufgetauter Embryonen.

c) Besondere ergänzende Techniken: zur Gewinnung von Spermien (Aspiration aus dem Hodengewebe); zur immunomagnetischen (MACS) und morphologischen (IMSI) Spermiselektion; zur Embryonenkultur (lange Kultur in Inkubatoren bis Blastozyste) und zur Einpflanzung in den Uterus (assistiertes Hatching oder Aufbrechen).

d) Inkubatoren mit Systemen zur kontinuierlichen Monitorisierung der Embryonen (z. B. (Embryoscope oder Primo Vision) sowie die Kosten einer notwendigen und für die Dauer der Behandlung der assistierten Reproduktion ambulant an die Versicherten verabreichten Medikation.

e) Die stationäre Einweisung oder der stationäre Krankenhausaufenthalt (> 24 Stunden), um die Behandlungen zur Befruchtung mit Techniken der assistierten Reproduktion durchzuführen.

Für jeden anderen Aspekt, der nicht ausdrücklich in Abschnitt 4.8 Exklusive Deckungen (assistierte Reproduktion) geregelt ist, gelten jene Abschnitte der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, welche die Deckung eingrenzen, diese definieren und im Zusammenhang stehen mit: 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”.**

**Alternative und komplementäre
Therapieverfahren.** Die
Deckungsleistung von „DKV
Residentes” umfasst ausdrücklich
die nachfolgend aufgeführten
alternativen und komplementären
Therapieformen, vorausgesetzt, dass
sie von einem Arzt durchgeführt
werden. Die Kostenübernahme
erfolgt im Wege der Erstattung und
bis zu einem maximalen Betrag pro
Beratung/Sitzung, der ersichtlich ist in
Tabelle der Deckungsleistungen und
Einschränkungen, die als Anhang den
Besonderen Versicherungsbedingungen
beigefügt ist.

Darüber hinaus ist die Anzahl der
erstattungsfähigen Beratungen/
Sitzungen für Phytotherapie,
Akupunktur, Chiromassage und
Osteopathie auf eine Höchstzahl
von Sitzungen je versicherter Person
und Jahr begrenzt; diese sind in
der Tabelle der Deckungsleistungen
und Einschränkungen ersichtlich,
die als Anhang den Besonderen
Versicherungsbedingungen
beigefügt ist.

- > 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.
- > Phytotherapie: Rückerstattung bis zu einem Höchstbetrag je Beratung oder Sitzung mit Begrenzung auf eine erstattungsfähige maximale Anzahl von Beratungen/Sitzungen pro versicherter Person und Jahr.
- > Chiromassage und/oder Osteopathie: Rückerstattung bis zu einem Höchstbetrag je Beratung oder Sitzung mit Begrenzung auf eine erstattungsfähige maximale Anzahl von Beratungen/Sitzungen pro versicherter Person und Jahr, wobei hierfür die Behandlungen/ Sitzungen beider Therapieformen zusammengekommen werden.

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

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 während der gesamten Laufzeit des Vertrages und/oder der Lebenszeit des Versicherten 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“) 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:

häusliche Serviceleistungen. Es handelt sich um Serviceleistungen, die durch qualifiziertes Personal erbracht werden und eine Reihe von nützlichen Tätigkeiten und Hilfen 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

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

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.

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.

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.

Der Versicherte und/oder eine Person in seinem Namen (gesetzlicher Vormund) kann bei DKV Seguros die Rückerstattung der gesamten Kosten für die Familienhilfe und/oder Pflege von pflegebedürftigen Personen beantragen, die in diesem

Abschnitt aufgeführt werden.
Dabei gilt eine Höchstgrenze von 12 000 Euro pro Versichertem, mit einer Untergrenze von 2000 Euro für den Beratungsservice oder die Bearbeitung der Hilfeleistungen für pflegebedürftige Personen. 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.

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 spezifisch aus der Deckung der Pflege ausgeschlossen (vergleichen Sie Abschnitt 4.8 „Exklusive Deckungsleistungen“).
- > 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 in anderen Währungen/Devisen von der versicherten Person bezahlt werden, 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.

Von der Deckung ausgeschlossene Risiken

Von der Leistungspflicht bei Pflegebedürftigkeit sind ausgeschlossen:

1. Die Rückerstattung für Aufwendungen für Familienhilfe bzw. für Betreuung bei Pflegebedürftigkeit, die nicht in Abschnitt 4.8 der Allgemeinen

Versicherungsbedingungen aufgeführt sind.

2. Die Rückerstattung für Aufwendungen für Familienhilfe bzw. für Betreuung bei Pflegebedürftigkeit, die im Abschnitt 4.8 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen detailliert aufgeführt sind, wenn die Situation der Pflegebedürftigkeit der Stufe 3:

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 sich 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 Kosten für Familienhilfen und/oder Pflegehilfen, wenn der Anspruch auf die Deckung nicht mehr besteht da der Versicherte Zahlungen erhalten und die für die Versicherungslaufzeit geltende Kostenobergrenze erreicht hat, oder dies bei Krankenversicherung mit Komplettversorgung in der Modalität Individual oder gegebenenfalls

Gruppenversicherung, die zuvor bereits abgeschlossen wurde, der Fall ist.

Die Rückerstattung der jährlich anfallenden Kosten für die Kryokonservierung von Blutstammzellen in Nabelschnurblutbanken während der ersten sechs Jahre nach Geburt, exklusiv bei der Modalität Individual von „DKV Residentes“, sofern die Gewinnung und Kryokonservierung der Nabelschnur über einen Anbieter des Vertragsnetzwerks „Red de Servicios DKV Club Salud y Bienestar“ erfolgt, die Geburt durch die Versicherung gedeckt ist und die Person, deren Zellen konserviert werden, weiter in der Police und damit 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 seine 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 bei jeder Vertragsverlängerung den Anbieter dieser Dienstleistung im DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden ändern sowie den Anteil, den sie an den Kosten für die Gewinnung übernimmt, die Zugangsbedingungen, die Tarife, die der Versicherte zu leisten hat sowie den maximalen Betrag für die Aufbewahrungskosten, die erstattet werden.

4.9 Reiseversicherung - Reiseassistenz

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, die nicht durch einen Arzt durchgeführt werden oder nicht unter Absatz 4.8 („besondere Deckungsleistungen“) dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen eingeschlossen sind, sowie andere medizinische Behandlungen oder Fachgebiete, die nicht offiziell anerkannt sind. Dazu gehören die folgenden: Lymphdrainage, Mesotherapie, Gymnastik, Hydrotherapie, alternative Entbindungsmethoden (Hausgeburt, Wassergeburt usw.), dreiphasige Sauerstofftherapie, Pressotherapie, Ozontherapie, die Modalitäten der

Lichttherapie für nicht unter Abschnitt 4.5 aufgeführte Anwendungsgebiete und andere vergleichbare Leistungen, wie zum Beispiel Orthoptik und die offiziell nicht anerkannten medizinischen Fachrichtungen.

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

h) Aufenthalte, Versorgung oder Behandlung in nicht medizinischen Einrichtungen wie Hotels, Einrichtungen zur Durchführung von Bädereisen, 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 Spitzentechnologie für Diagnosen und/oder Therapien, Lithotripsie, außer der in Abschnitt 4.4 „Diagnostische Verfahren und Mittel“ und/oder im Abschnitt 4.5 „Therapieverfahren“ dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschriebenen Leistungen.

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 „Strahlungs-therapie“ 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, außer den in unter Abschnitt 4.7 „Ergänzenden Deckungsleistungen“ der Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführten besonderen Vorsorgeprogrammen.

l) Die freiwillige Unterbrechung der Schwangerschaft und jede Art von instrumenteller selektiver Embryonenreduktion, die Leihmutter-schaft oder die Vermietung der Gebärmutter, die Kosten der Spende und Kryokonservierung von Eizellen, Sperma und Embryonen sowie die Verwendung von Techniken der assistierten Reproduktion in der Prävention und Behandlung von genetisch oder erblich bedingten, chronisch viralen Krankheiten durch Samenwaschtechniken, oder

zu jedem anderen Zweck, als der Behandlung von Unfruchtbarkeit des Paares. Ebenso ist die Deckung der in Abschnitt 4.8 „Besondere Deckungen“ unter der Überschrift „Einschränkungen und Ausschlüsse des Risikos“ der assistierten Reproduktion (Buchstaben a-e) ausgeschlossen.

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

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) Heil- und Hilfsmittel, orthopädisches Material, biologisches Material, medizinische Apparate, notwendige Sanitärartikel (z. B. elektrische Heizdecken, Massagegeräte usw.), die nicht ausdrücklich in Abschnitt 4.8 „Besondere Deckungsleistungen“ dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt sind.

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 Behandlung 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 Genterapie 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 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.

t) 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.

u) Aufwendungen für die Benutzung von Telefon, Fernsehgerät, die Verpflegung der Begleitperson im Rahmen einer stationären Behandlung; Reise- oder Transportkosten, außer für den Transport im Krankenwagen wie in den Abschnitten „medizinische Grundversorgung“ und „Notfälle“ dieser Allgemeinen

Versicherungsbedingungen beschrieben sowie auch andere Leistungen, die für die notwendige Krankenhausversorgung nicht unbedingt nötig sind.

v) 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.

w) Pharmazeutische Präparate, Medikamente und zusätzliche Heilmittel jeglicher Art, bei Überschreitung der Deckungshöchstgrenze, mit Ausnahme derjenigen, die dem Versicherten während seines stationären Aufenthalts (mindestens 24 Stunden) in einem Krankenhaus verabreicht werden. Ausdrücklich ausgeschlossen sind in jedem Fall biologische Arzneimittel oder 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 nicht die Aufwendungen für zytostatische und immunterapeutische Medikamente oder in der Hormontherapie eingesetzten Medikamente, wenn ihre wissenschaftliche Evidenz und ihre therapeutische Wirksamkeit nicht bestätigt ist. Dies geschieht in den Veröffentlichungen und Empfehlungen im „Leitfaden des Nationalen Instituts für die Klinische Exzellenz, des „Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE)“, der als Referenzleitfaden dem Abschnitt 3.1.1 „Versicherungsgegenstand“ und dem Abschnitt 2 „Grundkonzepte. Begriffsbestimmungen“ diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen beigefügt ist.

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

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

x) Rehabilitation oder Körpertraining bei irreversiblen neurologischen Verletzungen unterschiedlichen Ursprungs und chronischen 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.

y) 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 oder eine Ausschlusszeit, 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 Zahnprothesen und Kieferorthopädie;
4. Für Transplantationen;

5. Für Techniken der assistierten Reproduktion;

6. Für die Leistungen im Rahmen der Modalität „Grundschatz + Überführung + Best Care“ mit Ausnahme von Unfällen.

7. 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 gemäß vereinbarter Deckungsmodalität

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

Grundschutz

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

Grundschutz + Überführung

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

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

Grundschutz + Überführung + Best Care

Zusätzlich zu dem im Rahmen der Deckungsmodalität „Grundschutz + Überführung“ garantierten Versicherungsschutz bietet diese Variante den Versicherten Anspruch auf den Service Best Care. Dieser Service garantiert zur Diagnosestellung bei bestimmten schwerwiegenden Erkrankungen die ärztliche Hilfe durch einen anerkannten Spezialisten in Deutschland innerhalb von wenigen Tagen. Detaillierte Informationen hierzu finden sich in Anhang III der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Ebenso im Versicherungsschutz dieser Deckungsmodalität mit inbegriffen sind Behandlungen und Verfahren, die in Deutschland während eines

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

8. Vertragsgrundlagen

8.1 Vertragsabschluss und Versicherungsdauer

Der vorliegende Vertrag ist auf Grundlage 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 Frist von mindestens zwei Monaten vor Ablauf des Jahres widersprechen**, wenn die Gesellschaft die Police nicht verlängern wird oder Vertragsänderungen vornehmen möchte.

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 risikoeherblichen 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 **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 Kenntnisaufnahme 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: Rückholung

Einleitende Bestimmungen

Versicherte Personen

In Spanien ansässige Ausländer, die bei DKV Seguros krankenversichert sind.

Geltungsbereich und Dauer der Versicherung

Der Geltungsbereich erstreckt sich auf Spanien. Die Dauer der Versicherung entspricht derjenigen der Krankenversicherung „DKV Residentes“.

Versicherte Leistungen

1. Überführung von Verstorbenen

Im Todesfall übernimmt der Versicherer alle Aufwendungen und anfallenden Formalitäten für die Vorbereitung und die Überführung der sterblichen Überreste von dem Ort in Spanien, an dem sich der Versicherte bei Eintritt des Todes befand bis zum dem

internationalen Flughafen, der dem Bestattungsort in Deutschland am nächsten liegt.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind die Kosten der Einäscherung und die Kosten der Bestattungszeremonie.

2. Begleitung der sterblichen Überreste

Der Versicherer übernimmt die Aufwendungen für die Reise einer durch die Rechtsnachfolger des verstorbenen Versicherten bestimmten Person aus dem Heimatland nach Spanien und zurück (bzw. aus Spanien in das Heimatland und zurück), die die Überführung der sterblichen Überreste begleitet.

3. Höchstversicherungssumme pro Schadensfall

Die von DKV garantierte Höchstversicherungssumme pro Schadensfall für alle im

Versicherungsschutz eingeschlossenen Leistungen beträgt 6000 Euro.

Außergewöhnliche Umstände

Für Verzögerungen oder Nichterfüllungen aufgrund höherer Gewalt oder besonderer verwaltungstechnischer oder politischer Besonderheiten eines bestimmten Landes wird keine Haftung übernommen.

Ausschlüsse und Begrenzungen

Die durch diese Leistungen gegebenen Garantien decken Folgendes nicht:

a) 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.

b) Berg-, See- oder Wüstenrettung.

Anhang III: Best Care

1. Deckungsleistung

Der Service Best Care garantiert innerhalb einer **Frist von 5 Tagen** den Zugang zu namhaften und angesehenen Fachärzten in Deutschland sowohl zur Diagnosestellung als auch zur Behandlung bestimmter Erkrankungen, die in diesem Anhang vorgestellt werden (siehe Abschnitt 2.1).

2. Wann liegt ein Versicherungsfall Best Care vor?

2.1 Versicherungsfälle

Es besteht Versicherungsschutz durch Best Care, bei Erkrankungen, Fehlbildungen und durch Unfall verursachte Verletzungen, wenn diese einer Behandlung bedürfen, für die die stationäre Aufnahme in ein Krankenhaus notwendig ist:

a) Für Personen bis zu einem Lebensalter von bis zu 20 Jahren (dieses eingeschlossen)

- > bei chronischen körperlichen Erkrankungen (z. B. Diabetes, Rheuma); nicht aber bei psychischen Erkrankungen (z. B. Depression, Verhaltensstörungen);
- > bei angeborenen Fehlbildungen (z.B. Herzklappenfehler, Lippen-Kiefer-Gaumenspalte);
- > bei bösartigen Tumorerkrankungen (z. B. Leukämie);
- > bei gutartigen Tumoren des Nervensystems (z. B. Hypophysenadenome, also gutartige Tumore der Hirnanhangsdrüse);
- > bei Komplikationen nach Unfallverletzungen (z. B. Knochenfehlstellung oder Bewegungseinschränkung).

Wird eine Erkrankung vor dem Erreichen des 20. Lebensjahres (dieses eingeschlossen) diagnostiziert, die nur unter Abschnitt 2.1 b) aufgeführt ist, gilt Folgendes: es besteht Anspruch auf alle Leistungen, die durch Best Care gedeckt sind.

b) Für Personen, die das Lebensalter von 20 Jahren überschritten haben

- > bei bösartigen Tumorerkrankungen (z. B. Lungenkrebs, Darmkrebs, Brustkrebs);
- > bei gutartigen Tumoren des Nervensystems (z. B. gutartige Meningeome, Akustikusneurinom. [Tumor Hörnerv]);
- > bei Herzerkrankungen (z. B. Verengung der Herzkranzgefäße, Herzrhythmusstörungen);
- > bei arteriellen kardiovaskulären Erkrankungen (z. B. Erweiterung der Bauchschlagader, Verengung der Beinschlagader);
- > bei Erkrankungen der Wirbelsäule mit Beeinträchtigung von Nerven (z. B. Bandscheibenvorfall);
- > bei Erkrankungen und Verletzungen des Knie- und Schultergelenks (z. B. Arthrose, Bänderriss);

- > bei Komplikationen nach Unfallverletzungen (z. B. Lähmungserscheinungen, Bewegungseinschränkungen).

Notwendige Voraussetzung ist, dass die entsprechende Diagnose durch einen Facharzt bestätigt wurde. Wenn dies im Rahmen einer Behandlung mit stationärem Krankenhausaufenthalt für den Patienten geschieht, ist die ärztliche Untersuchung mit ausreichenden Anhaltspunkten ausreichend. Aufgrund der ärztlichen Anweisungen des Facharztes hat eine mit einer stationären Aufnahme im Krankenhaus einhergehende, medizinische Behandlung zu erfolgen.

2.2 Untersuchungsbefunde

Zum Nachweis über das Vorliegen der genannten Voraussetzungen hat die versicherte Person die ausgestellten ärztliche Untersuchungsbefunde und Diagnosen gemäß Abschnitt 2.1 zu übersenden. Die Unterlagen können in Textform übersandt werden (z. B. per Brief oder E-Mail) und zwar zu Händen des Case Managers Best Care (siehe Abschnitt 7). Die Arztberichte müssen neben dem medizinischen Befund folgende Angaben enthalten: Vor- und Familienname der betroffenen versicherten Person sowie das Datum des diagnostischen Befundes. Diese Unterlagen werden zu Eigentum von DKV Seguros.

Werden die Unterlagen auf postalischem Weg übermittelt, so ist auf dem Umschlag klar und deutlich sichtbar **das Schlüsselwort „Best Care“ und das Alter der versicherten und betroffenen Person anzugeben. Wird dieses Schlüsselwort nicht angegeben**, so beginnt die Frist von 5 Arbeitstagen, die in Abschnitt 2.3 vorgesehen ist, mit dem Eingang der Mitteilung bei der zuständigen Stelle zu laufen.

2.3 Organisation der Behandlung

a) Für die entsprechende Diagnosestellung stellen wir Ihnen eine Reihe von medizinischen Spitzenkräften (Topexperten) zur Verfügung (siehe Abschnitt 4). Wird eine Operation erforderlich, organisieren wir auf der Grundlage des bestehenden Krankenversicherungsschutzes deren Durchführung durch hochqualifizierte Fachärzte. Wird keine Operation durchgeführt, umfasst die Leistung dieses Topexperten die Erteilung einer fundierten Empfehlung, wie mit der Behandlung fortzufahren ist, wenn vor einer Krankenseinweisung eine ärztlichen Konsultation notwendig ist.

Wir sichern zu, dass:

- > die stationäre Aufnahme in dem Krankenhaus, in dem der ausgewählte Spitzenmediziner praktiziert, durchgeführt wird

- > oder der vorstationäre Arztbesuch bei diesem Spitzenmediziner stattfindet.

Dieser Arztbesuch findet innerhalb der ersten fünf Arbeitstage statt (Samstag zählt also nicht). Die Frist von fünf Tagen beginnt mit dem Tag, der auf den folgt, an dem die Unterlagen (Arztberichte und Unterlagen) eingegangen sind; vergleichen Sie hierzu Abschnitt Nr. 2.2. Ist die versicherte Person nicht transportfähig, beginnt die Frist an dem Tag, an dem diese uns, bei gleichzeitiger Vorlage eines entsprechenden Arztberichtes, über die Transportfähigkeit informiert.

b) Hat der Topexperte eine unvorhersehbare Läsion erlitten, kann die Operation auch durch den ständigen Vertreter durchgeführt werden. Eine unvorhersehbare Läsion liegt vor, wenn der Topexperte die Operation aufgrund einer Erkrankung nicht durchführen kann. Entsprechendes gilt, wenn dieser Spitzenmediziner durch eine nicht geplante berufliche Verpflichtung oder vergleichbare, gravierende Gründe nicht in der Lage ist, den Eingriff vorzunehmen. Bei der beruflichen Verpflichtung muss es sich um eine solche handeln, die aufgrund eines Anstellungsvertrages oder aufgrund persönlicher Abwägung vorrangig ist.

c) Ist keine Operation erforderlich und ist die durchzuführende Behandlung festgelegt worden, so hat der

Versicherte kein Anrecht darauf, dass der Spitzenmediziner diese Behandlung danach auch durchführt.

d) Im Übrigen besteht im Versicherungsfall ein Anspruch auf Beratung vor, während und nach der Behandlung. Diese Beratung umfasst unter anderem auch Informationen über den Kostenträger der Anschlussheilbehandlungen, die aus medizinischer Sicht notwendig sein könnten. Auf Wunsch der versicherten Person übernimmt DKV Seguros mit Unterstützung durch DKV Deutsche Krankenversicherung AG gerne die Organisation dieser Maßnahmen, vorausgesetzt, diese fallen nicht in den Zuständigkeitsbereich eines anderen Leistungsträgers (z. B. Rentenversicherung, Berufsgenossenschaft, gesetzliche Krankenversicherungen, andere private Krankenversicherer).

2.4 Garantierte Aufwandspauschale

Gemäß den genannten Bedingungen hat die versicherte Person das Recht auf Zahlung einer garantierten Aufwandspauschale in Höhe von 500 Euro. Diese Aufwandspauschale wird ausgezahlt, wenn die gemäß Absatz 2.2 genannten ärztlichen Befunde und Nachweise eingereicht wurden, auch wenn die Behandlung nicht organisiert wird.

2.5 Entschädigungspauschale

Können wir die Frist von fünf Arbeitstagen bei der Organisation der Behandlung ausnahmsweise nicht einhalten, zahlen wir einmalig eine Entschädigungspauschale in Höhe von 500 Euro. Wir werden danach weiterhin versuchen, schnellstmöglich einen Spitzenmediziner einzuschalten.

Weitergehende Ansprüche bestehen nicht.

2.6 Wann besteht ein erneuter Anspruch auf die Deckungsleistungen des Tarifs Best Care?

Ein erneuter Anspruch auf Leistungen aufgrund derselben Diagnose besteht frühestens zwölf Monate nach Ablauf der Fünf-Arbeitstage-Frist.

Die Zwölf-Monats-Frist gilt nicht, wenn die Leistungsvoraussetzungen aufgrund einer anderen Diagnose erfüllt sind. Dies ist dann der Fall, wenn die neue Diagnose nicht in einem ursächlichen Zusammenhang mit der bisher durchgeführten Behandlung steht. Entsprechendes gilt, wenn zwar ein ursächlicher Zusammenhang besteht, das Krankheitsgeschehen aber als ein selbstständiges zu bewerten ist. Von einem selbstständigen Krankheitsgeschehen ist auszugehen, wenn andere Körperteile oder Organe betroffen sind.

3. Nicht gedeckt und somit von der Leistungspflicht ausgeschlossen sind bei Best Care:

- > **Krankheiten und Missbildungen oder Verletzungen infolge von Unfällen, die sich vor Abschluss der Versicherung ereignet haben, dies sind die sogenannten Vorerkrankungen.**
- > **Akute Notfälle (z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Unfall), die eine sofortige ärztliche Behandlung erfordern. Als Notfallbehandlung gilt auch, wenn mit der stationären Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen vor Ablauf der Fünf-Arbeitstage-Frist (siehe Nr. 2.3) begonnen werden muss.**
- > **Transplantationen (außer Hauttransplantationen).**
- > **Behandlungskosten.**
- > **Kosten für Reisen und Transport, um den Experten aufzusuchen (sowohl Hin- als auch Rückreise).**

4. Top-Fachärzte im Sinne von Best Care

4.1 Topexperten oder Spitzenmediziner im Sinne der Deckungsleistung von Best Care sind renommierte Ärzte, die

das Ansehen und die Anerkennung als Experten auf dem Gebiet genießen, auf dem die der Diagnose entsprechende Behandlung notwendig ist und die mit uns im Rahmen einer entsprechenden Vereinbarung als Ärzte von Best Care kooperieren. DKV AG trägt die Verantwortung und hat die Freiheit, die Topexperten oder Spitzenmediziner auszuwählen. Sollten diese Spitzenmediziner die getroffenen Vereinbarungen nicht erfüllen, haben wir das Recht, das mit ihnen bestehende Vertragsverhältnis zu lösen. In diesem Fall wäre es nicht möglich, sich im Rahmen der durch Best Care gebotenen Deckung erneut an diese Topexperten zu wenden.

4.2 Die Auswahl dieser Topexperten oder Spitzenmediziner erfolgt unter Anwendung unserer wissenschaftlichen Kriterien und der Kenntnisse unabhängiger Fachkräfte, die für unsere Gesellschaft arbeiten.

4.3 Soweit dies möglich ist, berücksichtigen wir gerne die Wünsche der versicherten Person, welcher der von uns genannten Experten eingeschaltet werden soll. Beachten Sie dabei, dass sich durch die Auswahl des Experten ergibt, an welchem Ort in Deutschland die Leistungen erbracht werden.

5. Versicherte mit Anspruch auf die Deckungen von Best Care

5.1 Alle Personen, die mit DKV Seguros die Versicherung DKV Residentes in der Deckungsmodalität „Grundschutz + Überführung + Best Care“ abgeschlossen haben und deren versicherungstechnisches Alter zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses zwischen 0 und 70 Lebensjahren liegt. Wenn die Deckung durch die Versicherung angenommen wurde, besteht die Leistungspflicht auch über das genannte Alter von 70 Jahren hinaus.

5.2 Für das neugeborene Kind einer versicherten Person kann der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge aufgrund von Vorerkrankungen und ohne Karenzzeiten ab Vollendung der Geburt beginnen. Dazu müssen Sie das Kind bis spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend bei uns versichern. Der Versicherungsschutz umfasst dann auch angeborene Fehlbildungen und Anomalien.

Diese Regelungen gelten ebenfalls im Fall einer Adoption von Minderjährigen. In jedem Fall können wir bei erhöhtem Morbiditätsrisiko einen versicherungsmedizinischen Zuschlag erheben, der max. 100% des Beitrags erreichen kann.

6. Beginn und Ende der Deckung Karenzzeit

6.1 Der Versicherungsschutz beginnt zu dem in der Police angegebenen Datum. (Versicherungsbeginn). Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang der Versicherungspolice oder die durch eine schriftliche Erklärung erfolgte Annahme der Bedingungen). Er beginnt auch nicht vor Ablauf der Karenzzeiten (hierzu Absatz 6.4).

6.2 Für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten sind, besteht keine Deckung. Haben die versicherte Person und der behandelnde Arzt vor dem Abschluss des Vertrags über eine Nutzung der Deckung gesprochen, die Best Care bietet, so muss dieses Gespräch über den der Diagnose zugrunde liegenden Schadensfall mindestens 24 Monate vor Vertragsabschluss stattgefunden haben.

6.3 Der durch Best Care gegebene Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsvertrages. Zu diesem Zeitpunkt endet auch eine ggf. noch nicht abgeschlossene Organisation einer Behandlung.

6.4 Die Karenzzeit bis zur Inanspruchnahme der durch Best Care gebotenen Deckungsleistungen beträgt 3 Monate, die gezahlt werden ab dem Datum der Aufnahme des Versicherten in die Police DKV Residentes der Modalität „Grundschutz + Überführung + Best Care“.

Bei Unfällen entfällt die Karenzzeit.

7. Mitteilungen und Notifikationen

Im Schadensfall muss der Versicherte sich unter der Telefonnummer 976 506 000 mit der Zentrale unseres Kundenservices in Verbindung setzen. Dort hat er sich als Versicherter von DKV Residentes in der Modalität „Grundschutz + Rückführung + Best Care“ zu identifizieren, es wird dann der Kontakt zum Case Manager von Best Care in Spanien hergestellt, der sich um alles Nötige kümmert, um den Vorgang in Zusammenarbeit mit der DKV AG zu bearbeiten.

Die unter Absatz 2.2 beschriebenen Arztberichte sind an die folgende Anschrift zu senden:

DKV Seguros
Centro de Gestión de Barcelona
Att. CaseManager de Best Care
C/ Constitución, 3, planta 4
Edificio Diagonal
08960 Sant Just Desvern
Barcelona;
oder per E-Mail an die Adresse
bestcare@dkvseguros.es;
oder per Fax an die Nummer
+34 933 780 126.

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.