

**VERSICHERUNGSPOLICE
DKV MODULAR**

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

GEZEICHNETES KAPITAL: 66.110.000 EUR

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

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

Mod. RE CON-10000
Ausgabe aktualisiert im Januar 2017

3DNPo.CG/04_V12

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

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

Inhaltsverzeichnis

	Seiten
WIR BEANTWORTEN IHRE FRAGEN	5
PLAN DE VIDA SALUDABLE “VIVE LA SALUD” (Programm Gesundes Leben: “Es lebe die Gesundheit”)	16
DKV CLUB FÜR GESUNDHEIT UND WOHLBEFINDEN	21
1. Service-Leistungen von e-Salud	22
2. Zahnmedizinischer Service	24
3. Zusätzliche Premium Service-Leistungen	25
4. Telefonisches Kundencenter	31
VERSICHERUNGSVERTRAG: ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN	33
1. Einleitende Klausel	35
2. Grundlagen, Begriffsdefinitionen	37
3. Leistungsmodalitäten und Erweiterung der Versicherung	49
3.1 Gegenstand der Versicherung	49
3.2 Leistungsmodalitäten der Versicherung	50
3.3 Zugang zu den Versicherungsleistungen.....	51
3.4 Inanspruchnahme von nicht dem DKV Vertragsnetz zugehörigen Leistungserbringern	53
3.5 Regressforderungsklausel und Abtretung von Rechten.....	54
4. Versicherungsumfang	55
4.1 Ambulante ärztliche Behandlung	55
4.2 Notfallbehandlungen	56
4.3 Medizinische Versorgung durch Fachärzte und Fachchirurgen	56
4.4 Diagnostische Verfahren	59
4.5 Therapeutische Verfahren	61

4.6	Stationäre medizinische Versorgung	65
4.7	Zusätzliche Versicherungsleistungen	67
4.8	Exklusive Versicherungsleistungen	72
4.9	Auslandsreiseversicherung	72
5.	Ausgeschlossene Deckungsleistungen	73
6.	Karennzeiten und Ausschluss	79
7.	Versicherungsleistungen gemäß vereinbarter Deckungsmodalität	81
7.1	Ambulante ärztliche Behandlung.....	81
7.2	Fachärztliche Versorgung ohne stationäre Behandlung.....	82
7.3	Stationäre medizinische Versorgung.....	82
7.4	Nichtstationäre medizinische Versorgung.....	84
7.5	Fachärztliche Versorgung mit stationärer Behandlung	84
7.6	Ambulante medizinische Erstversorgung mit stationärer Behandlung	84
7.7	Komplettschutz medizinische Rundum-Versorgung.....	84
8.	Vertragsgrundlagen	85
8.1	Vertragsabschluss und Versicherungsdauer	85
8.2	Rechte und Obliegenheiten des Versicherungsnehmers oder der versicherten Personen.....	86
8.3	Obliegenheiten von DKV Seguros	87
8.4	Versicherungsbeitrag	87
8.5	Verlust von Ansprüchen und Auflösung des Vertrages	89
8.6	Aussetzung und Beendigung des Versicherungsvertrages	89
8.7	Kommunikation	90
8.8	Spezielle Gesundheitsrisiken.....	90
8.9	Steuern und Zuschläge	90
9.	Unfallversicherung	91
10.	Sterbegeldversicherung	107
11.	Regelungen für die ergänzenden Deckungen	109
ANHANG I: AUSLANDSREISEVERSICHERUNG		111
ANHANG II: EXKLUSIVE VERSICHERUNGSLEISTUNGEN BEI DKV MODULAR IN DER VERTRAGSMODALITÄT EINZELVERSICHERUNG		119

Wir beantworten
Ihre Fragen

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

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

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

Wir hoffen, dass sie Ihnen nützlich sind.

Zum Vertrag

Welche Dokumente sind Bestandteil des Versicherungsvertrages?

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

Was bedeuten die „Allgemeinen Versicherungsbedingungen“?

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

Welche Dokumente und Unterlagen erhalte ich bei Abschluss meiner Versicherung?

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

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

Was muss ich nach Erhalt dieser Unterlagen unternehmen?

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

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

Wir freuen uns, Ihnen behilflich sein zu können.

Muss die Verlängerung des Vertrages mitgeteilt werden?

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

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

Wie gehen wir mit den persönlichen Daten um?

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

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

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

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

Leistungsmodalität und Erweiterung der Versicherung

Wodurch zeichnet sich das Produkt „DKV Modular“ hauptsächlich aus?

Bei „DKV Modular“ handelt es sich um ein Produkt, das für den Versicherungsnehmer oder den Hauptversicherten eine Unfall- und eine Sterbegeldversicherung mit einer Krankenversicherung kombiniert, deren verschiedene Absicherungen – vom kleinsten bis zum größten Komplexitätsgrad an medizinischer Versorgung - in drei Module gegliedert sind, die einzeln oder zusammen abgeschlossen werden können:

1. Modul Ambulante ärztliche Behandlung - Allgemeinmedizin.
2. Modul: Fachärztliche medizinische Versorgung, zusätzliche diagnostische und therapeutische Verfahren - Fachmedizin.
3. Modul Stationäre medizinische und chirurgische Versorgung - Stationär.

Welche Leistungen der Krankenversicherung umfasst meine Police „DKV Modular“?

Versicherungsleistungen, die in den jeweiligen Modulen beschrieben werden, können über das mit DKV Seguros vertraglich vereinbarte und ganz Spanien umfassende medizinische Vertragsnetzes „Red DKV de Servicios Sanitarios“ von DKV Seguros in Anspruch genommen werden.

Wie bekomme ich Zugang zu den medizinischen Leistungen, die innerhalb der verschiedenen Module meiner Krankenversicherung abgedeckt sind?

Die versicherte Person kann frei unter den im Ärzte- und Klinikverzeichnis (Vertragsnetz „Red DKV de Servicios Sanitarios“ von DKV Seguros) aufgeführten Leistungserbringern und medizinischen Zentren wählen, jedoch ausschließlich unter denjenigen, die dem Versicherungsschutz in den gewählten Modulen entsprechen, um nach Vorlage der DKV Medi-Card® und im Falle einer notwendigen Autorisation, die medizinische Versorgung zu erhalten.

Wenn ich zwei oder mehr Module der Krankenversicherung abschließen möchte, wie kann ich diese innerhalb von „DKV Modular“ miteinander kombinieren?

Die jeweiligen Kombinationen können Ihren Bedürfnissen entsprechend frei miteinander kombiniert werden.

Versichertenkarte DKV Medi-Card®

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

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

Wie hoch ist die Zuzahlung für jede ärztliche Behandlung?

Die im Voraus festgelegten Zuzahlungen für die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen sind in der „Übersicht der medizinischen Leistungen und Zuzahlungen“ der Besonderen bzw. Speziellen Versicherungsbedingungen der Police aufgeführt.

Was muss ich bei Verlust meiner Versichertenkarte DKV Medi-Card® tun?

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

Wir lassen Ihnen eine neue Karte zukommen.

Wie kontaktiere ich DKV Seguros?

Sie können sich mit dem Kundenbetreuungsservice von DKV Seguros direkt telefonisch unter einer der folgenden Telefonnummern +34 902 499 499 | +34 913 438 596 | +34 934 797 539 in Verbindung setzen oder unsere Internet-Seite unter www.dkvseguros.com besuchen. Selbstverständlich stehen Ihnen auch die Mitarbeiter in unseren Geschäftsstellen zur Verfügung.

Kostenübernahme - Garantie (Autorisation)

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

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

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

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

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

Beitragszahlung

Zahle ich jeden Monat denselben Beitrag?

Nein. Entsprechend Ihrer Inanspruchnahme von Leistungen werden die Zuzahlungen pro ärztliche Behandlung mit abgerechnet.

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

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

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

Medizinische Leistungen

Was beinhaltet der Plan de Vida Saludable (Programm Gesundes Leben: „Es lebe die Gesundheit“)?

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

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

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

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

Nein. Vertragsgebundene Fachärzte und Fachchirurgen des Vertragsnetzes „Red DKV de Servicios Sanitarios“ von DKV Seguros können direkt und ohne vorherige Autorisation aufgesucht werden, vorausgesetzt das entsprechende Fachgebiet ist im vereinbarten Modul eingeschlossen.

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

Ja, um dieses nichtmedizinische Fachgebiet innerhalb des Ärzte- und Kliniknetzes „Red DKV de Servicios Sanitarios“ von DKV Seguros in Anspruch nehmen zu können, müssen Sie das Modul „Fachmedizin“ abgeschlossen haben und die entsprechende Autorisation beantragen.

Benötige ich eine Autorisation für eine Mammografie oder eine Panoramaschichtaufnahme?

Nein, Sie benötigen keine Autorisation. Es ist lediglich die schriftliche Verordnung von einem vertragsgebundenen Arzt des „Red DKV de Servicios Sanitarios“ notwendig.

Wann kann ich einen Arzt nach Hause kommen lassen?

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

Auch Krankenschwestern bzw. -pfleger und MTA können auf Grundlage einer ärztlichen Verordnung (ausgestellt durch einen Arzt des „Red DKV de Servicios Sanitarios“ von DKV Seguros) den Patienten zu Hause aufsuchen.

Werden vor Vertragsabschluss bestehende Krankheiten mit in den Versicherungsschutz aufgenommen?

Vertragsgemäß sind Vorerkrankungen nicht vom Versicherungsschutz gedeckt, es besteht aber die Möglichkeit, bestimmte Vorerkrankungen durch Zahlung eines versicherungsmedizinischen Zuschlags in den Versicherungsschutz mit einzuschließen, z.B. allergisches Asthma.

Welche zahnmedizinischen Leistungen sind im Versicherungsschutz eingeschlossen?

Im Versicherungsschutz jedes einzelnen Moduls von „DKV Modular“ sind eingeschlossen zahnmedizinische Behandlungen, das Entfernen von Zähnen (Zahnextraktionen), die Behandlungen der Mundschleimhaut, Fluoridierungen, die Zahn- und Mundreinigung und die im Rahmen dieser Behandlungen erforderlichen Röntgenleistungen; nur falls das Modul „Fachmedizin“ abgeschlossen wurde, sind Zahnversiegelungen und Zahnfüllungen bei versicherten Personen bis zum Alter von 14 Jahren eingeschlossen.

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

Wie viele professionelle Zahnreinigungen deckt meine Police im Jahr ab?

So viele, wie notwendig sind, vorausgesetzt, dass sie von einem vertragsgebundenen Zahnarzt des „Red DKV de Servicios Sanitarios“ von DKV Seguros verordnet werden.

Sind bei „DKV Modular“ Arzneimittel mit versichert?

Arzneimittel sind nur im Rahmen von stationären Aufenthalten abgedeckt, falls das Modul „Stationär“ abgeschlossen wurde - mit Ausnahme biologischer Implantate und als Medikamente eingesetzte Biomaterialien, die nicht in Abschnitt 4.7 „Chirurgische Implantate“ detailliert aufgeführt sind.

Ist die Epiduralanästhesie bei Geburten mit versichert?

Ja. Außerdem bei allen anderen chirurgischen Eingriffen, für die eine Epiduralanästhesie verordnet wird, falls das Modul „Stationär“ abgeschlossen wurde.

Ist bei „DKV Modular“ der chirurgische Eingriff bei Fehlsichtigkeit mit versichert?

Mit dem Abschluss eines jeden Moduls bietet DKV Seguros die Möglichkeit, zu günstigen Konditionen auf die refraktive Laserchirurgie bei Myopie zuzugreifen. Hierzu muss der Versicherte vor dem Eingriff einen Gutschein über den DKV Club Gesundheit und Wohlbefinden kaufen.

Deckt „DKV Modular“ auch die klinische Psychologie ab?

Ja, innerhalb des Moduls „Fachmedizin“ ist die klinische Psychologie bei ambulanter Behandlung als individuelle psychologische Behandlung abgedeckt, vorausgesetzt sie wurde zuvor von einem vertragsgebundenen medizinischen Psychiater oder Kinderarzt verschrieben, und die Behandlung wird von einem vertragsgebundenen Psychologen ausgeführt und von DKV Seguros vorab autorisiert.

Die versicherten Personen haben Zugang zu dieser Leistung bei nachfolgend aufgeführten Krankheitsbildern, die einen psychologisch-therapeutischen Eingriff erfordern und nachdem sie eine Zuzahlung, die für jede medizinische Inanspruchnahme oder Sitzung in der „Übersicht der medizinischen Leistungen und Zuzahlungen“ der Besonderen bzw. Speziellen Versicherungsbedingungen der Police aufgeführt sind, gezahlt haben. Die Leistung wird bis zu einer maximalen Anzahl von 20 Sitzungen pro versicherte Person und Jahr gewährt, mit Ausnahme von Therapien, die aufgrund von Ernährungsstörungen (Magersucht, Bulimie) erfolgen, wo die max. Anzahl der Sitzungen jährlich 40 beträgt.

- › Psychische Krankheiten: Depression, Schizophrenie und psychische Störungen
- › Verhaltensstörungen: Neurosen, wie Angstzustände, Persönlichkeitsstörungen und Zwangszustände
- › Ernährungsstörungen: Magersucht und Bulimie
- › Schlafstörungen: Bettnässen, Schlaflosigkeit, Schlafwandeln und nächtliche Angstzustände
- › Anpassungsstörungen: Berufliche und posttraumatische Stresssituationen, Trauer, Scheidung, Pubertät, Depressionen nach dem Urlaub usw.
- › Lernstörungen: Hyperaktivität und Schulabbruch

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

Und die Familienplanung?

Die Techniken der Familienplanung, zu denen die Eileiterunterbindung, der Verschluss der Gebärmutterhöhle mittels der Hysteroskopie (Gebärmutter Spiegelung) und die Vasektomie (Durchtrennung der Samenstränge) zählen, sind abgedeckt, falls das Modul „Stationär“ abgeschlossen wurde.

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

Das Einsetzen eines Intrauterin-Pessars (IUP - Spirale) bei Abschluss des Moduls „Fachmedizin“ ist abgedeckt, **die Aufwendungen für das Intrauterin-Pessar trägt die versicherte Person.**

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

Ja, wenn Sie das entsprechende Modul der Krankenversicherung abgeschlossen haben, das den beanspruchten Versicherungsschutz abdeckt, und sofern es sich nicht um die Ausübung einer professionellen Sportart, eines öffentlichen Wettkampfes, Wettbewerbs oder einer als Risikosportart angesehenen Aktivität handelt.

Was mache ich, wenn eine bestimmte Behandlung oder Untersuchung in meiner Provinz nicht durchgeführt werden kann?

DKV Seguros verschafft Ihnen den Zugang zu Behandlungen in jeder von Ihnen ausgewählten Provinz, in der eine solche Behandlung möglich ist, sofern die Deckung in dem/den von Ihnen gewählten Modul/Modulen enthalten ist.

Ist die medizinische Versorgung im Ausland mit versichert?

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

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

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

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

Stationäre Einweisung

Was muss ich bei einer geplanten stationären Behandlung beachten?

Wenn Sie das Modul „Stationäre medizinische und chirurgische Versorgung“ vereinbart haben, muss eine geplante stationäre Einweisung von einem Vertragsarzt des „Red DKV de Servicios Sanitarios“ verschrieben sein und ihr muss durch eine vorherige Autorisation durch DKV Seguros zugestimmt werden (informieren Sie sich im Abschnitt Autorisierungen zu „Wir beantworten Ihre Fragen“, welche medizinischen Leistungen eine vorherige Autorisation erfordern).

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

Was muss ich beachten, wenn bei einem Notfall kein mit DKV Seguros vertragsgebundenes Krankenhaus im näheren Umkreis zur Verfügung steht?

Wenn Sie das Modul „Stationär“ abgeschlossen haben und es sich um eine lebensbedrohende Situation handelt, können Sie jede Klinik aufsuchen. Die stationäre Aufnahme muss aber innerhalb einer Frist von 72 Stunden bei DKV Seguros gemeldet werden. Sofern es medizinisch vertretbar ist, kann DKV Seguros die Verlegung in ein vertragsgebundenes Krankenhaus in einem dafür angemessenen Transportmittel veranlassen.

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

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

Anregungen und Beschwerden

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

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

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

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

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

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

- a) Die Ziele dieser Programme sind
- › Sich gesunde Lebensgewohnheiten anzueignen
 - › Bereits angenommene, angemessene Lebensgewohnheiten zu festigen
 - › Schulung in Vorbeugung der Risikofaktoren bei Krankheiten
 - › Frühzeitige Erkennung von Krankheiten und entsprechende Ergreifung von Maßnahmen
 - › Über einen persönlichen medizinischen Rat zu verfügen, Festlegung eines persönlichen Gesundheitsplans mit konkreten Zielen und kontinuierlicher Unterstützung, um diesen zu erreichen

- › Vermitteln von effektiven Früherkennungsmaßnahmen
- › Ein gesundes Leben zu führen und Komplikationen vorhersehen, wenn bereits ein Gesundheitsproblem besteht

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. Brustkrebsvorsorge.

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

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

9. Prävention von Gebärmutterhalskrebs.

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

10. Prävention von Darmkrebs.

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

11. Prävention des Schlaganfalls. Der Schlaganfall oder der vorübergehende Hirnschlaganfall sind in Spanien gegenwärtig die zweithäufigste Todesursache nach der ischämischen Herzerkrankung. Er wird als plötzliche Entwicklung von Veränderungen in der Gehirnfunktion, die länger als 24 Stunden andauern, mit einer entweder hämorrhagischen oder ischämischen Ursache definiert. Das Schlaganfall-Präventions-Programm richtet sich an die erwachsene Bevölkerung und vor allem an Personen mit Risikofaktoren oder einer Vorgeschichte kardiovaskulärer Erkrankungen (Diabetes, Hypertonie, erhöhter Cholesterinspiegel oder Übergewicht). Dieses Programm bietet den versicherten Personen über Online-Hilfsprogramme an, die Risikofaktoren zu bewerten. Ein Team von professionellen Fachärzten unterstützt Sie darin, gesunde Lebensführung über ein speziell abgestimmtes und dauerhaftes Programm zu erlangen.

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

c) Zugang:

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

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

DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden

Der Abschluss der Krankenversicherung „DKV Modular“ sowohl als Einzel- als auch Gruppenversicherung gibt der versicherten Person Zugang zu zusätzlichen Service-Leistungen des DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden, abweichend von der Versicherungsdeckung, wie im folgenden beschrieben.

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

1. Service-Leistungen von e-Salud **Medizinische Fernbetreuung**

1.1 Beratungsservice 24 Stunden

Den versicherten Personen von DKV Seguros steht ein telefonischer 24 Stunden Servicedienst durch medizinisches und administratives Personal zur Verfügung, das auf die Koordination und Aktivierung von medizinischer Versorgung zu Hause entsprechend dem Versicherungsschutz und der Lage des Wohnortes spezialisiert ist.

1.2 Arztberatungsservice **DKV 24 Stunden**

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

1.3 Medizinischer 24 Stunden **Telefonservice „Kinderkrankheiten“**

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

1.4 Medizinischer Telefonservice „Übergewicht bei Kindern“

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

1.5 Medizinischer Telefonservice „Schwangerschaft“

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

1.6 Medizinischer Telefonservice „Frauenkrankheiten“

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

1.7 Medizinischer Telefonservice „Sportmedizin“

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

1.8 Medizinischer Telefonservice „Ernährungsberatung“

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

1.9 Medizinischer Telefonservice „Tropenmedizin“

Diese Leistung Service stellt den bei DKV Seguros versicherten Personen telefonische medizinische Beratung oder Online-Beratung zur Verfügung, um Informationen zur Verfügung zu stellen und Zweifel hinsichtlich auftretender Krankheitssymptome, Ergebnissen von Diagnosen, allgemeiner Gesundheitsprobleme, über Prophylaxe und spezielle Arzneimittel bei Auslandsreisen aufzuklären.

1.10 Medizinischer Telefonservice „Psychologische Unterstützung“

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

Beratungsservice bei „Schweren Erkrankungen“

1.11 Zweite ärztliche Meinung

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

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

1.12 Zweite bioethische Meinung

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

2. Zahnmedizinischer Service

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

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

3. Zusätzliche Premium Service-Leistungen

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

Abhängig von der Art der Service-Leistung, die die versicherte Person im **„Red de Servicios DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden“** in Anspruch nehmen will, werden zwei Arten des Zugangs unterschieden:

› **Direktzugang zur Service-Leistung:** die versicherte Person sucht in der Website www.dkvclubdesalud.com die Preise der verfügbaren Zentren oder Leistungserbringer, vereinbart selbst einen Termin mit dem Leistungserbringer und identifiziert sich bei Ankunft im Zentrum mit ihrer Versicherungskarte oder der Versicherungsnummer von DKV Seguros. Dies ist notwendig, damit der Leistungserbringer den Spezialpreis des DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden berechnet. Letztendlich zahlt die versicherte Person für die Service-Leistung direkt an den Leistungserbringer.

› **Zugang mit Ermäßigungsgutschein:** um einige Service-Leistungen des **„DKV für Gesundheit und Wohlbefinden“** in Anspruch nehmen zu können, ist es notwendig, im Voraus einen Ermäßigungsgutschein zu erwerben. Dies kann entweder über die Website www.clubdesalud.com, telefonisch unter **902 499 150** oder direkt in jeder Geschäftsstelle von DKV Seguros erfolgen.

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

3.1 Service-Leistungen zur Förderung der Gesundheit

3.1.1 Service-Leistung Wellness: Kurzentren und städtische Kurzentren

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

Kurzentrums: Hierbei handelt es sich um ein Heilbad mit der Möglichkeit des Aufenthaltes und der Übernachtung zur Erholung und Behandlung mit Mineralwässern, die für die öffentliche Nutzung anerkannt sind, deren therapeutische Wirkung geprüft ist, die von der Temperatur, dem Druck, der chemischen Zusammensetzung, der Radioaktivität, der Bakterienflora und den gelösten Gasen abhängig ist.

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

3.1.2 Fitness-Studios

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

3.1.3 Diätetische Ernährungsberatung

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

3.2 Präventive Service-Leistungen

3.2.1 Vorhersagende genetische Studien

Zugang mittels Ermäßigungsgutscheinen zu Analysen, die Informationen über das Risiko einer bestimmten Person liefern, eine spezifisch genetisch bedingte Krankheit zu erleiden. Die Analyse wird normalerweise mittels einer Blutuntersuchung in einem Genetiklabor durchgeführt, um festzustellen, ob Veränderungen des Gens oder der Gene im Zusammenhang mit einer Krankheit bestehen. Die durchführbaren Studien sind unter anderem: Genetischer Test zum vorgeburtlichen Screening der ADN im mütterlichen Blut, der Test von Risiken im Herz-Kreislauf-System, das genetische Profil des Übergewichtes und die Durchführung eines Vaterschaftstests.

3.2.2 Programm zur Nikotinentwöhnung

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

3.2.3 Kryokonservierung in Stammzellen-Banken für Stammzellen, die aus Nabelschnurblut gewonnen werden

Die Transplantation der Stammzellen aus dem Nabelschnurblut ist heutzutage eine gewöhnliche Behandlungsmethode für viele schwere Erkrankungen (Leukämie, Lymphdrüsenkrebs, Neuroblastome, Thalassämie - Erkrankung der roten Blutkörperchen - usw.). Die versicherten Personen, die Zugang zu diesen Service-Leistungen zu vorteilhaften Konditionen wünschen, können einen Ermäßigungsgutschein erwerben, der die Gewinnung, den Transport, die vorab erforderlichen Analysen sowie die Einlagerung der Stammzellen ihrer Kinder ab dem Zeitpunkt der Geburt in einer privaten Stammzellen-Bank für die Zeit von 20 Jahren umfasst (mit der Möglichkeit einer Verlängerung).

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

Dieser innovative Service erlaubt im Anschluss an eine geringe Fettabsaugung, die Möglichkeit der Kryokonservierung von adulten Stammzellen aus dem Fettgewebe. Diese Zellen haben ein hohes therapeutisches Potenzial für zukünftige Anwendungen in der regenerativen Medizin und kosmetischen Chirurgie. Mesenchymale Stammzellen (MSCs) sind multipotente adulte Zellen von großer Plastizität. Diese sind fähig, sich in verschiedene Zelllinien zu differenzieren, um beschädigtes oder

zerstörtes Gewebe zu regenerieren, wie dies bei der Behandlung von Narben nach großflächigen Verbrennungen, Geschwüren im Augenbereich und nicht konsolidierten Knochenbrüchen erforderlich ist.

3.2.5 Biomechanische Studie für den korrekten Gang

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

3.3 Medizinische kosmetische oder ästhetische Service-Leistungen

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

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

3.3.2 Laser-Chirurgie der Alterssichtigkeit

Die Alterssichtigkeit, die als Augenbelastung bekannt ist, ist eine Sehstörung, die in der Regel zwischen dem 40. und dem 45. Lebensjahr eintritt und sich durch eine verminderte Fähigkeit des Auges äußert, sich auf Nahsicht anzupassen. DKV Seguros bietet ihren versicherten Personen über den Erwerb eines Ermäßigungsgutscheins zu wirtschaftlich vorteilhaften Konditionen den Zugang zu einem Netzwerk von Augenkliniken, die auf die chirurgische Korrektur mittels Implantierung von intraokularen Linsen spezialisiert sind.

3.3.3 Ästhetische Schönheitschirurgie

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

3.4 Ergänzende medizinische Service-Leistungen

3.4.1 Behandlung zur medizinisch unterstützten Fortpflanzung

DKV Seguros stellt den versicherten Personen über den Erwerb von Ermäßigungsgutscheins ein Netzwerk von im Hinblick auf die Diagnose und Behandlung der Unfruchtbarkeit spezialisierten Kliniken zu vorteilhaften Konditionen zur Verfügung. Diese Kliniken wenden die am weitesten entwickelten Techniken der medizinisch unterstützten Fortpflanzung an, wie die In vitro Fertilisation, die künstliche Befruchtung, die Übertragung von Embryonen bzw. die Einfrierung von Eizellen, Sperma und Embryonen, wenn erforderlich.

3.4.2 Alternative Therapien

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

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

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

3.4.2.3 Osteopathie oder Chiropraktik: Physische oder manuelle Therapie, ergänzend zur Schulmedizin oder der konventionellen Medizin, die die Behandlungen von Funktionsstörungen im Muskel-Skelett-System, die mit Schmerzen in der Wirbelsäule und den Gliedmaßen einhergehen, durchführt.

3.4.3 Psychologie

Zugang zu den Psychologen des Netzes „Red de Servicios DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden“ mit Spezialpreisen zur Realisierung von psychologischen Tests oder psychischen Messungen bzw. klinische psychologische Beratung, **wenn die Höchstanzahl von Sitzungen pro Jahr und versicherte Person - wie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen dieser Police dargestellt - überschritten ist.**

3.4.4 Beratung von medizinischen Fachkräften, diagnostische Methoden bzw. ambulante Behandlungen

Wenn Sie nicht das Modul Fachmedizin abgeschlossen haben, haben Sie Zugang nach vorheriger Identifikation mit Ihrer Versichertenkarte DKV Medi-Card® zu den speziellen Preisen des „DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden“ für die medizinischen Leistungen, die in diesem Versicherungsmodul nicht gedeckt sind (vergleichen Sie Einzelheiten, indem Sie die Website www.dkvclubdesalud.com besuchen).

3.5. Service-Leistungen zur persönlichen Selbstbeobachtung

3.5.1 Hörgesundheit

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

3.5.2 Haargesundheit

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

3.5.3 Optiker-Leistungen

Die versicherte Person kann mittels des Erwerbs eines Ermäßigungsgutscheins bedeutende Nachlässe innerhalb des Netzwerkes aus Optikern des Red de ópticas „DKV Club für Gesundheit und Wohlbefinden“ erlangen, um Sehhilfen (Brillenfassungen und Brillengläser), Kontaktlinsen und Hygiene- und Reinigungsmittel zu erwerben.

3.5.4 Service-Leistungen orthopädische Einrichtungen

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

3.5.5 Online-Drogerie

Die versicherte Person kann nach vorherigem Erwerb eines Ermäßigungsgutscheins Zugang zu Sonderkonditionen zu Drogerieprodukten (Kosmetika, Sonnenschutzmittel, Insektenabwehrmittel usw.) erwerben, die - ohne Medikamente zu sein - aktiv zum Wohlbefinden und zur Gesundheit des Menschen beitragen.

3.6 Service-Leistungen für die Wiedererlernung oder Rehabilitation

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

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

3.6.2 Therapie des Schlafapnoe Syndroms

Dieser Service ermöglicht für die Beatmung zu Hause den Kauf des CPAP (zur nasalen positiven und kontinuierlichen Überdruckbeatmung der Atemwege) oder BiPAP (positiver Druck auf zwei Ebenen auf den Luftweg) zu vorteilhaften Konditionen mittels eines Ermäßigungsgutscheins. Diese Geräte erlauben die positive Luftdruckversorgung während des Schlafs für Patienten zu Hause mit einer nächtlichen Schlafstörung bzw. damit verbundenen Risikofaktoren (Bluthochdruck, Gefäßerkrankungen, kardiovaskuläre, zerebro-vaskuläre Krankheiten sowie durch ihre risikoreiche Tätigkeit im Hinblick auf Verkehrsunfälle). Gleichzeitig ist der Zugang zu Behandlungen mit der intraoralen Unterkieferprotrusionsschiene möglich.

3.6.3 Trainings- oder Krankengymnastikprogramm für den Beckenboden

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

4. Telefonisches Beratungszentrum

Anfragen, Informationen und Autorisierungen

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



Allgemeine Versicherungsbedingungen

1.

Einleitende Klausel

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

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

Vertragsbestandteile sind:

- › Vorläufiges Informationsdokument der Versicherung (Beantragung der Versicherung)
- › Gesundheitserklärung
- › Allgemeine Versicherungsbedingungen
- › Besondere Versicherungsbedingungen
- › Spezielle Versicherungsbedingungen (die hierzu ausgefertigt werden)
- › Zusatzvereinbarungen und Nachträge

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

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

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

Beschwerden können schriftlich an die Adresse der Defensa del Cliente der DKV Seguros gesendet werden: Torre DKV, Avenida Maria Zambrano 31 50018 Zaragoza, oder per E-Mail: defensacliente@dkvseguros.es. Oder telefonisch durch Anruf einer der folgenden Nummern unseres Kundenbetreuungsservices: +34 902 499 499 / +34 913 438 596 / +34 934 797 539

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

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

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

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

2.

Grundlagen, Begriffsdefinitionen

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

A

Ambulante chirurgische Eingriffe

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

Angeborene Krankheiten, Miss- oder Fehlbildungen bzw. Defekte

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

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

Antiangiogenesikum

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

Arzt

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

Arzthonorare

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

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

Ausschlussfrist

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

B

Begrenzungsklausel

Dies ist eine Vereinbarung im Rahmen des Versicherungsvertrags, die den Umfang der Garantie begrenzt oder widerruft, wenn ein risikorelevanter Umstand eintritt.

Beitrag

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

Biologisches Material

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

C

Chirurgischer Eingriff

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

Chirurgische Eingriffe mit kurzem stationären Aufenthalt

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

D

DKV Vertragsnetz „Red DKV de Servicios Sanitarios“

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

E

Enzyminhibitor

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

F

Frühgeburt und vorzeitige Entbindung

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

G

Gesundheitsfragebogen

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

Genetische Therapien

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

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

H

Hauptversicherter / Unfallversicherung

Person, für die die Garantien Tod und Invalidität innerhalb der ergänzenden Unfallversicherung abgeschlossen wurden.

I

Implantate

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

Immuntherapie oder biologische Therapie

Immuntherapie oder biologische Therapie (auch als Biotherapie bezeichnet) ist ein Therapieverfahren zur Beeinflussung, Stimulation oder Wiederherstellung der Abwehrkräfte des Immunsystems, zur Bekämpfung von Krebs- und Infektionskrankheiten sowie weiteren Krankheiten. Weiterhin dient es der Verminderung von Nebenwirkungen, die durch einige Krebsbehandlungen ausgelöst werden können. In der Immuntherapie werden folgende Substanzen oder Arzneimittel verwendet: unspezifische Immunmodulatoren, Interferone, Interleukine, Wachstumsfaktoren, Stimulantien, monoklonale Antikörper, Zytokine und Impfungen.

Intensitätsmodulierte Strahlentherapie (IMRT)

Es handelt sich um eine Strahlentherapie, die mit Hilfe des Computers und einer Planungs-Software dreidimensionale Bilder erstellt und erlaubt, die Größe und Gestalt der Geschwulst zu lokalisieren und sichtbar zu machen sowie

das Richten des Strahlenbündels von einem Linearbeschleuniger in unterschiedlichen Winkeln, um die Bestrahlung mit unterschiedlicher Intensität darauf zu konzentrieren und die Strahlendosis, die die gesunden angrenzenden Gewebe abbekommen, zu begrenzen. Bekannt auch unter RIM.

K

Kardiologische Rehabilitation

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

Karenzzeit

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

Kleine ambulante Chirurgie

Medizinische Versorgung durch kleinere chirurgische Eingriffe oder andere einfache Interventionen am Oberflächengewebe, die innerhalb der Praxisräume des behandelnden Arztes und in der Regel unter Lokalanästhesie durchgeführt werden. Die am häufigsten durchgeführten Methoden sind die Kryotherapie (Kältetherapie) und die chirurgische Exzision.

Klinische Psychologie

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

Klinischer Psychologe

Auf klinische Psychologie spezialisierter, examinierter Psychologe.

Kosten-Nutzen-Analyse

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

Krankenhaus oder Klinik

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

Krankheit oder Verletzung

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

L

Lebensbedrohlicher Notfall

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

Leitfaden klinischer Praxis N.I.C.E.

Das nationale Institut für Gesundheit und klinische Exzellenz „El Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE)“ ist ein gemeinnütziges öffentliches Organ, das im Jahr 1999 gegründet wurde und dem Gesundheitsministerium des Königreichs untersteht. Es ist zuständig, **dem Personal, das mit dem Sektor Gesundheit verbunden ist, Informationen und Orientierung zu den Themen Prävention und Krankheitsbehandlung zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus werden Empfehlungen zur wissenschaftlichen Evidenz von verfügbaren Therapien (Sicherheit und Kosten-Nutzen-Effekt) und bestimmter Technologien im Bereich Gesundheit und von Medikamenten (einschließlich antitumorale und onkologische) ausgegeben.**

Die Leitfäden über klinische Praxis von NICE sind als weltweit renommiert anerkannt und die am weitesten entwickelten. Aus diesem Grunde wurden sie als **Referenzleitfaden in der onkologischen Chemotherapie** ausgewählt, weil ihre Empfehlungen auf Artikeln von höchstem Evidenz-Niveau basieren und nicht auf Veröffentlichungen von Expertengruppen oder sonstigen Konventionen.

M

Medizinische Hochtechnologie

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

Medizinische Vollversorgung

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

Medizinische Vorgeschichte

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

Mitversicherter / Unfallversicherung

Der Mitversicherte ist die natürliche oder juristische Person, die das Recht auf Versicherungsschutz durch vorherige Abtretung der versicherten Person besitzt. Innerhalb der Invaliditätsgarantien ist der Mitversicherte selbst versichert.

Modalität Einzelversicherung

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

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

Modalität Gruppenversicherung

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

N

Neugeborenenversorgung

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

Nichtstationäre medizinische Versorgung

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

Die große ambulante Chirurgie fällt nicht hierunter.

Nicht vertragsgebundene Leistungserbringer (Leistungsmodalität Kostenerstattungsprinzip)

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

O

Orthopädisches Material und Orthesen

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

Osteosynthesematerial

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

P

Police

Dabei handelt es sich um den Versicherungsvertrag. Dies ist ein Dokument, das die Allgemeinen, die Besonderen und die Speziellen Versicherungsbedingungen sowie die Zusatzvereinbarungen oder Nachträge zur Ergänzung oder Modifikation enthält.

Der Versicherungsantrag und die Gesundheitserklärung sind ebenfalls Teil der Police.

Psychotherapie

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

R

Radikale Chirurgie oder Onkologie

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

Rechtsinhaber

Person, die ihr Recht auf eine andere Person überträgt.

Regenerative Medizin

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

Rehabilitation

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

Roboterchirurgie oder durch Computer unterstützte Chirurgie

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

S

Schmerztherapie

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

Spezialstation

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

Spiralförmige Strahlentherapie oder Tomotherapie

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

Stationäre medizinische Versorgung

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

Stationärer Aufenthalt aus sozialen bzw. familiären Gründen

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

Stationärer Aufenthalt zur medizinischen oder chirurgischen Behandlung

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

Mit im Versicherungsschutz eingeschlossen sind die allgemeinen Krankenhauskosten während des Aufenthalts und die aus der medizinisch-chirurgischen Behandlung resultierenden Aufwendungen für Arzthonorare sowie Aufwendungen für eventuell erforderliche Prothesen.

Synthetisches oder natürliches Material

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

Zu regenerativen Zwecken verwandte Zelltransplantate sind hierbei eingeschlossen.

U

Unanfechtbarkeit der Police

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

Unfall

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

Außerdem werden als Unfälle berücksichtigt:

- › Atemstillstand oder Schädigungen durch Gase oder Dämpfe, Kontakt oder Aufnahme von Flüssigkeiten oder festen nicht zum Verzehr geeigneter Substanzen
- › Infektionen verursacht durch einen Unfall
- › Muskelrisse und -zerrungen aufgrund einer plötzlichen Belastung
- › Verletzungen, hervorgerufen durch berechtigte Verteidigung zur Rettung von Personen oder zur Sicherstellung von Gütern
- › Verletzungen, hervorgerufen durch chirurgische Eingriffe oder ärztliche Behandlungen nach einem durch die Versicherungspolice abgedeckten Unfall

Nicht als Unfälle werden berücksichtigt:

- › Krankheiten jeglicher Art
- › Eingriffe oder Operationen, die die versicherte Person sich selbst zufügt
- › Verletzungen, die durch ionisierende Strahlung jeglicher Art hervorgerufen werden, einschließlich solcher, die sich durch Spaltung von Atomkernen ereignen

V

Verhältnisregel

Sie besteht darin, im Versicherungsfall die Entschädigungssumme an den gezahlten Beitrag anzupassen. Sie wird angewendet, wenn der Versicherungsnehmer aufgrund der Mitteilung personeller relevanter Daten einen zu niedrigen Beitrag im Hinblick auf das versicherte Risiko entrichtet. Insofern wird bei Eintritt eines Versicherungsfalls, sofern kein Vorsatz oder schweres Verschulden von Seiten des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person vorliegt, die Entschädigungssumme in dem gleichen Verhältnis gekürzt, wie sich der Beitrag, den DKV Seguros aufgrund der falschen Angaben berechnet, zum nicht korrekten Beitrag verhält.

Verkehrsunfall

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

Versicherer

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

Versicherte Person

Person, für die der Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde.

Versicherungsantrag

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

Versicherungsantrag oder vorläufiges Informationsdokument

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

Versicherungsmathematisches Alter

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

Versicherungsmedizinischer Zuschlag

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

Versicherungsnehmer

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

Versicherungssumme

Die vereinbarten Summen für die jeweiligen Deckungsumfänge der Police und die Höchstentschädigungssumme für einen Schadensfall.

Vertragsgebundene Leistungserbringer (Leistungsmodalität Sachleistungsprinzip)

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

Vorerkrankung

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

Vorsatz

Betrug, Täuschung, Arglist und Veruntreuung im Hinblick auf die Erfüllung der Verpflichtungen aus dem Vertragsverhältnis.

Z

Zuzahlungen

Die im Voraus für medizinische Leistungen festgelegten Zuzahlungen, die der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person für die Inanspruchnahme des Vertragsnetzes „Red DKV de Servicios Sanitarios“ von DKV Seguros zu entrichten hat, sind in der „Übersicht der medizinischen Leistungen und Zuzahlungen“ der Besonderen bzw. Speziellen Versicherungsbedingungen der Police aufgeführt.

Zytostatikum

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

3.

Leistungsmodalitäten und Erweiterung der Versicherung

3.1 Gegenstand der Versicherung

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

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

1. Die Validierungsstudien über **Sicherheit und Kosten-Nutzen** durch einen positiven Bericht der Agenturen zur Evaluierung von Gesundheitstechnologie ratifiziert werden, die in Abhängigkeit zu den Gesundheitsdiensten der Autonomen Gemeinden, oder zum Gesundheitsministerium stehen.
2. Sie ausdrücklich in Abschnitt 4 „Versicherungsumfang“ innerhalb der in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführten Behandlungsmethoden eingeschlossen sind.

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

3.2 Leistungsmodalitäten der Versicherung

Das Produkt „DKV Modular“ ist eine Krankenversicherung, deren verschiedene Absicherungen - vom kleinsten bis zum größten Komplexitätsgrad an medizinischer Versorgung - in drei Module gegliedert sind, die einzeln oder zusammen abgeschlossen werden können.

1. Modul: Ambulante ärztliche Behandlung - Allgemeinmedizin
2. Modul: Fachärztliche medizinische Versorgung, zusätzliche diagnostische und therapeutische Verfahren - Fachmedizin
3. Modul: Stationäre und chirurgische medizinische Versorgung - Stationär

Man kann dazu eine ergänzende Unfall- und Sterbegeldversicherung für den Hauptversicherten der Police einschließen, die ihm im Falle eines Unfalls eine Entschädigungszahlung garantiert:

1. Kapital im Fall von Tod oder dauerhafter Invalidität
2. Zusatzeinkommen für die Dauer von 36 Monaten im Todesfall oder im Fall von dauerhafter Invalidität durch Verkehrsunfall
3. Zusätzliche Entschädigung für die Deckung von Begräbniskosten bei Sterbefall des Hauptversicherten, sowohl durch Krankheit als auch durch Unfall

Die Module der medizinischen Versorgung von „DKV Modular“ können separat oder in verschiedenen Kombinationen abgeschlossen werden, entsprechend den Bedürfnissen der zu versichernden Person.

„DKV Modular“ garantiert eine medizinische und chirurgische Versorgung innerhalb ganz Spaniens in ihrem Vertragsnetz „Red DKV de Servicios Sanitarios“ bei jeglicher Art von Erkrankung oder Verletzung, vorausgesetzt dass diese in der Leistungsbeschreibung des jeweils abgeschlossenen Moduls mit aufgeführt ist.

Die Versicherung beruht auf der freien Auswahl von Ärzten und Krankenhäusern, die innerhalb des „DKV-Red de Servicios Sanitarios“ landesweit zur Verfügung stehen, sofern das jeweilige Fachgebiet in der abgeschlossenen Modalität enthalten ist.

Sollte eine im Versicherungsschutz eingeschlossene Behandlung oder Untersuchung in der Provinz der versicherten Person nicht durchgeführt werden können, hat sie die Möglichkeit, die Behandlung in jeder anderen spanischen Provinz durchführen zu lassen, in der eine solche Behandlung möglich ist.

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

Die Modalität der Leistungserbringung entspricht dem Artikel 105 Absatz 1 des spanischen Versicherungsvertragsrechts - Bezahlung von Aufwendungen für medizinische Leistungen - ohne direkt die medizinische Leistungserbringung, die durch medizinische Leistungserbringer oder qualifizierte Zentren erbracht werden, zur Verfügung zu stellen. Im Fall von fehlerhafter medizinischer oder klinischer Praxis verpflichtet sich die versicherte Person, Aktionen exklusiv gegen die Leistungserbringer oder medizinischen Zentren und ihre entsprechenden Haftpflichtversicherer einzuleiten und darauf zu verzichten, gegen DKV Seguros vorzugehen.

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

Teil der Norm für die Inanspruchnahme von bestimmten Leistungen ist es, dass die versicherte Person im Vertrag festgelegte Zuzahlungen zu entrichten hat.

DKV Seguros erstattet Rechnungen von vertragsgebundenen Leistungserbringern des „Red DKV de Servicios Sanitarios“ in keinem Fall zurück.

3.3 Zugang zu den Versicherungsleistungen

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

Bei Inanspruchnahme von Leistungen im Vertragsnetz „Red DKV de Servicios Sanitarios“ von DKV Seguros entrichtet die versicherte Person für durchgeführte medizinische Behandlungen einen bestimmten Betrag (vergleichen Sie auch: „Wir beantworten Ihre Fragen“ - Versichertenkarte DKV Medi-Card®).

Entsprechend des jeweiligen Moduls erlauben die eingeschlossenen medizinischen Leistungen freien Zugang, bestimmte Leistungen erfordern vor Inanspruchnahme einen Antrag auf Autorisation bei DKV Seguros.

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

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

In vertragsgebundenen Einrichtungen des „Red DKV de Servicios Sanitarios“ von DKV Seguros muss die Versichertenkarte DKV Medi-Card® zur Identifikation vorgelegt werden.

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

DKV Seguros stellt Autorisationen für den Zugang zu medizinischen Leistungen erst auf schriftliche Verordnung eines DKV Vertragsarztes des „Red DKV de Servicios Sanitarios“ von DKV Seguros und nach einer angemessenen verwaltungstechnischen Prüfung aus, um sicherzugehen, dass es sich um eine Leistung handelt, die im Versicherungsschutz eingeschlossen ist.

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

Unbeschadet der Ausführungen in den vorherigen Absätzen ist bei Notfällen die Verordnung eines Arztes des „Red DKV de Servicios Sanitarios“ von DKV Seguros ausreichend, wenn die versicherte Person selbst oder eine andere Person in ihrem Namen die jeweiligen Umstände gegenüber DKV Seguros glaubhaft macht und innerhalb von 72 Stunden nach Einlieferung in das Krankenhaus oder nach der Notfallbehandlung die Zustimmung zur Notfallbehandlung von DKV Seguros und die Autorisation eingeholt hat.

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

Autorisationen können telefonisch im Kundenbetreuungsservice unter einer der nachfolgenden Telefonnummern +34 902 499 499 | +34 913 438 596 | +34 934 797 539 per Fax unter +34 902 499 000 per Internet www.dkvseguros.com oder bei unseren Geschäftsstellen beantragt werden.

3.4 Inanspruchnahme von nicht dem DKV Vertragsnetz „Red DKV de Servicios Sanitarios“ zugehörigen Leistungserbringern

DKV Seguros ist nicht leistungspflichtig für Honorare der Leistungserbringer, die nicht im „Red DKV de Servicios Sanitarios“ von DKV Seguros vertragsgebunden sind, ebenfalls nicht für Aufwendungen von Unterbringung und Service-Leistungen, die diese angeordnet haben.

DKV Seguros ist weder verantwortlich für Aufwendungen einer Einweisung noch für erbrachte Leistungen in öffentlichen oder privaten, nicht mit DKV Seguros vertragsgebundenen Einrichtungen und solche Leistungen, die nicht im Vertragsnetz „Red DKV de Servicios Sanitarios“ entstehen, unabhängig davon, ob der Arzt nur als Verschreiber oder als Heilbehandler fungiert.

In lebensbedrohlichen Notfällen, die in dieser Police definiert werden und nach ausdrücklicher Genehmigung durch das Unternehmen übernimmt DKV Seguros die Aufwendungen für medizinisch notwendige Behandlungen durch nicht im „Red DKV de Servicios Sanitarios“ vertragsgebundene Leistungserbringer, wenn die erhaltene Leistung im abgeschlossenen Modul / in den abgeschlossenen Modulen eingeschlossen ist.

Die versicherte Person muss dies aber glaubhaft und unter Einschaltung aller Kommunikationswege innerhalb einer Frist von 72 Stunden, ab der Einlieferung oder dem Beginn der medizinischen Behandlung DKV Seguros mitteilen.

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

DKV Seguros kann die Verlegung in eine vertragsgebundene Einrichtung des „Red DKV de Servicios Sanitarios“ von DKV Seguros veranlassen, sofern dies der Gesundheitszustand des Patienten zulässt.

Für Reisen und vorübergehende Aufenthalte im Ausland schließen alle Module von „DKV Modular“ einen weltweiten Auslandsreisenschutz ein. Zugang zu dieser Versicherungsleistung bekommen die versicherten Personen über die Telefonnummer +34 91 379 04 34.

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

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

4.

Versicherungsumfang

Im Folgenden sind die medizinischen Fachgebiete, die medizinischen Behandlungen und die sonstigen Leistungen innerhalb des abgeschlossenen Moduls, die im Abschnitt 7 „Versicherungsleistungen gemäß des vereinbarten Moduls/der vereinbarten Module“ detailliert aufgeführt sind, aufgeführt:

4.1 Ambulante ärztliche Behandlung

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

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

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

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

Transport im Krankenwagen

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

Ebenso im Versicherungsschutz eingeschlossen sind Transporte im Inkubator.

Voraussetzung in allen Fällen ist die schriftliche Verordnung eines vertragsgebundenen Arztes des „Red DKV de Servicios Sanitarios“ von DKV Seguros, aus der die medizinische Notwendigkeit für den jeweiligen Transport hervorgeht.

4.2 Notfallbehandlungen

Ständiger Notfalldienst: Um medizinische Leistungen in Notfällen zu erhalten kann sich die versicherte Person an jedes im Ärzte- und Klinikverzeichnis „Red DKV de Servicios Sanitarios“ von DKV Seguros aufgeführte Zentrum wenden.

Hat die versicherte Person das Modul „Stationär“ abgeschlossen und nimmt sie in einem lebensbedrohlichen Notfall einen nicht vertragsgebundenen Leistungserbringer in Anspruch, müssen die jeweiligen Umstände glaubhaft entweder durch die versicherte Person selbst oder durch eine andere Person in ihrem Namen innerhalb von 72 Stunden nach Einlieferung in das Krankenhaus oder nach der Notfallbehandlung bei DKV Seguros gemeldet werden.

Sofern es nicht gegen ärztlichen Rat erfolgt, kann DKV Seguros die Verlegung in eine vertragsgebundene Einrichtung in einem dafür angemessenen Transportmittel veranlassen.

4.3 Medizinische Versorgung durch Fachärzte und Fachchirurgen

Allergologie und Immunologie
Aufwendungen für Impfungen sind von der versicherten Person zu tragen.

Anästhesie und Reanimation
Inklusive der Epiduralanästhesie

Angiologie und Gefäßchirurgie

Verdauungsapparat

Kardiologie und Kreislaufsystem
Inklusive der kardiologischen Rehabilitation nach akutem Myokardinfarkt

Kardiovaskularchirurgie

Allgemeine Chirurgie und Chirurgie des Verdauungsapparates
Eingeschlossen sind die chirurgischen Maßnahmen zur Beseitigung des krankhaften Übergewichts, wenn der Body-Mass-Index (BMI) gleich oder höher als 40 ist (krankhaftes Übergewicht) in nationalen angeschlossenen Vertragszentren.

Mund- und Kieferchirurgie

Kinderchirurgie

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

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

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

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

Medizinisch-chirurgische

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

Endokrinologie und Ernährung

Geriatric (Altersheilkunde)

Gynäkologie

Umfasst die Diagnose und die Behandlung von Frauenkrankheiten. Im Versicherungsschutz eingeschlossen sind die jährliche Vorsorgeuntersuchung, die Familienplanung, die Verwendung und der Einsatz des chirurgischen Lasers (CO₂, Erbium und Diode) und die Diagnose von Unfruchtbarkeit und Sterilität.

Verfahren zur medizinisch unterstützten Fortpflanzung gehen zu Lasten der versicherten Person (vergleichen Sie Abschnitt „Zusätzliche Service-Leistungen“).

Hämatologie und Hämotherapie

Hebammen / Entbindungspfleger

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

Innere Medizin

Nuklearmedizin

Nephrologie (Behandlung von Nierenkrankheiten)

Neonatologie (Behandlung von Früh- und Neugeborenen)

Pneumologie – Atmungsapparat:

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

Neurochirurgie

Neurologie

Obstetrik

Umfasst die Kontrolle während der Schwangerschaft und die Geburtshilfe.

Im Versicherungsschutz eingeschlossen ist der Triple-Test oder EBA-Test (kombinierter Test im ersten Quartal) und die Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung) oder Chorionbiopsie mit Erlangung des chromosomalen Karyotyps zur Diagnose der Fehlbildungen des Fötus. **Der vorgeburtliche genetische Test des mütterlichen Blutes auf Trisomie 21 (Down) 18 (Edwards) und 13 (Patau) ist nur in Fällen von Risikoschwangerschaften, Mehrfachschwangerschaften und bei wiederholten Fehlgeburten (zwei oder mehr) unbekannter Ursache gedeckt und wenn der kombinierte Test des ersten Quartals positiv ist (mit der Gefahr einer Anomalie beim Fötus von 1/250).**

Zahnmedizin

Gilt für jedes Modul von „DKV Modular“. Inklusive zahnmedizinische Behandlungen, das Entfernen von Zähnen (Zahnextraktionen), die Behandlungen der Mundschleimhaut, die Zahn- und Mundreinigung und die im Rahmen dieser Behandlungen erforderlichen Röntgenleistungen.

Im Modul „Fachmedizin“ sind außerdem bei versicherten Personen bis zum 14. Lebensjahr Zahnversiegelungen und Zahnfüllungen abgedeckt.

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

Augenheilkunde

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

Onkologie

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

Hals-, Nasen-, Ohren-Heilkunde

Eingeschlossen ist die Mandelentfernung und die Chirurgie der Nasenhöhlen und der Nasenmuschel mit Hilfe von Radiofrequenztherapie und der Laserbehandlung im Operationsaal, **außer bei chirurgischer Behandlung des Schnarchens, des obstruktiven Schlafapnoesyndroms mittels Gaumensegeloperation (Uvulo-Palato-Pharyngo-Plastik).**

Proktologie

Inklusive Laser-Chirurgie bei rektalem und hämorrhoidalem Krankheitsgeschehen.

Psychiatrie

Hauptsächlich Behandlungen auf Grundlage der Neurobiologie.

Rehabilitation

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

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

Rheumatologie

Traumatologie / Unfallchirurgie

Inklusive der Arthroskopie, perkutane Nukleotomie und Chemonukleolyse

Urologie

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

4.4 Diagnostische Verfahren

Sie muss je nach der vertraglich vereinbarten Versicherungs-Modalität von einem Arzt aus dem DKV-Netzwerk für Gesundheitsdienste verschrieben werden und den Grund für die Exploration enthalten. Dies umfasst Kontrastmittel für die diagnostischen Tests, die in diesen Abschnitt erläutert sind.

Laboruntersuchungen, Anatomische Pathologie und Zytopathologie

Radiologische Diagnose

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

Endoskopien

Untersuchungen des Verdauungsapparates; zur Diagnostizierung oder therapeutischen Behandlung.

Endoskopiekapsel

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

Fiberbronchoskopie

Diagnostizierung oder therapeutische Behandlung.

Kardiologische Diagnostik

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

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

Neurophysiologie

Elektroenzephalogramm, Elektromyogramm usw.

Schlafdiagnostik

Polysomnografie bei pathologischen Erscheinungsbildern auf Verordnung eines Facharztes.

Interventionelle Radiologie, bzw. invasive, vaskuläre und viszerale Radiologie

Tomografie (OCT)

Augenärztliche Diagnostik nach wissenschaftlich anerkannten klinischen Erkenntnissen.

Diagnostische Hochtechnologie

Über das „Red DKV de Servicios Sanitarios“ werden entsprechend der abgeschlossenen Leistungsmodalität folgende Leistungen in nationalen Referenzzentren zur Verfügung gestellt.

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

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

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

d) Die Positronen-Emissions-Tomographie (PET), einzeln **oder** in Kombination mit der Computertomographie (PET-CT), CT (Single-Photon-Spektroskopie - SPECT), Szintigraphie und MR-Spektroskopie oder NMR-Spektroskopie mit hoher Auflösung oder Feld (3 Tesla): **In der Krebsdiagnostik, bzw. der refraktären Epilepsie-Behandlung, nach den allgemein anerkannten Regeln der klinischen Praxis.**

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

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

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

4.5 Therapeutische Verfahren

Aerosoltherapie, Sauerstofftherapie und Ventilationstherapie

bei Lungen- und Atemwegsbeschwerden nur im Rahmen einer stationären oder häuslichen Behandlung.

Die Aufwendungen für Medikamente gehen zu Lasten der versicherten Person.

Analgetika und Schmerzbehandlungen

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

Schmalband UVB-Fototherapie

In vertragsgebundenen renommierten nationalen Zentren des „Red DKV de Servicios Sanitarios“ für die Behandlung von **ausgedehnter Schuppenflechte** (wenn mehr als 20 % der Körperoberfläche betroffen sind) und **idiopathische chronische entzündliche Dermatose mit Juckreiz** der Haut (Rumpf und Gliedmaßen), **wenn die pharmakologische Behandlung erfolglos war. Es gibt eine jährliche Höchstzahl von 35 Sitzungen pro versicherte Person.**

Häusliche Therapie von Schlafstörungen (SAHOS)

Beatmung der oberen Luftwege mit Hilfe der Beatmungsgeräte (CPAP/ BiPAP) bis zu **einer Höchstgrenze der gedeckten Behandlungen je versicherte Person und je Kalenderjahr** (Anzahl der durchgeführten Behandlungen sowohl innerhalb des medizinischen Netzes als auch außerhalb), wie in der „Leistungsübersicht der Deckungen und Limitierungen“ als Anhang zu den Besonderen Versicherungsbedingungen dieser Police dargestellt sind, **wenn der Index für die Anzahl der Anfälle mehr als 30 beträgt**. Eingeschlossen ist die Polysomnografie zur Bestimmung der entsprechenden Dosis, damit das Gerät korrekt angepasst und der optimale Behandlungserfolg erreicht wird.

Strahlentherapie

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

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

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

1. Fraktionierte interkraniale stereotaktische Strahlentherapie (RTEF)

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

3. Fraktionierte stereotaktische extrakranielle oder Körper-Strahlentherapie (SBRT-Therapie) und bildgeführte Volumen-intensitätsmodulierte Arc-Therapie (VMAT-IGRT) bei Tumoren oder Metastasen, die aufgrund ihrer Lage nicht entfernt werden können (solitäre pulmonale Knötchen oder Lungenkrebs mit nicht-kleinen Zellen in lokalisiertem Stadium, Karzinome und Metastasen der Leber, der Lunge, der Wirbelsäule, der Nebennieren sowie inoperable primäre Bauchspeicheldrüsen-Tumore).

Brachytherapie

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

Dialyse und Blutdialyse

Sowohl ambulante als auch stationäre Behandlung ausschließlich während der Tage der Behandlung der akuten Niereninsuffizienz.

Ausdrücklich ausgeschlossen sind chronische Nierenerkrankungen.

Medizinische Fußpflege

Behandlung der Füße

Transplantationen

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

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

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

Implantate

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

Blut- oder Blutplasmatransfusionen

im Rahmen einer stationären Behandlung.

Physiotherapie

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

Laser- und Magnettherapie als Techniken zur Rehabilitation.

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

Muskel-Skelett-Lithotripsie (3 Sitzungen max. pro Prozess) in Referenzzentren des „Red DKV de Servicios Sanitarios“ auf nationaler Ebene, in der Pseudarthrose (verzögerte Frakturheilung), Osteonekrose (Knocheninfarkt) und bei chronischer Sehnenentzündung (mehr als 3 Monate Dauer) des Schulter-, des Ellenbogengelenks, der Kniescheibe, der Ferse und Sohle, wenn eine medizinische Therapie bzw. Rehabilitation erfolglos war.

Therapeutische Hochtechnologie

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

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

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

› **Die Vorhoffrhythmusstörungen oder ventrikulären Arrhythmien bei Patienten mit angeborenem Herzfehler.**

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

b) Therapie der Hornhautvernetzung oder Hornhaut-Cross-Linking

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

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

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

d) Intraoperatives Neuromonitoring-System (MNIÖ) des Nervensystems bei der intrakraniellen Chirurgie sowie bei Fusion oder Arthrodesen dritten Grades oder mehr der Wirbelsäule

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

e) Prostata-Biopsie durch multiparametrische funktionelle Magnetresonanztomographie (RMMP)

Zur Früherkennung des verborgenen Prostatakarzinoms (nicht über die aktuellen Immunoanalysen nachweisbar) in Fällen von hohem klinischen Verdacht mit anhaltend erhöhtem PSA (mehr als sechs Monate) und zuvor durchgeführten, negativen ultraschall-geführten Prostata-Biopsien.

Logopädie

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

Logopädie Rehabilitation

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

Onkologische Chemotherapie

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

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

4.6 Stationäre medizinische Versorgung

Stationäre medizinische Versorgungen werden in Kliniken oder Krankenhäusern nach vorheriger schriftlicher ärztlicher Verordnung durch einen im „Red DKV de Servicios Sanitarios“ mit DKV Seguros vertragsgebundenen Arzt und nach Ausstellung der entsprechenden Autorisation durchgeführt.

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

Außerdem eingeschlossen sind:

- › Onkologische Behandlungen: Radiumtherapie, Brachytherapie und Chemotherapie
- › OSNA-Methode oder -Technik: dies ist die interoperative Sentinell-Lymphknoten-Diopsie im Frühstadium von Brustkrebs ohne Entfernung der Lymphknoten
- › Lithotripsie (Zertrümmerung von Nieren- und Blasensteinen) und Muskel-Skelett Lithotripsie
- › Dialyse und Blutdialyse
- › Chirurgische Eingriffe der durch die spanische Ärztekammer OMC (Organización Médica Colegial) festgelegten Gruppen II bis VIII, ausschließlich in klinischen Einrichtungen
- › Ambulante chirurgische Eingriffe
- › Interventionelle Radiologie, bzw. invasive, vaskuläre und viszerale Radiologie
- › Techniken der Familienplanung: Eileiterunterbindung und Vasektomie und der Verschluss der Gebärmutterhöhle mittels der Hysteroskopie (Gebärmutter Spiegelung)
- › Stereotaktische intrakranielle Radioneurochirurgie
- › Arthroskopie
- › Chirurgie der Nasenhöhlen, der Nasenmuschel und die Mandelentfernung mit Hilfe von Radiofrequenztherapie
- › Im Operationsaal durchgeführte Laser-Therapie in der Gynäkologie, der Augenheilkunde, der Proktologie, der peripheren Gefäßchirurgie und der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

- > Endourologischer Holmium-Laser und der grüne Laser (KTP und HPS) Diode, Holmium oder Thulium für die Behandlung der gutartigen Prostatahyperplasie
- > Perkutane Nukleotomie und Chemonukleolyse
- > Therapeutische Hightech-Technologie: Prostata-Biopsie durch gesteuerte multiparametrische MRI, Carto-System für Radiofrequenzablation, Therapie für Hornhautvernetzung, assistierte intrakranielle und Wirbelsäulentumor-Chirurgie mit Neuronavigation und intraoperatives Neuromonitoring bei interkranialer Chirurgie und der Fusion oder Arthrodese der Wirbelsäule über drei Ebenen oder mehr.
- > Chirurgische Prothesen
- > Zahlung von Krankenhaustagegeld bei stationärem Aufenthalt

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

sowie der Entbindungsstation und Anästhesiemittel und Medikamente und Implantate aus biologischen Materialien und / oder Biomaterialien mit therapeutischem Zweck, wie in Abschnitt 4.7 „Chirurgische Prothesen“ der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

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

Die stationäre Versorgung wird nach folgenden Kriterien differenziert:

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

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

3. Stationäre Einlieferung zur Geburtshilfe

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

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

5. Stationäre Aufnahme zur psychiatrischen Behandlung

Eingeschlossen ist die psychotherapeutische Behandlung durch einen ärztlichen Psychiater. Im Versicherungsschutz sind lediglich akute Fälle eingeschlossen. Die Leistungspflicht ist auf eine max. Dauer der stationären Behandlung von 60 Tagen pro Kalenderjahr begrenzt.

6. Stationäre Behandlung auf der Intensivstation

Inklusive der Behandlung durch einen Intensivstationsarzt

7. Stationäre Aufnahme zur Dialysebehandlung und Künstliche Niere

Schließt die Behandlung durch einen Nephrologen oder Internisten ein.

Ausschließlich bei akuter Niereninsuffizienz, solange eine Behandlung medizinisch notwendig ist.

4.7 Zusätzliche Versicherungsleistungen

Präventivmedizin

Inklusive der nachfolgend aufgeführten allgemein anerkannten Vorsorgeprogramme:

1. Gesundheitsprogramm für Kinder

Dies schließt ein:

- › Gymnastische Übungen und psychoprophylaktische Vorbereitung auf die Geburt mit praktischem und theoretischem Unterricht für Säuglingsbetreuung sowie präventive Beckenboden-Rehabilitation nach der Geburt in den an das „DKV-Netzwerk für Gesundheitspflege“ angeschlossenen Behandlungszentren, mit einer Höchstgrenze von drei Sitzungen pro Geburt.
- › Gesundheitsuntersuchungen des Neugeborenen: inklusive Untersuchung auf Stoffwechselerkrankungen (Phenylketonurie und angeborene Hypothyreose), Hör- und Sehtest, Gehöruntersuchung bei Neugeborenen (Screening) sowie Ultraschall des Neugeborenen.
- › Vorgeschriebene Kinderschutz-Impfungen, in dafür vorgesehenen medizinischen Einrichtungen, soweit sie von den Behörden der Autonomen Regionen autorisiert sind.
- › Regelmäßige Untersuchungen und Kontrollen zur körperlichen und geistigen Entwicklung des Kindes während der ersten vier Lebensjahre.

2. Programm zur Krebsvorsorge bei Frauen

Dies schließt ein:

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

3. Programm zur Prävention des koronaren Risikos

Dies schließt ein:

- › Jährliche medizinische oder kardiologische Basisvorsorgeuntersuchung, bestehend aus einer Kontrolluntersuchung, Blut- und Urinanalyse, Thoraxradiografie und einem Elektrokardiogramm

- › Alle drei Jahre vollständige kardiologische Untersuchung in ausgewählten Vertragszentren, medizinische Vorgeschichte (Anamnese), körperliche Herzuntersuchung, spezifische und vorbeugende Analysen, Atheromatose (Blutbild, Elektrolyte, Cholesterin, Triglyceride, Homocystin, Glucose, Harnstoff, Harnsäure, Kalzium, Thrombozyten und Plaque), Ruhe- und Belastungs-EKG und EEG;

4. Programm zur Prävention von Hautkrebs

Dies schließt ein:

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

1. **Bei Risikopatienten** mit mehreren atypischen Melanomen (>100 Nävi) oder bei Patienten, bei deren Vorfahren oder Familienangehörigen (1. oder 2. Grad) das dysplastische Nävussyndrom mit Melanomen diagnostiziert wurde und bei Trägern von assoziierten genetischen Mutationen.
2. **Bei dermatologischem Check-ups alle drei Jahre** zur Steuerung und Überwachung von angeborenen Verletzungen, bei pigmentierten Risiken oder Hautrisiken.

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

Dies schließt ein:

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

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

Dies schließt ein:

- › Ärztliche Beratung und körperliche Untersuchung
- › Blut- und Urinanalyse mit Bestimmung des prostata-spezifischen Antigens
- › Transrektaler Ultraschall und / oder Prostata-Biopsie, falls notwendig

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

Dies schließt ein:

- › Zahnärztliche Beratung und Erstellung des Zahnstatus
- › Beratung zur Änderung von Ernährungsgewohnheiten
- › Angemessene Reinigung der Zähne und der Mundhöhle
- › Lokale Fluorbehandlung
- › Zahnversiegelungen und -füllungen für versicherte Personen bis 14 Jahre

- › Professionelle Mund- und Zahnreinigung, falls notwendig

Klinische Psychologie

Inklusive individueller ambulanten-therapeutischer Psychotherapie in dafür vorgesehenen Einrichtungen, vorausgesetzt dies wurde zuvor von einem vertragsgebundenen medizinischen Psychiater oder Kinderarzt verschrieben, die Behandlung wird von einem vertragsgebundenen Psychologen ausgeführt und die notwendige Autorisation von DKV Seguros ausgestellt.

Die versicherten Personen haben Zugang zu dieser Leistung bei nachfolgend aufgeführten Krankheitsbildern, die einen psychologisch-therapeutischen Eingriff erfordern und nachdem sie eine Zuzahlung, die für jede medizinische Inanspruchnahme oder Sitzung in der „Übersicht der medizinischen Leistungen und Zuzahlungen“ der Besonderen bzw. Speziellen Versicherungsbedingungen der Police aufgeführt sind, gezahlt haben. Die Leistung wird bis zu einer maximalen Anzahl von 20 Sitzungen pro versicherte Person und Jahr gewährt, mit Ausnahme von Therapien, die aufgrund von Ernährungsstörungen (Magersucht, Bulimie) erfolgen, wo die max. Anzahl der Sitzungen jährlich 40 beträgt.

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

- > Ernährungsstörungen: Magersucht und Bulimie
- > Schlafstörungen: Bettnässen, Schlaflosigkeit, Schlafwandeln und nächtliche Angstzustände
- > Anpassungsstörungen: Berufliche und posttraumatische Stresssituationen, Trauer, Scheidung, Pubertät, Depressionen nach dem Urlaub usw.
- > Lernstörungen: Hyperaktivität und Schulabbruch

Familienplanung. Dies schließt die nachfolgend aufgeführten Leistungen ein:

- > Das Einsetzen einer IUP – Spirale. **Die Aufwendungen für das Intrauterin-Pessar sind von der versicherten Person zu tragen.**
- > Eileiterunterbindung
- > Verschluss der Gebärmutterhöhle mittels der Hysteroskopie (Gebärmutter Spiegelung) mit den Begrenzungen hinsichtlich der Deckungen des in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten prothetischen Materials (vergleichen Sie Abschnitt „Chirurgische Prothesen“).
- > Vasektomie (Sterilisation des Mannes)

Chirurgische Prothesen

Im Rahmen der Deckung der Police ist enthalten: Verschreibung und Einbau von Gelenkprothesen (Schulter, Hüfte, Knie, Sprunggelenk und Fuß), Gefäß- und Herz (Herzklappen, Bypass-Kreislauf-, Stents, Septal-Occluder-Systeme, temporärer und verbleibender Herzschrittmacher, automatischer Defibrillator) intratubare

Heliokoidal-Prothese, orthopädische Prothesen (Bars, Metallplatten Osteosynthese und Schrauben), Boxen oder intersomatische Distanzstücke bei der Chirurgie für die Fusion oder Arthrodesen der Wirbelsäule, Scheibenprothesen bei symptomatischer und sich refraktär gegenüber medizinischer Behandlung verhaltender Bandscheibenerkrankung (Schmerzen und funktionelles neurologisches Defizit) sowie die Box oder der interspinale Abstandshalter bei Stenose des lumbalen Spinalkanals, welche ausstrahlende Schmerzen und neurogenes Hinken verursacht (Schmerzen, die bei Gehen auftreten und im Sitzen nachlassen), mit einer mehr als sechs Monate andauernden Evolution trotz konservativer Behandlung. Zudem sind auch ide nachfolgend erwähnten Implantate aus biologischen Materialien, bzw. therapeutischen Biomaterialien mit therapeutischem Ziel abgedeckt:

- > Dichtungsmittel, Leime oder biologische Klebstoffe: In der Onkologischen Chirurgie
- > Antiadhäsives Sperrschicht-Gel: in der Chirurgie der Wirbelsäule und um weitere Eingriffe durch andere Fachärzte zu vermeiden
- > Ersatz der Knochentransplantate: Zemente und demineralisierte Knochenmatrix zur Neubildung in der Chirurgie der Wirbelsäule und Gelenkknorpel (Hüfte, Knie und Fuß)
- > Bioplastik, Biomatrix oder reabsorbierendes Netz als Ersatz der Dura Mater in der Hirnchirurgie oder spinalen Tumorchirurgie und Chirurgie des Herzbeutels

- › Künstliche Verankerungen: Aus Biomaterialien von hoher Resistenz (PPLA und PEEK) für die Fixierung der Kreuzbänder (Schulter, Knie, Hüfte, Ellbogen und Knöchel) in der orthoskopischen Chirurgie und bei der Minimalinvasion.

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

Zur Abdeckung der oben beschriebenen chirurgischen Implantate und Prothesen ist der Abschluss der Modalität „Asistencia Médica Hospitalaria“ erforderlich. Es existiert keine jährliche Deckungsgrenze in Bezug auf Prothesen und Implantate-Material, welche über das „DKV-Red de Servicios Sanitarios“ bezogen werden (Sachleistungsprinzip), sofern Sie die erforderliche vorherige Genehmigung der DKV Seguros haben, mit Ausnahme der zuvor in diesem Abschnitt beschriebenen Gefäß- und Herzprothesen, die eine Deckungsgrenze von 12.000 Euro pro Person, pro Jahr haben.

Tägliche Entschädigung bei stationärem Aufenthalt

DKV Seguros entschädigt mit 80 Euro pro Tag, ab dem dritten Tag des stationären Aufenthalts und bis zu 2.400 Euro pro Person, pro Jahr, sofern zwei Voraussetzungen erfüllt sind:

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

Gesundheitsversorgung bei Infektion mit HIV / AIDS (erworbenes Immunschwächesyndrom) sowie bei den durch die Infektion mit dem menschlichen Immunschwäche-Virus (HIV) verursachten Krankheiten: Mit einer Ausschlussfrist von 12 Monaten, deckt die Kosten für die Behandlung des Versicherten bis zu einer Höchstgrenze von 6.000 € / Versicherten während der Laufzeit der Police, bzw. dem Leben des Versicherten, und gemäß den Höchstgrenzen und Ausschlüssen für unterstützende Leistungen, die in den verschiedenen Abschnitten der Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt sind (Absatz 2, 3, 4, 5 und 6), die jeweils dafür anwendbar sind.

Zur Abdeckung der ärztlichen Betreuung bei HIV / AIDS ist der Abschluss der Modalität „Asistencia Médica Especializada“, oder „Asistencia Médica Hospitalaria“ erforderlich.

4.8 Exklusive Versicherungsleistungen

Nur der Abschluss der Versicherung „DKV Modular“ für komplette medizinische Versorgung in der Modalität Einzelversicherung berechtigt die versicherte Person, die folgenden zusätzlichen Leistungen in Anspruch zu nehmen:

1. Rückerstattung von Aufwendungen für medizinische Leistungen im Ausland bei „Schwerer Erkrankung“.
2. Rückerstattung der Aufwendungen für Service-Leistungen zur Unterstützung der Familien bzw. im Fall, wenn Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 3 nach einem Unfall bestätigt ist.

Die Beschreibung dieser exklusiven Versicherungsleistungen, ihre Modalität, der örtliche Geltungsbereich, der Versicherungsgegenstand, die Art des Zugangs, die Begrenzungen des Versicherungsschutzes und die ausgeschlossenen Risiken sind im Anhang II (Exklusive Versicherungsleistungen bei „DKV Modular“ in der Modalität Einzelversicherung) und in den Abschnitten der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die die Versicherungsleistungen begrenzen: Abschnitt 2 „Grundlagen. Begriffsdefinitionen“, Abschnitt 3 „Leistungsmodalitäten und Erweiterung der Versicherung“, Abschnitt 4 „Versicherungsumfang“, Abschnitt 5 „Ausgeschlossene Deckungsleistungen“ und Abschnitt 6 „Karenzzeiten“ beschrieben.

4.9 Auslandsreiseversicherung

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

5.

Ausgeschlossene Deckungsleistungen

Vom allgemeinen Versicherungsschutz dieser Police ausgeschlossen sind:

- a) Alle vor Abschluss des Versicherungsvertrages bestehenden Erkrankungen, Verletzungen, Gebrechen oder vorvertragliche Gesundheitszustände (z.B. Schwangerschaft) und deren Folgeerscheinungen, anlagebedingte oder angeborene physische Schäden sowie Unfallfolgen und Folgeerscheinungen von Krankheiten, vorausgesetzt, dass diese ihren Ursprung vor Einschluss jeder versicherten Person in die Police hatten und bekannt waren.
- b) Sämtliche diagnostischen und therapeutischen Verfahren, deren Sicherheit und Wirtschaftlichkeit nicht wissenschaftlich nachgewiesen, bzw. nicht von den Agenturen für Health Technology Assessment ratifiziert sind, oder die nachweislich durch andere verfügbare Verfahren ersetzt wurden.
- c) Erkrankungen oder physische Verletzungen infolge von Kriegen, Aufständen, Revolutionen und terroristischen Anschlägen oder infolge von offiziell erklärten Epidemien, direktem oder indirektem

Kontakt mit Radioaktivität oder infolge von Nuklearreaktionen. Ebenso ausgeschlossen sind physische Schäden, die infolge von Naturkatastrophen wie Erdbeben, Überschwemmungen oder aufgrund anderer klimatischer oder meteorologischer Bedingungen entstehen.

- d) Krankheiten oder Verletzungen, die durch die professionelle Ausübung einer Sportart oder bei der Teilnahme von Wettbewerben und -kämpfen hervorgerufen werden. Ebenso ausgeschlossen sind Krankheiten oder Verletzungen, die durch die professionelle oder laienhafte Ausübung von Risikosportarten wie Stierkampf oder das Eintreiben von ungezähmtem Vieh, Gefahrensportarten wie Tauchen, Bobfahren, Boxkampf, Kampfsportarten, Bergsteigen, Autorennen, Rugby, Quadfahren, Höhlenforschung, Paragliding, Luftsportaktivitäten mit nicht für den öffentlichen Transport bestimmten Luftfahrzeugen, Wassersport, Wildwassersport, Bungee-Jumping, Barranquismo (Kombination aus Steiluferklettern und Schwimmen) sowie beim Training oder jeder anderen eindeutig gefährlichen Sportart verursacht werden.

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

f) Schönheitschirurgie sowie alle anderen zu ästhetischen oder kosmetischen Zwecken durchgeführten Infiltrationen oder Behandlungen, es sei denn, es liegt eine Funktionsstörung des betroffenen Körperteils vor (rein psychologische Gründe sind hierbei nicht ausreichend). Weiterhin vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Varizenbehandlungen aus ästhetischen Gründen, ambulante oder stationär durchgeführte Schlankheitskuren sowie allgemeine ästhetische Behandlung der Haut, eingeschlossen der Haarbehandlung. Ebenso ausgeschlossen ist die chirurgische Korrektur von Fehlsichtigkeiten, wie Kurz- oder Weitsichtigkeit, Hornhautverkrümmung und Alterssichtigkeit sowie die Orthokeratologie (nächtliches Tragen von speziellen Kontaktlinsen). Außerdem alle Folgen und Komplikationen aller in diesem Abschnitt aufgeführten Ausschlüsse.

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

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

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

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

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

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

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

j) Die Behandlung des Schnarchens und der obstruktiven Schlafapnoe (ausgenommen zehn Sitzungen mit CPAP oder BiPAP) sowie Behandlungen, bzw. strahlentherapeutische Modalitäten und medizinische Indikationen, die nicht ausdrücklich in den Abschnitten 4.5 „Therapeutische Verfahren“ und „Strahlentherapie“ dieser Allgemeinen

Versicherungsbedingungen angegeben sind. Ebenfalls ausgeschlossen sind die Protonentherapie, Neutronentherapie, Radiochirurgie mit Cyberknife sowie Radiopharmaka mit radioaktiven Isotopen, die nicht von der EMA (European Medicines Agency) zugelassen sind, bzw. nicht in den klinischen NICE-Richtlinien empfohlen werden.

k) Allgemeine Präventivmedizin und Check-ups oder Vorsorgeuntersuchungen sowie die Kosten für Impfstoffe und Extrakte bei allergischen Verfahren, mit Ausnahme der in den entsprechenden Präventionsprogrammen beschriebenen Fälle, die in Abschnitt 4.7 („Ergänzende Deckungen“) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen angegeben sind.

l) Jegliche Art von freiwilliger Schwangerschaftsunterbrechung und die durch einen Eingriff vorgenommene Reduzierung von Embryonen sowie die Behandlung von Unfruchtbarkeit, die Samenwaschtechnik, die Verfahren zur medizinisch unterstützten Fortpflanzung jeglicher Art.

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

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

n) Wurzelkanalbehandlungen, Parodontose, Kieferorthopädie, Zahnfüllungen und -versiegelungen für über 14jährige, Rekonstruktionen, Zahnprothesen, Wurzelspitzenresektion (Apikotomie), Implantate sowie alle diagnostischen Mittel, die zur Durchführung dieser Behandlungen notwendig sind.

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

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

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

q) Logopädie und Sprachtherapie zur Rehabilitation von Sprachstörungen, der Aussprache und der Sprache, verursacht durch angeborene und psychomotorische anatomische oder neurologische Erkrankungen unterschiedlichen Ursprungs, mit Ausnahme des in Abschnitt 4.5 „Therapeutische Verfahren“ (Abschnitt Logopädische Rehabilitation) Beschriebenen.

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

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

- s) Die Überdruckkammer, die Dialyse sowie die Hämodialyse sind für die Behandlung chronischer Erkrankungen ausgeschlossen.
- t) Gesundheitspflege bei viralen hämorrhagischen Fiebererkrankungen sowie den damit zusammenhängenden Komplikationen und Folgen. Die Pflegekosten für Krankheiten, die sich als Folge von HIV / AIDS ergeben sowie für Krankheiten, die durch das Virus verursacht werden, sofern diese die in Abschnitt 4.7 „Zusatzdeckungen“ dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegten Höchstgrenzen überschreiten.
- u) Bildgesteuerte oder per Computer mit virtuellem Browser unterstützte Roboter-Chirurgie (außer Neuronavigation, Prostata-Biopsie mit multiparametrischer MRI und Carto-System, gemäß der in Abschnitt 4.5 beschriebenen Indikationen) sowie Laser-Behandlungen, die ausschließlich im Rahmen der in Absatz 4 „Beschreibung der Abdeckung“ beschriebenen medizinischen Fachgebiete und Indikationen abgedeckt sind.
- v) Aufwendungen für die Benutzung von Telefon, Fernsehgerät, die Verpflegung der Begleitperson im Rahmen einer stationären Behandlung; Reise- oder Transportkosten, außer für den Transport im Krankenwagen wie in den Abschnitten „Ambulante Behandlungen“ und „Notfallbehandlungen“ dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben sowie für alle anderen nicht unbedingt erforderlichen Krankenhausleistungen.
- w) Organtransplantationen und Autotransplantationen, Implantate und Autoimplantate mit Ausnahme von den unter Abschnitt „Therapeutische Verfahren“ der vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführten. Aufwendungen für Organentnahme, -transport oder -konservierung sind mit Ausnahme der Hornhauttransplantation vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.
- x) Pharmazeutische Produkte, Arzneimittel und jegliche Art von Hilfsmitteln mit Ausnahme derer, die der versicherten Person während seines Krankenhausaufenthaltes (mindestens 24 Stunden) verabreicht werden. In jedem Fall bleiben ebenfalls ausgeschlossen die biologischen Medikamente oder medikamentösen Biomaterialien, die nicht im Abschnitt 4.7 „Chirurgische Prothesen“ und den beschriebenen die Therapien des Abschnitts 5.r „Ausgeschlossene Deckungen“, aufgeführt sind, auch wenn sie während eines Krankenhausaufenthaltes verabreicht werden.

Die onkologische Chemotherapie deckt nur die Aufwendungen der entsprechenden zytostatischen Medikamente, die detailliert in „Zytostatikum“ in Abschnitt 2 „Grundlagen. Begriffsdefinitionen“ aufgeführt sind. Ausdrücklich ausgeschlossen ist die Antitumor-Immuntherapie, monoklonale Antikörper, Gentherapie, die Endokrine- und Hormontherapie, Enzyminhibitor bzw. Molekulartherapie, die Arzneimittel, die die Blutgefäßneubildung hemmen und der Gebrauch von Sensibilisatoren in der fotodynamischen und Bestrahlungs-Therapie.

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

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

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

6.

Karenzzeiten und Ausschlüsse

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

Abweichend vom vorher genannten generellen Prinzip ist für folgende Versicherungsleistungen eine Karenzzeit zu erfüllen:

1. Für alle chirurgischen Eingriffe und stationären Behandlungen sowie chirurgischen Prothesen gilt – unabhängig von ihrer Ursache – eine Karenzzeit von sechs Monaten. Lebensbedrohliche Notfälle oder Unfälle sind hiervon ausgeschlossen.
2. Für die medizinische Versorgung bei Geburten (außer Frühgeburten) oder durch Kaiserschnitt gilt eine Karenzzeit von acht Monaten.
3. Für Transplantationen gilt eine Karenzzeit von zwölf Monaten.
4. Die medizinische Versorgung bei HIV-Infektion / AIDS hat eine Ausschlussfrist von zwölf Monaten (siehe Definition von „Ausschlussfrist“ in Absatz 2 der Grundlagen und Begriffsdefinitionen).

7.

Versicherungsleistungen gemäß vereinbarter Deckungsmodalität

Die unter Abschnitt 4 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannten Krankenversicherungsleistungen sind in drei Module entsprechend der medizinischen Ausrichtung strukturiert.

Alle Optionen schließen die Notfallversorgung entsprechend des abgeschlossenen Moduls ein.

Im Rahmen der Krankenversicherung „DKV Modular“ können je nach Kombination der Module bis zu sieben verschiedene Deckungsmodalitäten abgeschlossen werden.

Alle Module schließen die Notfallversorgung, den Auslandsreiseschutz, den Zugang zu den zusätzlichen Service-Leistungen und zum Programm Gesundes Leben „Es lebe die Gesundheit“ ein.

In bestimmten Deckungsbereichen ist die Kombination von zwei oder mehr Modulen notwendig, um Zugang zu den Service-Leistungen zu erhalten.

7.1 Ambulante ärztliche Behandlung

Deckt die Kosten für Konsultationen für Allgemeinmedizin, Pädiatrie und Säuglingsbetreuung sowie für Krankenpflege und Konsultationen zu Hause, für Notfälle ohne stationäre Einweisung für die vorgenannten medizinischen Fachgebiete, für allgemeine klinische Blut- und Urin-Analysen (ausgenommen Hormon-, immunologische, genetische und molekularbiologische Analysen), für konventionelle einfache Radiologie (nativ), für einen jährlichen allgemeinen kardiologischen Check-up, für Krankenwagentransporte, für Notfälle sowie für Behandlungen bei Auslandsreisen, bis zu einem Maximum von 180 Tagen pro Reise oder Aufenthalt.

Ausschlüsse: Spezialisierte medizinische Versorgung, medizinische Behandlungen, ergänzende Mittel zur Diagnose (ausgenommen der ausdrücklich eingeschlossen), die medizinische oder chirurgische Versorgung im Krankenhaus, Medikamente sowie die Erstattung der Kosten für medizinische Versorgung im Ausland bei schweren Krankheiten, bzw. für Familienhilfe bei Abhängigkeit dritten Grades aufgrund eines Unfalls.

7.2 Fachärztliche Versorgung ohne stationäre Behandlung

Im Versicherungsschutz eingeschlossen sind die verschiedenen medizinischen oder chirurgischen Fachrichtungen (auch Kinderheilkunde, falls nicht das Modul „Ambulant“ abgeschlossen wurde), diagnostische Verfahren und medizinische Behandlungen, lediglich in Arztpraxen und sofern keine Aufwendungen für Operation oder Einlieferung anfallen. Im Detail in den Abschnitten 4.3, 4.4 und 4.5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt.

Ebenso eingeschlossen sind Notfälle ohne Einweisung in diese Fachrichtungen und die weltweite Notfallversorgung.

In dem abgeschlossenen Modul sind folgende Leistungen enthalten:

- › Die diagnostische Hochtechnologie
- › Die spezifischen Vorsorgeprogramme, die im Abschnitt 4.7 „Versicherungsumfang“ detailliert beschrieben sind (einschließlich Programme der Geburtsvorbereitung).
- › Die klinische Psychologie
- › Das Einsetzen eines Intrauterin-Pessars (IUP - Spirale)
- › Die Logopädie und Phoniatrie
- › Die logopädische Rehabilitation.
- › Kleine ambulante chirurgische Eingriffe der Gruppe O bis I des Verbandes der spanischen Ärztekammer (Organización Médica Colegial – OMC), die ausschließlich in Praxisräumen durchgeführt werden.

- › Die Schlafdiagnostik oder Polysomnografie
- › Die Schmerzdiagnostik zur Behandlung bei chronischen Schmerzen

Ausschlüsse: Primäre medizinische Versorgung, therapeutische Verfahren, die ausdrücklich durch andere Modalitäten der Versicherung „DKV Modular“ abgedeckt sind, medizinische oder chirurgische Versorgung im Krankenhaus, prä-, bzw. postoperative Versorgung, Medikamente und Kostenerstattungen von medizinischer Versorgung im Ausland bei schweren Krankheiten, bzw. für Familienhilfe bei Abhängigkeit dritten Grades aufgrund eines Unfalls.

7.3 Stationäre medizinische Versorgung

Hierunter sind alle in Abschnitt 4.6. beschriebenen Leistungen aller chirurgischen Fachgebiete und der stationären medizinischen Versorgung zu verstehen, inklusive der präoperativen und -anästhesistischen Untersuchungen (Beratung, Analyse und EKG), der Visiten und der unmittelbar nachoperativen Heilmaßnahmen (bis zu zwei Monate nach dem chirurgischen Eingriff), die Arzneimittelversorgung während eines Krankenhausaufenthaltes und der großen ambulanten Chirurgie und - soweit erforderlich - die Prothesen.

Ebenso im Versicherungsschutz eingeschlossen sind die Notfallversorgung - wenn erforderlich, auch mit stationärer Einweisung -, der Auslandsreisenschutz und die Zahlung eines Krankenhaustagegeldes, sofern es im Versicherungsschutz vorgesehen ist und die entstandenen Krankenhauskosten DKV Seguros nicht in Rechnung gestellt wurden.

Folgende Leistungen sind ausdrücklich in diesem Modul eingeschlossen:

- › Onkologische Behandlungen: Brachytherapie und Chemotherapie
- › OSNA-Methode oder -Technik: Dies ist eine interoperative Sentinel-Lymphknoten-Diopsie im Frühstadium von Brustkrebs ohne Entfernung der Lymphknoten
- › Lithotripsie (Zertrümmerung von Nieren- und Blasensteinen) und Muskel-Skelett Lithotripsie
- › Dialyse und Blutdialyse
- › Chirurgische Eingriffe der durch die spanische Ärztekammer OMC (Organización Médica Colegial) festgelegten Gruppen II bis VIII, ausschließlich in klinischen Einrichtungen.
- › Ambulante Operationen
- › Interventionelle Radiologie, bzw. invasive, vaskuläre und viszerale Radiologie
- › Techniken der Familienplanung: Eileiterunterbindung und Vasektomie und der Verschluss der Gebärmutterhöhle mittels der Hysteroskopie (Gebärmutter Spiegelung)
- › Stereotaktische intrakranielle Radioneurochirurgie
- › Arthroskopie
- › Chirurgie der Nasenhöhlen, der Nasenmuschel und die Mandelentfernung mit Hilfe von Radiofrequenztherapie.
- › Im Operationssaal durchgeführte Laser-Therapie in der Gynäkologie, der Augenheilkunde, der Proktologie, der peripheren Gefäßchirurgie und der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde.
- › Endourologischer Holmium-Laser und der grüne Dioden-, Holmium-, oder Thulium-Laser (KTP und HPS) für die Behandlung der gutartigen Prostatahyperplasie.
- › Perkutane Nukleotomie und Chemonukleolyse
- › Therapeutische Hightech-Technologie: Prostata-Biopsie durch gerichtete Multiparameter-Resonanz, Carto-System mit Radiofrequenzablation, Therapie bei Hornhautvernetzung, über Neuronavigation assistierte intrakranielle und Tumorbirbelsäulen-Chirurgie sowie Überwachung des intraoperativen neurophysiologischen Systems bei Fusion oder Arthrodesis der Wirbelsäule auf drei oder mehr Ebenen.
- › Chirurgische Prothesen
- › Krankenhaustagegeldzahlung wegen stationärem Aufenthalt

Ausschlüsse: Ambulante, primäre und fachärztliche medizinische Versorgung, medizinische Behandlungen (ausgenommen die ausdrücklich in diesem Modul enthaltenen), komplementäre Mittel zur Diagnose sowie Erstattung der medizinischen Versorgung im Ausland bei schweren Krankheiten, bzw. für Familienhilfe bei Abhängigkeit dritten Grades aufgrund eines Unfalls.

7.4 Nichtstationäre medizinische Versorgung

Unter diese Deckung fallen die Leistungen der beiden Module für ambulante, nicht stationäre Behandlung und Notfallbehandlung ohne Krankenhauseinweisung der entsprechenden medizinischen Fachgebiete sowie der Auslandsreisenschutz.

7.5 Fachärztliche Versorgung mit stationärer Behandlung

Sie umfasst die fachärztliche und chirurgische Behandlung, sowohl ambulant als auch stationär. Notfallbehandlungen für die entsprechenden Fachgebiete – wenn erforderlich, auch mit stationärer Einweisung - zusätzliche diagnostische Verfahren, medizinische Behandlungen und den Auslandsreisenschutz.

7.6 Ambulante ärztliche Behandlung mit stationärer Behandlung

Kombiniert die primäre medizinische Versorgung in der ärztlichen Praxis und zu Hause, mit der spezialisierten medizinischen oder chirurgischen Versorgung während des stationären Aufenthalts. Es umfasst zudem Notfallbehandlungen im Rahmen dieser medizinischen Fachgebiete, einschließlich der stationären Einweisung, falls diese erforderlich ist sowie die Versorgung auf Reisen.

7.7 Komplettschutz / medizinische Rundum-Versorgung

Es besteht aus den drei Modulen der Gesundheitsversorgung der Versicherung und deckt alle medizinischen und chirurgischen Fachgebiete sowie die ergänzenden Mittel zur Diagnose und Behandlung, die in den Versicherungsbedingungen beschrieben sind, einschließlich des stationären Krankenhausaufenthalts sowie Notfälle in ihren verschiedenen Pflegemodalitäten, den Krankenwagen-Service und die Versorgung auf Reisen.

Die Kombination aller drei Module (Ambulant, Fachmedizin und Stationär) ist notwendig, um Zugang zu den Exklusiven Leistungen der Versicherung zu erlangen (vergleichen Sie Abschnitt 4.8 „Exklusive Versicherungsleistungen“), die nur in der Modalität Einzelversicherung angeboten werden, so dass dies **die einzige Modalität** ist, die die Rückerstattung von Aufwendungen für Behandlungen von schweren Erkrankungen und Betreuung der Pflegestufe 3 aufgrund von Unfall im Ausland deckt.

8.

Vertragsgrundlagen

8.1 Vertragsabschluss und Versicherungsdauer

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

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

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

Nach Ablauf dieser Frist gelten die in der Police festgelegten Bestimmungen.

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

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

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

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

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

8.2 Rechte und Obliegenheiten des Versicherungsnehmers oder der versicherten Personen

Der Versicherungsnehmer oder gegebenenfalls der Versicherte ist verpflichtet:

a) DKV Seguros vor dem Abschluss des Vertrages gemäß des ihm von der DKV übergebenen Fragebogens alle ihm bekannten Umstände zu erläutern, die eine Risikobewertung beeinflussen können. Er ist von dieser Verpflichtung befreit, falls er von DKV

Seguros keinen Fragebogen erhält, oder falls er den Fragebogen erhält und es sich um Umstände handelt, welche die Risikobewertung beeinflussen können und welche jedoch nicht in diesem enthalten sind (Artikel 10 des Versicherungsvertragsrechts).

b) DKV Seguros während der Laufzeit des Vertrages so früh wie möglich Wohnsitzänderungen, Änderungen des üblich ausgeübten Berufs bzw. 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.

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

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

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

8.3 Obliegenheiten von DKV Seguros

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

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

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

8.4 Versicherungsbeitrag

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

Die darauf folgenden Beiträge werden zum jeweils festgelegten Zeitpunkt fällig.

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

In diesen Fällen wird der entsprechende Ratenzuschlag erhoben.

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

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

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

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

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

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

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

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

Eine Leistungspflicht für DKV Seguros besteht ausschließlich dann, wenn die Zahlungsaufforderung von DKV Seguros angewiesen wurde.

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

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

Zu diesem Zweck hat der Versicherungsnehmer DKV Seguros die Daten seines Bankkontos oder Sparbuches mitzuteilen, von wo aus der Beitragseinzug für diese Versicherung erfolgen soll, und dem Finanzinstitut zu bestätigen, den Beitragseinzug zuzulassen.

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

DKV Seguros hat das Recht, bei jeder Verlängerung des Versicherungsvertrages die jährliche

Höhe der Versicherungszahlung (Prämie) sowie die Kosten pro medizinischer Behandlung gemäß den technischen versicherungsmathematischen Berechnungen zu verändern. Die Prämie für jeden Versicherten wird auf der Grundlage der folgenden Risikofaktoren berechnet: Alter und geographische Lage des Wohnsitzes.

Falls die von DKV Seguros verwendeten mathematischen Methoden zur Berechnung der Risikoprämie weitere relevante Risiko-Faktoren offenlegen sollten, wird über die Einbeziehung dieser Faktoren in die Berechnung des Tarifs vor Erneuerung der Police Auskunft gegeben.

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

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

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

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

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

Im Rahmen der Gruppenversicherung kann eine Einteilung nach Altersgruppen erfolgen. Beiträge können sich auch aufgrund von Änderungen in der Struktur des versicherten Kollektivs ändern.

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

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

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

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

8.5 Verlust von Ansprüchen und Auflösung des Vertrages

Der Versicherte verliert das Recht auf die garantierte Leistung:

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

8.6 Aussetzung und Beendigung des Versicherungsvertrages

a) DKV Seguros kann den Vertrag durch eine schriftliche Erklärung gegenüber dem Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats kündigen, gerechnet ab dem Zeitpunkt der Kenntnisnahme über das Verschweigen oder die Ungenauigkeit des Versicherungsnehmers bei der Beantwortung des Gesundheitsfragebogens. (Artikel 10 des Versicherungsvertragsrechts).

b) Wenn sich eine Erhöhung des Risikos aufgrund einer Änderung des üblichen Wohnsitzes, der üblichen Arbeit, oder des Beginns von Freizeitaktivitäten oder Sportarten mit hohem oder extremem Risiko ergibt, kann DKV Seguros den Vertrag kündigen, indem der Versicherungsnehmer oder der Versicherte schriftlich innerhalb eines Monats ab dem Tag, an dem Zunahme des Risikos bekannt wurde, darüber in Kenntnis setzt (Artikel 12 des Versicherungsvertragsrechts).

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

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

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

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

8.7 Kommunikation

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

Von einem Vermittler gegenüber DKV Seguros im Namen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Personen veranlasste Mitteilungen haben die gleiche

Rechtswirksamkeit, wie wenn sie vom Versicherungsnehmer oder den versicherten Personen selbst an DKV Seguros veranlasst worden wären.

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

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

8.8 Spezielle Gesundheitsrisiken

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

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

8.9 Steuern und Zuschläge

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

9.

Unfallversicherung

Gegenstand der Versicherung

Diese Versicherung garantiert im Rahmen der Allgemeinen, Besonderen und Speziellen Versicherungsbedingungen und abhängig von den durch die versicherte Person bei Vertragsabschluss gemachten Angaben eine Entschädigungszahlung, wenn die versicherte Person einen Unfall erleidet.

9.1 Unfalltod

Bei Tod des Versicherungsnehmers oder einer versicherten Person durch einen während der Ausübung der angegebenen beruflichen Tätigkeit oder im Privatleben erlittenen Unfall zahlt DKV Seguros den Hinterbliebenen die in den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegte Versicherungssumme. Die Auszahlung erfolgt innerhalb eines Jahres ab dem Zeitpunkt, an dem sich der Unfall ereignet hat.

Wird niemand ausdrücklich als Begünstigter bestimmt, wird die in der Police bzw. in einer nachträglich schriftlichen Erklärung oder im Testament benannte Person als begünstigt betrachtet.

Der Versicherungsnehmer kann die Benennung oder Änderung ohne Zustimmung von DKV Seguros vornehmen. Wird niemand ausdrücklich als Begünstigter bestimmt, dann gilt als Begünstigter der Ehepartner der versicherten Person oder die Kinder zu gleichen Teilen oder die gesetzlichen Erben zu gleichen Teilen.

Der Begünstigte kann zur Begleichung der Aufwendungen (Bestattungskosten, Kosten für die Testamentsvollstreckung, Erbschaftssteuer usw.) aufgrund des Todes der versicherten Person eine Vorauszahlung von bis zu 5 % der vereinbarten Versicherungssumme bis max. 6.000 EUR erhalten. Dafür muss er vorher mittels entsprechender Dokumente den Todesfall bestätigen und nachweisen, dass die bestehende Versicherung ordnungsgemäß bezahlt ist.

Personen unter 14 Jahren sind für diese Leistung nicht versicherungsfähig.

Deckungserweiterung

Tod beider Ehepartner durch Verkehrsunfall.

Sterben bei einem Verkehrsunfall die versicherte Person und ihr Ehepartner, erhalten die unter 18jährigen Kinder der versicherten Person zu gleichen Teilen eine Zahlung entsprechend der in den Besonderen Bedingungen für Unfalltod festgelegten Versicherungssumme bis zu einem max. Betrag von 300.506,05 EUR.

Im Rahmen dieser Versicherungsleistung wird die zum Zeitpunkt des Unfalls beim Standesamt als Ehepartner eingetragene Person betrachtet.

9.2 Dauerhafte Invalidität infolge eines Unfalls

Bei dauerhafter Invalidität der versicherten Person infolge eines Unfalls leistet DKV Seguros die in den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegte Versicherungssumme. Dies gilt sowohl bei einer sofort nach dem Unfall eintretenden dauerhaften Invalidität als auch bis zu einem Jahr danach.

Die Versicherungsleistung wird auf Grundlage des in der Tabelle festgelegten Invaliditätsgrades berechnet.

Bestimmung der Versicherungsleistung:

1. Die Bestimmung des Grades der Invalidität erfolgt mittels der in der nachfolgend aufgeführten Tabelle angegebenen Prozentsätze.
2. Die Versicherungsleistung ergibt sich aus der Anwendung der in der nachfolgenden Tabelle aufgeführten Prozentsätze auf die in den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegte Summe für den Fall einer dauerhaften Invalidität infolge eines Unfalles.

Dauerhafte Vollinvalidität:

Vollständiger Verlust oder dauernder vollständiger Funktionsverlust beider Arme, beider Hände, beider Beine, beider Füße, eines Armes und eines Fußes, eines Armes und eines Beines und einer Hand und eines Fußes	100 %
Dauernde vollständige und unheilbare geistige Behinderung	100 %
Dauernde vollständige und unheilbare Erblindung	100 %
Vollständige Unbeweglichkeit der Wirbelsäule, unabhängig von neurologischen Auswirkungen	100 %

Dauerhafte Teilinvalidität:

Vollständiger Verlust des rechten Armes oder der rechten Hand	60 %
Vollständiger Verlust des linken Armes oder der linken Hand	50 %
Vollständige Unbeweglichkeit der rechten Schulter	25 %

Vollständige Unbeweglichkeit der linken Schulter	20 %
Vollständige Unbeweglichkeit des rechten Ellenbogens	20 %
Vollständige Unbeweglichkeit des linken Ellenbogens	15 %
Vollständige Unbeweglichkeit des rechten Handgelenkes	20 %
Vollständige Unbeweglichkeit des linken Handgelenkes	15 %
Vollständiger Verlust des rechten Daumens und des rechten Zeigefingers	30 %
Vollständiger Verlust des linken Daumens und des linken Zeigefingers	30 %
Vollständiger Verlust von drei Fingern der rechten Hand; Daumen und Zeigefinger eingeschlossen	35 %
Vollständiger Verlust von drei Fingern der linken Hand; Daumen und Zeigefinger eingeschlossen	30 %
Vollständiger Verlust von drei Fingern, außer rechtem Daumen und rechtem Zeigefinger	25 %
Vollständiger Verlust von drei Fingern, außer linkem Daumen und linkem Zeigefinger	20 %
Vollständiger Verlust des rechten Daumens und eines anderen Fingers, außer rechtem Zeigefinger	30 %
Vollständiger Verlust des linken Daumens und eines anderen Fingers, außer linkem Zeigefinger	25 %
Vollständiger Verlust des rechten Zeigefingers und eines anderen Fingers, außer rechtem Daumen	20 %
Vollständiger Verlust des linken Zeigefingers und eines anderen Fingers, außer linkem Daumen	17 %
Vollständiger Verlust des rechten Daumens	22 %
Vollständiger Verlust des linken Daumens	18 %
Vollständiger Verlust des rechten Zeigefingers	15 %
Vollständiger Verlust des linken Zeigefingers	12 %
Vollständiger Verlust des Mittelfingers, des Ringfingers oder des kleinen Fingers der rechten Hand	10 %
Vollständiger Verlust des Mittelfingers, des Ringfingers oder des kleinen Fingers der linken Hand	8 %
Vollständiger Verlust von zwei der letztgenannten Fingern der rechten Hand	15 %
Vollständiger Verlust von zwei der letztgenannten Fingern der linken Hand	12 %
Vollständiger Verlust eines Beines oder Amputation oberhalb des Knies	50 %
Vollständiger Verlust eines Beines oder Amputation unterhalb des Knies oder Amputation eines Fußes	40 %
Teilamputation eines Fußes (einschließlich aller Zehen)	40 %
Vollständige Unbeweglichkeit des Sprunggelenkes	10 %
Vollständige Unbeweglichkeit des Fußristes eines Fußes	20 %
Vollständiger Verlust eines großen Zehs	10 %
Nicht gefestigte Bein- oder Fußfraktur	25 %

Nicht gefestigte Kniescheibenfraktur	20 %
Vollständige Unbeweglichkeit eines Hüftgelenkes oder eines Knies	20 %
Verkürzung eines Beines von mindestens 5 cm (vollständiger Verlust eines Mittelfußknochens entspricht dem Verlust des entsprechenden Zehenendgliedes)	15 %
Vollständiger Verlust eines Zehs, außer dem großen Zeh	5 %
Vollständige Unbeweglichkeit der Halswirbelsäule, unabhängig von neurologischen Auswirkungen	33 %
Vollständige Unbeweglichkeit der Wirbelsäule (Dorsum), unabhängig von neurologischen Auswirkungen	33 %
Vollständige Unbeweglichkeit der Lendenwirbelsäule, unabhängig von neurologischen Auswirkungen	33 %
Vollständiger Verlust eines Auges bzw. 50%ige Minderung des Sehvermögens	30 %
Bei bestehender Erblindung des anderen Auges vor dem Unfall	50 %
Vollständiger Verlust des Hörvermögens auf beiden Ohren	40 %
Vollständiger Verlust des Hörvermögens auf einem Ohr	10 %
Bei bestehender Taubheit auf dem anderen Ohr vor dem Unfall	20 %
Vollständiger Verlust eines Ohrs	7,5 %
Vollständiger Verlust beider Ohren	15 %
Verhinderte Nasenatmung durch Verformung oder Verkrümmung der Nasenscheidewand	5 %
Vollständiger Verlust der Nase	15 %
Vollständiger Verlust oder Amputation des Unterkiefer	25 %
Der Verlust der Knochensubstanz in der Schädeldecke sei entsprechend 1 % pro cm ² , die durch geeignetes Material ersetzt wird, aber nur bis zu einem Maximum von	15 %

9.2.1 Weitere Regeln zur Bestimmung der Invalidität:

1. In nicht vorhergesehenen Fällen, wie z.B. der Teilverlust von Körpergliedern, wird der Grad der Invalidität abhängig von ihrer Schwere durch den Vergleich mit den hier angegebenen Umständen bestimmt.

2. Verliert eine versicherte Person gleichzeitig mehrere der angegebenen Körperglieder, berechnet sich der Invaliditätsgrad aus der Summe der jeweiligen Prozentsätze. In keinem Fall kann diese Summe 100% der in den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegten Versicherungssumme für dauernde Invalidität überschreiten.

3. Werden Organe oder Körperglieder beeinträchtigt, die bereits vor dem Unfall einen physischen oder funktionalen Defekt aufwiesen, wird die Versicherungsleistung entsprechend des Verschlimmerungsgrades bestimmt.

4. Ist die versicherte Person Linkshänder, werden die vorgesehenen Prozentsätze der Invalidität entsprechend denen für Rechtshänder angewandt und umgekehrt.

5. Der dauernde vollständige Funktionsverlust eines Körperteils wird als vollständiger Verlust betrachtet.

6. Stirbt die versicherte Person nach Auszahlung der für dauernde Invalidität gezahlten Versicherungsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall an dessen Folgen, so zahlt DKV Seguros die Differenz zwischen der Versicherungssumme für den Todesfall, wenn sie höher ist als die gezahlte Leistung.

Im umgekehrten Fall wird vom Begünstigten keine Rückzahlung verlangt.

9.3 Rente im Todesfall oder bei andauernder Invalidität als Folge eines Verkehrsunfalles des Hauptversicherten

Im Todesfall oder bei kompletter dauerhafter Invalidität des Hauptversicherten nach einem unter den Versicherungsschutz fallenden Unfall oder bis zu einem Jahr danach wird bis zum Ablauf monatlich (bis zu 36 Monate) eine vorübergehende zusätzliche Rente von DKV Seguros übernommen, entsprechend den Besonderen Versicherungsbedingungen und folgender Abschnitte:

a) Bei der Anwendung des Tarifes für private Überführung.

b) Bei der Anwendung des Tarifes für professionelle Überführung.

9.4 Ärztliche Versorgung bei einem Unfall

Im Rahmen dieser Leistung werden Aufwendungen für die ärztliche Versorgung von Verletzungen in einem medizinischen Zentrum nach einem unter den Versicherungsschutz fallenden Unfall von DKV Seguros übernommen.

Ist diese Deckung in den Besonderen Versicherungsbedingungen vereinbart, werden die Aufwendungen für medizinische Leistungen bis zur vollständigen Genesung der versicherten Person mit folgenden Leistungsbeschränkungen gewährt:

1. Es wird die Zahlung der Aufwendungen für ärztliche Versorgung, Arzneimittel, Krankenhauseinweisungen und physikalische Rehabilitation garantiert. Die Erstprothese und orthopädische Hilfsmittel bis max. 601,01 EUR; Transport im Krankenwagen in dringenden Notfällen oder mit vorheriger Genehmigung durch DKV Seguros, vorausgesetzt, dass diese Aufwendungen auf einen unter den Versicherungsschutz fallenden Unfall zurückzuführen sind.

2. DKV Seguros übernimmt diese Aufwendungen für max. ein Kalenderjahr (ununterbrochen) nach Eintritt des Unfalls, vorausgesetzt, dass die ärztliche Behandlung oder Versorgung von durch DKV Seguros bestimmte oder akzeptierte Ärzten oder medizinische Einrichtungen durchgeführt wird.

3. Entscheidet sich die versicherte Person für eine Behandlung durch einen nicht vertragsgebundenen Arzt oder eine nicht vertragsgebundene Einrichtung, so übernimmt DKV Seguros lediglich den in den Besonderen Versicherungsbedingungen festgelegten Betrag für max. ein Jahr.

4. DKV Seguros übernimmt alle Aufwendungen für Erste-Hilfe-Maßnahmen und die ärztliche Notfallversorgung, auch wenn diese durch nicht vertragsgebundene Ärzte oder in nicht vertragsgebundenen Einrichtungen durchgeführt werden. Sobald die versicherte Person transportfähig ist, kann DKV Seguros die Verlegung in eine vertragsgebundene Einrichtung und die Behandlung durch einen vertragsgebundenen Arzt veranlassen, sofern dies nicht entgegen ärztlicher Meinung spricht.

9.5 Umfang der Deckung bei Unfall

Im Rahmen dieses Versicherungsmoduls hat die versicherte Person Anspruch auf Leistungen bei Unfällen, die sich während der Ausübung ihrer im Versicherungsantrag angegebenen beruflichen Tätigkeit oder in ihrem Privatleben ereignen.

9.6 Geltungsbereich der Unfallversicherung

Die Leistungsgarantien „Todesfall“ und „Dauerhafte Invalidität“ gelten weltweit.

Die Deckung „Medizinische Versorgung“ gilt innerhalb Spaniens.

9.7 Nicht versicherungsfähige Personen

Nicht versicherungsfähig sind folgende Personen:

1. Personen, die älter als 65 Jahre oder jünger als 14 Jahre sind.

Bei schon bestehenden Versicherungen akzeptiert DKV Seguros die jährliche Verlängerung des Vertrages nach Vollendung des 65. Lebensjahres. Nach Vollendung des 70. Lebensjahres endet der Versicherungsvertrag endgültig zum Ende der Versicherungsjahres.

2. Personen, die regelmäßig Betäubungsmittel oder Drogen konsumieren.

3. Blinde und sehbehinderte Menschen, bei denen mehr als 12 Dioptrien festgestellt wurden; gehörlose Menschen, geistig behinderte Personen, Personen, die an Apoplexie, Epilepsie, Syphilis, Aids, Diabetes, Alkoholismus, Erkrankungen des Rückenmarks oder Schlafkrankheit leiden.

9.8 Leistungsausschlüsse

1. Unfälle, die infolge von außerordentlichen Ereignissen oder Katastrophen hervorgerufen werden, die unter die Garantien des spanischen Rückversicherungskonsortiums fallen (vergleichen Sie Abschnitt 9.13 „Schadensersatzklausel des spanischen Rückversicherungskonsortiums, Consorcio de Compensación de Seguros“).

2. Unfälle, die sich aufgrund politischer oder gesellschaftlicher Hintergründe, bei Zweikämpfen oder Duellen, Wetten, beim Ausüben von kriminellen Handlungen oder durch die Teilnahme an Streitigkeiten ereignen, außer dass die versicherte Person zu ihrer eigenen rechtmäßigen Verteidigung oder zur Rettung von Personen oder Gütern handelt.

3. Herzattacken bei Personen, die sich im Zustand geistiger Verwirrung oder im Rausch befinden (Betäubungs- oder Drogenkonsum) sowie nicht organisch bedingte psychiatrische Erkrankungen.

Im Rahmen dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen liegt dann Alkoholrausch vor, wenn sich die versicherte Person aufgrund ihres Blutalkoholgehaltes nach rechtlichen Vorgaben strafbar macht oder eine rechtswidrige, strafbedrohte Handlung begeht.

4. Unfälle, die sich bei der Teilnahme an wissenschaftlichen Expeditionen, der Ausübung von Unterwasseraktivitäten mit Sauerstoff-Flaschen, beim Training, Geschwindigkeits-Wettbewerben oder Rennen mit Fahrzeugen ereignen.

5. Unfälle, die durch Suizid oder den Versuch dazu hervorgerufen werden.

6. Unfälle, die durch die professionelle Ausübung von Sportarten oder der Ausübung von Luftsportaktivitäten, Alpinismus, Canyoning, Bergsteigen, Boxkampf, Kampfsportarten, Bobfahren, Stocksportarten, Cesta Punta (baskische Ballsportart), Stierkampf, Eintreiben von ungezähmtem Vieh oder jeder anderen eindeutig gefährlichen Sportart verursacht werden.

7. Unfälle des Fahrers oder der Insassen, die durch das Benutzen von Fahrzeugen ohne die dazu notwendige, von der zuständigen Behörde ausgestellte, gültige Fahrerlaubnis verursacht werden oder solche Unfälle, die durch den Gebrauch von Motorrädern oder Mopeds entstehen.

8. Jegliche Art von Hernien/Leistenbrüchen.

9. Gesundheitsschäden, die durch Radioaktivität, Sonnenstrahlung, Nuklearreaktionen oder Kernenergie im Allgemeinen entstehen (unabhängig von ihrer Ursache).

10. Gesundheitsschäden, die infolge einer vor Vertragsabschluss bestehenden Erkrankung oder eines sich zuvor ereigneten Unfalls entstehen, auch wenn die Folgen während der Laufzeit der Versicherung auftreten oder fortbestehen.

11. Nicht organisch bedingte psychiatrische Erkrankungen (Gehirnschäden ausgenommen).

9.9 Rechte und Pflichten. Erläuterungen zum Risiko

9.9.1 Versicherungsabschluss und Laufzeit

Zusätzlich zu dem, was für die Hauptversicherung angegeben ist, ist der Versicherungsnehmer dazu verpflichtet, DKV Seguros über die Existenz weiterer Policen zu informieren, die er mit verschiedenen Versicherungsunternehmen abgeschlossen hat, bezüglich gleichartiger Risikofolgen über dieselbe Angelegenheit und Person. Eine Nichterfüllung dieser Vorschrift darf nur bei einer Schadensreklamation stattfinden. Der Versicherer kann die Summe des versicherten Betrages aufgrund dieses Konzepts nicht verringern.

Falls eine dieser Änderungen zu einer Risikoerhöhung führt, werden die Regelungen angewendet, die im Abschnitt 9.9.2 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgesetzt sind. Falls im gegenteiligen Fall eine Risikoverminderung erfolgt, findet Abschnitt 9.9.3 Anwendung.

9.9.2 Im Falle einer Gefahrerhöhung

1. Falls DKV Seguros während der Laufzeit der Police Kenntnis über eine Gefahrerhöhung erlangt oder ihr eine solche mitgeteilt wird, kann sie innerhalb einer Frist von zwei Monaten eine Änderung der Vertragsbedingungen vorschlagen, von dem Tag an, an dem ihr die genannten Umstände erklärt worden sind. In diesem Fall hat der Versicherungsnehmer fünfzehn Tage Zeit anzunehmen oder abzulehnen, ab dem Tag, an dem er das Angebot erhalten hat.

Falls der Versicherungsnehmer ablehnt oder schweigt, kann der Versicherer nach Ablauf der genannten Frist und nach Mahnung des Versicherungsnehmers in Verbindung mit einer erneuten Frist von fünfzehn Tagen den Vertrag auflösen. Nach Ablauf dieser Zeit und innerhalb der darauf folgenden acht Tage hat der Versicherer dem Versicherungsnehmer die endgültige Vertragskündigung mitzuteilen.

2. Der Versicherer kann den Vertrag auch auflösen, indem er dies dem Versicherten schriftlich mitteilt, innerhalb einer Frist von einem Monat ab dem Tag, an dem er von der Risikoerhöhung erfahren hat.

3. Wenn sich ein Schadenfall ereignet, ohne dass die Risikoerhöhung erklärt wurde und den Versicherungsnehmer/den Versicherten Arglist, Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit trifft, wird der Versicherer von der Zahlung der Leistung befreit.

Andernfalls reduziert sich die Leistung von DKV Seguros proportional auf die Differenz zwischen dem vereinbarten Versicherungsbeitrag und dem Beitrag, der erhoben worden wäre, falls das wahre Ausmaß des Risikos bekannt gewesen wäre. (Vergleichen Sie Abschnitt 2: „Proportionale Regel“).

4. Falls sich während der Versicherungslaufzeit eine Risikohöherung ereignet, die einen Anstieg des Versicherungsbeitrags nach sich zieht und der Vertrag daher beendet wird, so steht DKV Seguros der gesamte eingezogene Versicherungsbeitrag zu.

Falls diese genannte Risikohöherung eintritt und diese nicht dem Willen der versicherten Person entspricht, so hat diese das Recht auf Rückerstattung des bis zum Ablauf der Versicherung bereits bezahlten anteiligen Versicherungsbeitrages.

5. Wenn der Inhalt der Police von dem Versicherungsangebot oder den vereinbarten Klauseln abweicht, kann der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats ab dem Eingang der Police Beschwerde bei DKV Seguros einbringen, die die Abweichung behebt.

Läuft genannte Frist ab, ohne dass eine Reklamation eingeht, wird dies in der Police verfügt.

9.9.3 Im Falle einer Gefahrminderung

1. Der Versicherungsnehmer bzw. der Versicherte können während der Vertragslaufzeit den Versicherer über alle Umstände in Kenntnis setzen, die das Risiko verringern und der Natur sind, als ob sie zu dem Zeitpunkt der Vertragsunterzeichnung bekannt gewesen wären. Dies sollte zu den für den Versicherungsnehmer günstigsten Bedingungen erfolgen.

2. In diesem Fall muss der Versicherer am Ende der Versicherungsperiode den Betrag des zukünftigen Versicherungsbeitrages entsprechend reduzieren.

Im Fall der Vertragsauflösung hat der Versicherer bzw. der Versicherte das Recht auf Rückerstattung der Differenz zwischen dem bezahlten Versicherungsbeitrag und dem Betrag, den er hätte zahlen müssen. Und zwar ab dem Moment, ab dem die Information über die Risikominderung vorlag.

9.10 Regeln für die Abwicklung eines Versicherungsfalls

Vorgehen und Lösung von Unstimmigkeiten

1. Ein im Versicherungsschutz eingeschlossener Unfall muss DKV Seguros innerhalb von max. sieben Tagen vom Versicherungsnehmer, von der versicherten Person, von den Rechtsnachfolgern oder Begünstigten mitgeteilt werden. Ausgenommen hiervon sind Unfälle, die sich aufgrund höherer Gewalt ereignen.

2. Das Formular „Meldung eines Versicherungsfalls“, aus dem alle zur Aufnahme der Bearbeitung notwendigen Informationen hervorgehen, ist auszufüllen.

Bei Nichterfüllung dieser Obliegenheit entfällt die Leistungspflicht von DKV Seguros bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit.

3. Auf Verlangen von DKV Seguros sind die Originalrechnungen über Arzthonorare, Atteste, Krank- und Gesundheitsmeldungen, Krankenhauseinweisungs- und Entlassungsberichte usw. einzureichen.

4. DKV Seguros kann wegen verspäteter Einreichung oder Fehlens der Schadenanzeige entstehende Schäden und Nachteile geltend machen, es sei denn, dass nachgewiesen wird, dass DKV Seguros durch andere Quellen über den Versicherungsfall in Kenntnis gesetzt wurde.

5. Nach Eintritt eines Versicherungsfalls muss sich die versicherte Person in ärztliche Behandlung begeben, den Anweisungen folgen und alles nötige unternehmen, um ihr Leben zu erhalten und für eine baldige Genesung zu sorgen:

a) Die Nichterfüllung dieser Obliegenheit berechtigt DKV Seguros, ihre Leistung in einem angemessenen Verhältnis zu reduzieren, wobei sie die Wichtigkeit der Schäden und den Grad des Verschuldens der versicherten Person berücksichtigen muss.

b) Wenn die Nichterfüllung mit der Absicht erfolgte, DKV Seguros zu schädigen oder zu betrügen, dann ist DKV Seguros von jeglicher Leistungspflicht in diesem Versicherungsfall befreit.

6. Im Todesfall der versicherten Person sind DKV Seguros folgende Unterlagen vorzulegen, sofern diese nicht bereits vorliegen:

a) Beglaubigte Abschrift über die Eintragung des Todes der versicherten Person ins entsprechende Register

b) Arztbericht der behandelnden Ärzte, aus dem der Verlauf der Unfallfolgen, die den Tod verursacht haben, hervorgeht.

c) Dokumente, die ihn ausweisen und wenn es erforderlich ist, Unterlagen, aus denen sein Status als Begünstigter hervorgeht.

d) Bescheinigung über die Zahlung oder Befreiung von der Erbschaftssteuer

7. Im Falle von dauernder Invalidität infolge des Unfalls wird der Invaliditätsgrad nach Vorlage der Arztberichte festgestellt, wenn der Zustand der versicherten Person als definitiv angesehen wird, spätestens jedoch nach max. einem Jahr ab dem Zeitpunkt des Unfalls.

DKV Seguros teilt der versicherten Person schriftlich die ihr zustehende, dem Invaliditätsgrad entsprechende Versicherungsleistung mit. Der Invaliditätsgrad wird anhand des Arztberichtes und in Übereinstimmung mit in Abschnitt 28 dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführten Prozentsätzen festgelegt (Vergleichen Sie Deckungszusage „Dauernde Invalidität“).

Ist die versicherte Person mit der Festlegung des Invaliditätsgrades durch DKV Seguros nicht einverstanden, unterwerfen sich die Parteien gemäß Abschnitt 38 des Versicherungsvertragsrechts der Entscheidung eines medizinischen Gutachters.

8. Falls nach einem Unfall medizinische Versorgung nötig ist, ist es erforderlich, DKV Seguros über den Unfallhergang und die erlittenen körperlichen Schäden zu berichten. Des weiteren müssen aus dem medizinischen Bericht der behandelnden Ärzte die Entwicklung und die Konsequenzen des Unfalls hervorgehen.

9.11 Festlegung der Versicherungsleistung

1. Vorausgesetzt, dass alle Beteiligten über den Betrag und die Art der Versicherungsleistung einig sind, wird die Zahlung innerhalb von fünf Tagen nach Unterschrift von DKV Seguros veranlasst.

2. Kommt es innerhalb von 40 Tagen nach Meldung des Versicherungsfalles nicht zu einem Einverständnis, bestimmen die beteiligten Parteien jeweils einen medizinischen Gutachter.

Die Akzeptanz dieser Gutachter muss schriftlich vorliegen.

3. Haben die benannten Gutachter den Auftrag akzeptiert, nehmen sie ihre Arbeit umgehend auf. Es besteht keine Möglichkeit, von diesem Auftrag zurückzutreten.

4. Kommen die Gutachter zu einer Übereinkunft, wird dies in einem gemeinsamen Protokoll unter Angabe der Unfallursache, der Schadenbewertung, anderer, die Bestimmung der Entschädigung beeinflussende Umstände sowie der vorgeschlagenen Versicherungssumme festgehalten.

5. Wird von einer Partei kein Gutachter benannt, muss dies innerhalb von acht Tagen nach dem durch die andere Partei bestimmten Datum geschehen.

Bestimmt die Partei in dieser letztgenannten Frist keinen Gutachter, wird dies als verbindliche Einverständniserklärung über das von der anderen Partei vorliegende Gutachten betrachtet.

6. Kommt es zu keiner Übereinkunft der Gutachter, benennen beide Parteien einen dritten Gutachter in gegenseitigem Einvernehmen.

Im gegenteiligen Fall wird der dritte Gutachter durch einen Richter der zuständigen ersten Instanz benannt.

Das Gutachten wird innerhalb der durch die beiden Parteien festgelegten Frist ausgestellt. In Ermangelung dessen gilt eine 30tägige Frist ab dem Zeitpunkt der Akzeptierung des benannten dritten Gutachters.

7. Das einstimmig oder mit Mehrheit beschlossene Gutachten wird den beteiligten Parteien umgehend mitgeteilt und gilt als unbestritten.

Das vorliegende Gutachten ist für beide Parteien verbindlich, sofern es nicht durch DKV Seguros juristisch innerhalb von 30 Tagen und von der versicherten Person innerhalb von 180 Tagen juristisch angefochten wird. Beide Fristen werden vom Zeitpunkt der Mitteilung an gerechnet. Wird das Gutachten innerhalb der genannten Fristen nicht angefochten, gilt es als gerichtlich unanfechtbar.

8. Die Parteien tragen die für den jeweiligen Gutachter entstehenden Honorare. Honorare für den dritten Gutachter und weitere Kosten werden unter den Parteien zu gleichen Teilen aufgeteilt.

Wird die Benennung eines dritten Gutachters jedoch aufgrund einer eindeutig unverhältnismäßigen Schadenbewertung einer der Parteien notwendig, gehen die Gesamtkosten allein zu deren Lasten.

9.12 Zahlung der Versicherungsleistung

1. Die Zahlung der Versicherungsleistung erfolgt anhand der nachstehend aufgeführten Kriterien:

> Wird die Schadenbewertung in Übereinstimmung der Parteien getroffen, so zahlt DKV Seguros die vereinbarte Summe innerhalb einer 5-tägigen Frist ab dem Zeitpunkt der Unterzeichnung des Abkommens.

> Wird die Schadenbewertung durch die Übereinkunft von Gutachtern getroffen, zahlt DKV Seguros die durch die Gutachter bestimmte Summe innerhalb einer 5-tägigen Frist, nachdem beide Parteien das Gutachten akzeptiert haben, wodurch dieses dadurch unanfechtbar wird.

2. In jedem Fall zieht DKV Seguros von der Entschädigungszahlung gemäß der jeweiligen geltenden steuerlichen Gesetzgebung die Steuern ab.

3. Wird das Gutachten angefochten, zahlt DKV Seguros die Mindestsumme, zu der sie unter Kenntnis der vorliegenden Umstände verpflichtet ist.

4. Wird der Unfall schuldhaft (vergleichen Sie Begriffsdefinitionen) durch den Begünstigten hervorgerufen, verliert er jegliche Ansprüche. In diesem Fall steht die Versicherungsleistung dem Versicherungsnehmer oder dessen rechtmäßigen Erben zu.

5. Wird die Versicherungsleistung von DKV Seguros aufgrund nicht gerechtfertigter Ursachen innerhalb einer Frist von drei Monaten nach Eintritt des Versicherungsfalls nicht gezahlt, so steigt die Entschädigungssumme gemäß der in Artikel 20 des Versicherungsvertragsrechts festgelegten Bestimmungen.

6. In dem Fall, dass sich die versicherte Person oder der Begünstigte aufgrund einer Zahlungsverzögerung der Versicherungsleistung durch DKV Seguros gezwungen sieht, gerichtlich zur Reklamation der Leistung vorzugehen, steigt die Versicherungsleistung um die in Artikel 20 des Versicherungsvertragsrechts vorgesehene Verzinsung.

In diesem Fall beginnt die Verzinsung nach Ablauf der für DKV Seguros festgelegten Frist. Dies gilt auch für die Kosten, die der versicherten Person durch den Prozess entstehen.

9.13 Entschädigungsklausel des Rückversicherungskonsortiums für Verluste, die sich aus außerordentlichen Ereignissen in der Personenversicherung ergeben

In Übereinstimmung mit der Neufassung der Satzung des Rückversicherungskonsortiums, welche durch das Königliche Gesetzesdekret 7/2004 vom 29. Oktober verabschiedet wurde, hat der Versicherungsnehmer eines Versicherungsvertrags, der obligatorisch einen Aufschlag zu Gunsten der genannten Körperschaft des öffentlichen Rechts enthalten muss, die Befugnis mit jeder Versicherungsgesellschaft, welche die von der gültigen Gesetzgebung geforderten Bedingungen erfüllt, die Deckung von außergewöhnlichen Risiken zu vereinbaren.

Das Rückversicherungskonsortium zahlt Entschädigungen bei Schadensfällen, die sich infolge von in Spanien vorgefallenen außergewöhnlichen Ereignissen ergeben sowie bei im Ausland vorgefallenen außergewöhnlichen Ereignissen, sofern der Versicherte seinen ständigen Wohnsitz in Spanien hat, vorausgesetzt der Versicherungsnehmer hat die entsprechenden Zuschläge zu Gunsten des Rückversicherungskonsortiums gezahlt und es liegt eine der folgenden Situationen vor:

a) dass das vom Rückversicherungskonsortium gedeckte, außerordentliche Risiko nicht durch die beim Versicherer beauftragte Versicherungs-Police abgedeckt ist.

b) dass, selbst wenn dieses außerordentliche Risiko durch diese Versicherungs-Police abgedeckt ist, die Verpflichtungen der Versicherungsgesellschaft nicht erfüllt werden können, wenn diese rechtlich für insolvent erklärt wurde oder einem Liquidationsverfahren unterliegt, welches vom Rückversicherungskonsortium durchgeführt oder angenommen wurde.

Die Rückversicherungskonsortium handelt nach den Bestimmungen des erwähnten Rechtsstatuts, gemäß Gesetz 50/1980 vom 8. Oktober über Versicherungsverträge, der Regelung zu Versicherungen von außergewöhnlichen Risiken, welche durch das Königliche Gesetzesdekret 300/2004 vom 20. Februar und den ergänzenden Bestimmungen verabschiedet wurden.

Zusammenfassung der Gesetzgebung

1. Abgedeckte außergewöhnliche Ereignisse

a) Die folgenden, natürlichen Phänomene: Erd- und Seebeben; außergewöhnliche Überschwemmungen, einschließlich jener, die durch Wellenschläge verursacht werden; Vulkanausbrüche; atypische Zyklonen (einschließlich außergewöhnlicher Winde Böen von über 120 km/h und Tornados); und fallende Astralkörper und Meteoriten.

b) Diejenigen, die gewaltsam infolge von Terrorismus, Rebellion, Aufruhr, Meuterei und Aufruhr entstehen.

c) Handlungen oder Einwirkungen der Streitkräfte oder der Sicherheitskräfte in Friedenszeiten.

Atmosphärische und seismische Ereignisse, Vulkanausbrüche und der Niederschlag von Himmelskörpern, werden auf Antrag des Rückversicherungskonsortiums durch Berichte überprüft, die von der Staatlichen Agentur für Meteorologie (AEMET), dem Nationalen Geographischen Institut sowie weiterer, kompetenter öffentlicher Stellen ausgestellt werden. Bei Ereignissen politischer oder sozialer Natur sowie im Fall von Schäden, die durch Ereignisse oder Handlungen der Streitkräfte oder der Sicherheitskräfte in Friedenszeiten verursacht werden, kann das Rückversicherungskonsortium von den zuständigen Justiz- und Verwaltungsbehörden Informationen zu den stattgefundenen Ereignissen ersuchen.

2. Ausgeschlossene Risiken

a) Diejenigen, die nach dem Versicherungsvertragsrecht keinen Anspruch auf Entschädigung darstellen.

b) Diejenigen, die versicherten Personen zustoßen, die durch einen Versicherungsvertrag versichert sind, der sich von jenen unterscheidet, die den obligatorischen Zuschlag zugunsten des Rückversicherungskonsortiums erheben.

c) Diejenigen, die durch bewaffnete Konflikte verursacht wurde, obwohl dazu keine offizielle Kriegserklärung vorliegt.

d) Diejenigen, die sich aus der Kernenergie ergeben, unbeschadet der Bestimmungen des Gesetzes 12/2011 vom 27. Mai über die zivilrechtliche Haftung für durch nukleare und radioaktive Substanzen verursachte Schädigungen.

e) Diejenigen, die aufgrund anderer Naturphänomene entstehen, als im vorstehenden Abschnitt 1.a) beschrieben wird und insbesondere diejenigen, die durch den Anstieg des Grundwasserspiegels, Bewegung von Hängen, Erdbeben oder Bodensetzungen, Felsstürze und ähnliche Phänomene entstehen, es sei denn, wenn diese vorgeblich durch die Einwirkung von Regenwasser verursacht wurden, welches wiederum in dem Gebiet zu einer außerordentlich schweren Überschwemmung geführt hätte und diese gleichzeitig mit dem Hochwasser aufgetreten wären.

f) Diejenigen, die aufgrund von Unruhen im Verlauf von Versammlungen und Demonstrationen entstehen, die in Übereinstimmung mit dem Organischen Gesetz 9/1983 vom 15. Juli durchgeführt werden, welches das Versammlungsrecht regelt sowie im Verlauf von rechtmäßigen Streiks, es sei denn, die besagten Ereignisse können als außergewöhnliche Ereignisse im Rahmen des vorstehenden Abschnitts 1.b) klassifiziert werden.

g) Diejenigen, die durch Böswilligkeit des Versicherten verursacht werden.

h) Diejenigen, die aufgrund von Schäden entstanden sind, die vor der Zahlung der ersten Prämie stattgefunden haben, oder wenn in Übereinstimmung mit den Bestimmungen des Versicherungsvertragsrechts, die Abdeckung des Rückversicherungskonsortiums ausgesetzt wurde, oder die Versicherung aufgrund von Nichtzahlung der Prämien erloschen ist.

i) Schäden, die aufgrund ihres Ausmaßes und Schwere von der spanischen Regierung als „nationale Katastrophe oder Ausnahmezustand“ betrachtet werden.

3. Deckungserweiterung

1. Der Deckungsumfang für außerordentliche Ereignisse gilt für alle versicherten Personen und Versicherungssummen, die in der Versicherungspolice im Sinne der gewöhnlichen Risiken festgelegt wurden.

2. Bei Lebensversicherungen, die gemäß Festlegungen im Vertrag und gemäß der üblichen Privatversicherungsnorm eine mathematische Deckungsrückstellung erzeugen, bezieht sich der Deckungsumfang des spanischen Rückversicherungskonsortiums auf das Risikokapital jeder einzelnen versicherten Person. Dies ist die Differenz zwischen der Versicherungssumme und der mathematischen Rückstellung, die das zur Auszahlung verpflichtete Versicherungsunternehmen gemäß der oben genannten Norm kalkuliert haben muss. Der Betrag der mathematischen Deckungsrückstellung wird vom erwähnten Versicherungsunternehmen beglichen.

Mitteilungen über Schäden an das Rückversicherungskonsortium

1. Der Entschädigungsantrag für Schäden, deren Abdeckung das Rückversicherungskonsortium übernimmt, erfolgt durch Mitteilung an dieses durch den Versicherungsnehmer, den Versicherten oder den Begünstigten der Police, oder von jedermann für und im Namen der oben handelnden, oder durch den Versicherer oder die Versicherungsvermittler, mit deren Mithilfe der Versicherungsvertrag verwaltet wurde.

2. Die Mitteilung der Schäden und die Einholung von Informationen zum Verfahren und Stand des Schadensfalls erfolgt:

› Durch Anruf beim telefonischen Kundenbetreuungs-Service des Versicherungskonsortiums (+34 952 367 042 oder +34 902 222 665).

> Über die Webseite des Rückversicherungskonsortiums (www.consortseguros.es).

3. Bewertung der Schäden: Die Bewertung der Schäden, die nach dem Versicherungsgesetz und dem Inhalt der Versicherungspolice erstattbar sind, wird vom Rückversicherungskonsortium vorgenommen, ohne das das Konsortium an die Bewertungen des Versicherungsunternehmens, das die normalen Risiken deckt, gebunden ist.

4. Die Zahlung der Entschädigung: Das Rückversicherungskonsortium wird die Entschädigungszahlung an den Versicherungsempfänger per Banküberweisung durchführen.

10.

Sterbegeldversicherung

DKV Seguros garantiert allen versicherten Personen, die diese Police abgeschlossen haben, die Zahlung einer in den Besonderen Versicherungsbedingungen aufgeführten Entschädigung im Todesfall der versicherten Person zur Deckung der Aufwendungen für ihre Bestattung.

Nicht versicherungsfähige Personen

Personen, die diese Versicherung nicht abschließen können, sind nachstehend aufgeführt:

1. Personen, die älter als 65 Jahre oder jünger als 14 Jahre sind.

Unabhängig davon akzeptiert DKV Seguros im ersten Fall bei schon bestehenden Versicherungen die jährliche Verlängerung des Vertrages. Nach Vollendung des 70. Lebensjahres endet der Versicherungsvertrag endgültig zum Ende der Versicherungsjahres.

11.

Regelungen für die ergänzenden Deckungen

11.1 Beitragszahlung der ergänzenden Versicherungen

Für diese ergänzenden Versicherungen gelten hinsichtlich der Beitragszahlung die gleichen Regeln wie für die Krankenversicherung. Die Dauer und die Fälligkeit der ergänzenden Deckungen werden der Hauptversicherung angepasst.

11.2 Regelung der ergänzenden Versicherungen

Für das nicht gesondert in der ergänzenden Versicherung Aufgeführte gelten, wenn zutreffend, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Hauptversicherung.

11.3 Automatische Anpassung

Beitragsanpassungen werden gemäß den versicherungsmathematischen Kriterien erstellt und mitgeteilt. Bei jeder Vertragserneuerung dieser Versicherungspolice behält sich DKV Seguros das Recht vor, Beitragsanpassungen und Änderungen der Zuzahlungsbeträge pro Behandlung gemäß den versicherungsmathematischen Kriterien auf der Grundlage des steigenden Leistungsbedarfs durchzuführen. Die Anpassung wird auf die zum Zeitpunkt der Erneuerung gültigen Beiträge angewendet.

Die Anpassung der Versicherungsleistung hat ihren entsprechenden Effekt auf die Beitragszahlung und spiegelt sich auf dem Beleg wieder.

11.4 Regressforderung

1. Ausschließlich in Zusammenhang mit der Garantie der ärztlichen Versorgung ist DKV Seguros berechtigt, nach Zahlung der Erstattung von Kosten oder nach Inanspruchnahme einer Versicherungsleistung, Rechtsansprüche der versicherten Person an Dritte, die für den eingetretenen Schadensfall haften, in Höhe des gezahlten Schadensersatzes geltend zu machen.

Die Regressforderungen dürfen nicht zum Nachteil Dritter ausgeübt werden.

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

11.5 Bestimmung und Rechtsprechung

1. Die aus dem Vertrag abgeleiteten Handlungen verjähren 5 Jahre ab dem Tag, an dem sie ausgeführt werden können.

2. Der für die aus dem Vertrag abgeleiteten Handlungen verantwortliche Richter entspricht der Zuständigkeit für den Wohnsitz des Versicherten in Spanien.

11.6 Schriftliche Mitteilungen

1. 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 veranlasst worden wären.

2. Mitteilungen, die vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person an den Vermittler gerichtet werden, haben keine Rechtswirkung.

3. Mitteilungen, die an den Vermittler von DKV Seguros gerichtet sind, der die Police vermittelt hat, haben Gültigkeit.

4. Um vertragswirksam zu sein, müssen die Mitteilungen zwischen dem Versicherungsnehmer (oder seinem Vertreter) und der DKV (oder dem Vermittler) schriftlich festgehalten werden.

Anhang I: Auslandsreise- versicherung

1. Einleitende Bestimmungen

1.1 Versicherte Personen

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

1.2 Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

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

Lediglich die Leistungen unter 2.1.1.1, 2.1.2.1, 2.2.8 und die Leistung 2.2.2 über Hotelkosten gelten nicht in Spanien, sondern werden nur bei Auslandsreisen der versicherten Personen gezahlt.

1.3 Dauer des Versicherungsschutzes

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

1.4 Gültigkeit

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

2. Beschreibung der Leistungen

2.1 Medizinische Leistungen

2.1.1 Unmittelbare medizinische Behandlungskosten

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

DKV Seguros übernimmt die Aufwendungen für medizinisch-chirurgische Behandlungen, für durch einen Arzt verschriebene Medikamente, für stationäre Behandlungen und Krankentransporte, die durch eine

während der Reise ins Ausland eingetretene Erkrankung oder als Folge eines Unfalls notwendig werden, bis zu einem Höchstbetrag von 20.000 EUR.

2.1.1.2 Aufwendungen für zahnmedizinische Notfälle

Wenn während der Reise akute zahnmedizinische Probleme wie Entzündungen, Zahnschmerzen oder Verletzungen auftreten, welche eine Notfallbehandlung erfordern, übernimmt DKV Seguros die durch die Behandlung entstehenden Aufwendungen bis maximal 150 EUR.

2.1.2 Mittelbare Kosten

2.1.2.1 Aufwendungen für die Verlängerung eines Hotelaufenthaltes

Wenn die vorher genannten Umstände (2.1.1.1) für die Garantie der Behandlungskosten vorliegen, übernimmt DKV Seguros die Aufwendungen für die durch einen Arzt verordnete Verlängerung des Aufenthaltes nach einem Krankenhausaufenthalt der versicherten Person bis zu einem Betrag von 30 EUR pro Tag und bis max. 300 EUR.

2.1.2.2 Überführung oder Verlegung

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

a) Die Aufwendungen für den Transport im Krankenwagen bis zum nächstgelegenen Krankenhaus.

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

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

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

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

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

2.1.2.3 Überführung der sterblichen Überreste und Rücktransport von versicherten Begleitpersonen

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

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

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

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

2.2 Andere Gewährleistungen

2.2.1 Überführung oder Verlegung von anderen versicherten Personen

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

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

2.2.2 Reise einer Begleitperson

Falls die versicherte Person mehr als 5 Tage stationär behandelt wird, übernimmt DKV Seguros die Aufwendungen für ein Hin- und Rückreiseticket für einen Familienangehörigen zur Unterstützung der versicherten Person. Außerdem übernimmt DKV Seguros die Aufwendungen der Verlängerung des Hotelaufenthalts des Familienangehörigen, falls die stationäre Behandlung im Ausland vollzogen wird. Erstattet werden bei Vorlage der dazugehörigen Zahlungsbelege 30 EUR täglich begrenzt auf einem maximalen Betrag von 300 EUR.

2.2.3 Vorzeitige Rückkehr zum gewöhnlichen Wohnsitz

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

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

2.2.4 Medikamentenversand

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

2.2.5 Medizinische Telefonberatung

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

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

2.2.6 Hilfe bei der Suche nach verlorenen Gepäckstücken

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

2.2.7 Dokumentenversand

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

2.2.8 Aufwendungen für einen Rechtsbeistand und Vorschuss einer Prozessbürgschaft im Ausland

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

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

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

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

2.2.9 Reiseinformation

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

2.2.10 Übermittlung von Nachrichten

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

3. Vertragsbeschränkungen

3.1 Ausschlüsse

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

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

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

3.1.4 Falls die zu behandelnden Krankheiten aufgrund von Drogenkonsum, Konsumierung von Narkosemitteln oder durch Verwendung von verschreibungspflichtigen Medikamenten entstehen.

3.1.5 Aufwendungen für Prothesen, Brillen oder Kontaktlinsen sowie für Geburt und Schwangerschaft, ausgenommen unvorhersehbare Komplikationen während der ersten sechs Schwangerschaftsmonate, sowie für die Behandlung von jeglichen geistigen Krankheiten.

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

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

3.1.8 Aufwendungen der Bestattung und der Grabzeremonie.

4. Schlussbestimmungen

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

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

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

Für den Fall, dass der versicherten Person im Falle einer Nicht-Benutzung des Tickets für die Heimreise Geld zurückerstattet wird, muss sie bei Inanspruchnahme der Rückführungsgarantie das Geld an DKV Seguros zurückzahlen.

Die in dem Deckungsumfang beschriebenen Leistungen sind subsidiär im Hinblick auf mögliche Verträge, die die versicherte Person speziell gegen die gleichen Risiken bei der Sozialversicherung oder einem vergleichbaren kollektiven System abgeschlossen hat.

DKV Seguros bleibt bis zum Gesamtbetrag der geleisteten oder erhaltenen Service-Leistungen freigestellt gegenüber Rechten und Handlungen, welche die versicherte Person aufgrund ihres Handelns zu vertreten hat.

**Um die Leistungen von DKV Seguros, die mit den vorgenannten Deckungen verbunden sind, zu erhalten, ist es unabdinglich, dass die versicherte Person im Augenblick des Eintritts des Ereignisses die Einschaltung beantragt und sich an folgende Telefonnummer wendet (es gibt auch Rückrufmöglichkeit)
+34 91 379 04 34.**

Anhang II: Exklusive Versicherungsleistungen für DKV Modular in der Vertragsmodalität Einzelversicherung

1. Einleitende Bestimmungen

1.1 Versicherte Personen

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

1.2 Versicherung in der Vertragsmodalität Einzelversicherung

Im Sinne der Vertragsschließung wird die Versicherung als Vertragsmodalität Einzelversicherung bezeichnet, wenn die Police mindestens eine und maximal neun versicherte Personen umfasst, die neben dem bloßen Interesse versichert zu sein, Familienmitglieder des ersten Grades sind (das Familienoberhaupt, sein Ehepartner oder Lebenspartner und ihre nicht selbstständigen Kinder unter 30 Jahren, die in der gleichen häuslichen Gemeinschaft leben). Ihre Versicherungsdeckung darf in keinem Fall durch obligatorischen Zugang (colectivo cerrado) oder freiwillig (colectivos abiertos oder cofinanciados) zu Vertragskonditionen, die DKV Seguros vorab mit einem Kollektivpartner vereinbart hat, zustande gekommen sein.

1.3 Dauer des Versicherungsschutzes

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

1.4 Gültigkeit

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

2. Exklusive zusätzliche Versicherungsleistungen

Nur der Abschluss der Versicherung „DKV Modular“ für komplette medizinische Versorgung in der Modalität Einzelversicherung berechtigt die versicherte Person, die folgenden zusätzlichen Versicherungsleistungen in Anspruch zu nehmen:

2.1 Rückerstattung von Aufwendungen für medizinische Leistungen im Ausland bei „Schweren Erkrankungen“

2.1.1 Örtlicher Geltungsbereich

Die versicherte Person kann die medizinischen bzw. chirurgischen Leistungen im Ausland in Anspruch nehmen nach der Modalität Kostenerstattung unter Berücksichtigung der nachfolgend beschriebenen Deckungen und Limitierungen. Dafür ist es erforderlich, dass sie mittels eines medizinischen Berichts glaubhaft macht, dass die erwähnten schweren Erkrankungen während der Gültigkeit der Police in Spanien diagnostiziert wurden.

2.1.2 Gegenstand des Versicherungsschutzes

Die maximale Deckung von DKV Seguros für „Schwere Erkrankungen“ - wie nachstehend beschrieben - beträgt 80% des Rechnungsbetrages, den die versicherte Person für ihre Behandlung bezahlt hat bis zu einem Gesamtbetrag von 16.000 EUR je versicherte Person und Jahr. Die Erstattung setzt voraus, dass die Rechnungen im Ausland ausgestellt wurden und sich auf Aufwendungen für medizinische Leistungen beziehen, die zum Versicherungsschutz zählen (vergleichen Sie Abschnitt 4 „Beschreibung der Versicherungsleistungen“ dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen).

2.1.2.1 Myocardinfarkt: Krankheit, die auf der dauerhaften Verstopfung eines Teils des Hauptstamms oder einer wichtigen Verästelung der koronaren Arterien beruht und ihrer Komplikationen nach dem Infarkt (arrhythmische Herzschwäche, Herzinsuffizienz, Herzblockade und Angor Residual).

2.1.2.2 Krebs: Krankheit, die sich durch das Vorhandensein eines bösartigen Tumors charakterisiert, durch sein unkontrolliertes Wachstum und die Verbreitung von bösartigen Zellen, die Invasion von Gewebe einschließlich der direkten Ausbreitung oder der Wucherung von Metastasen, oder der großen Ausbreitung von bösartigen Zellen im Lymphsystem oder im Kreislauf wie das Hodgkin Lymphom oder die Leukämie. **Hautkrebs ist nur gedeckt, wenn es sich um das invasive Melanom handelt, alle anderen Hautkrebsarten sind ausgeschlossen.**

In allen Fällen von Krebsdiagnose muss die Diagnose durch Verfahren der Histopathologie (Verfahren der mikroskopischen Diagnostik) unterstützt werden.

2.1.2.3 Gehirnerkrankungen: Krankheit oder Unfall, der dauerhafte neurologische Folgen verursacht als Folge eines Schlaganfalls, Hirnblutung oder außerhalb des Schädels.

2.1.2.4 Organtransplantationen: Empfänger einer Verpflanzung von Hornhaut, Herz, Leber, Knochenmark und Niere (**ausgeschlossen sind die medizinischen Kosten des Spenders**).

2.1.2.5 Lähmung/

Querschnittslähmung: Totaler und dauerhafter funktionaler Verlust des Gebrauchs von zwei oder mehr Gliedmassen als Folge einer Querschnittslähmung oder einer neurologischen Krankheit.

Hiernach sind die Aufwendungen für die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen im Ausland für diese „Schweren Erkrankungen“, aber unter Berücksichtigung der Begrenzungen und der Ausschlüsse, die im Versicherungsschutz in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegt sind (vergleichen Sie Abschnitt 5 „Ausgeschlossene Deckungsleistungen“ und Abschnitt 6 „Karenzzeiten“) gedeckt.

2.1.3 Zugang zu der Versicherungsleistung: Spezifische Norm

a) Im Hinblick auf diese Deckung wird die Mitteilung eines Schadensfalls so verstanden, wenn die versicherte Person die Rückerstattung der Aufwendungen für medizinische Leistungen bei „Schweren Erkrankungen“, die im Ausland entstanden sind, sofern die erwähnten schweren Erkrankungen während der Gültigkeit der Police in Spanien diagnostiziert wurden und durch medizinische Berichte mit der definitiven Diagnose, die das Leiden an der Erkrankung bestätigt, nachweist.

b) Innerhalb einer Frist von max. 15 Tagen muss der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person die Rückerstattung der Aufwendungen für die medizinischen Leistungen, die durch diese Garantie gedeckt sind, beantragen und DKV Seguros die entsprechenden bezahlten Rechnungen, die die in Anspruch genommenen medizinischen Leistungen detailliert angeben, die medizinische Verordnung und medizinische Berichte, die den Ursprung und die Art der Erkrankung spezifizieren, zur Verfügung stellen.

Um die Vorlage dieser Dokumente zu vereinfachen, stellt DKV Seguros das Erstattungsformular Rückerstattung zur Verfügung, das die administrativen Mindestanforderungen enthält, die erfüllt werden müssen, damit die Rechnungen rückerstattet werden können und die auf der Rückseite des Formulars abgedruckt sind.

Die versicherte Person und alle Familienangehörigen müssen die Berichte und Nachweise einreichen, die DKV Seguros als nötig erachtet. Wird diese Obliegenheit nicht erfüllt, kann das zu einer Ablehnung des Rechts auf Rückerstattung führen.

c) Die Rückerstattung der Kosten wird auf folgende Weise verwirklicht:

› Wenn das Formular Rückerstattung mit den nötigen Berichten und den Originalrechnungen, die die empfangenen medizinischen Leistungen bestätigen, eingereicht wurde, zahlt DKV Seguros die getätigten Kosten entsprechend des Prozentsatzes und innerhalb der Höchstgrenzen, die vorstehend angezeigt wurden.

- › Die Zahlung erfolgt auf das angegebene Konto. Die auf diese Weise erfolgte Gutschrift ist rechtsverbindlich, wirksam und befreiend für DKV Seguros.
- › Die Rechnung über durch die versicherte Person realisierte Zahlungen in Devisen wird in Spanien in EUR umgerechnet zum Umrechnungskurs des Tages, an dem sie bezahlt wurde. Wenn dies nicht angemessen ist, erfolgt die Umrechnung zum Tageskurs der Rechnungsstellung oder - wenn auch dies nicht angemessen ist - zum Kurs des Tages, an dem die medizinische Leistung erbracht wurde.
- › Die Kosten für Übersetzungen der medizinischen Berichte, Rechnungen oder Quittungen der Ärzte gehen zu Lasten von DKV Seguros, wenn sie in folgenden Sprachen erstellt wurden: Englisch, Deutsch, Französisch oder Portugiesisch.

Sind die Rechnungen in anderer Sprache abgefasst, gehen die Kosten zu Lasten der versicherten Person.

- d)** Sobald die Rückerstattung der Kosten erfolgt ist, kann DKV Seguros ihr Recht auf Forderungsübergang ausüben innerhalb der Limitierungen, die in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen vereinbart sind (vergleichen Sie Abschnitt 3.5 „Regressforderungsklausel“).

2.1.4 Abgrenzungen der Deckungszusage

Die Aufwendungen für medizinische Versorgung zur Behandlung der „Schweren Erkrankungen“ im Ausland sind - wie in diesem Anhang beschrieben - gedeckt, aber nur wie in der Modalität, dem örtlichen Geltungsbereich, dem Gegenstand der Versicherung, der Art des Zugangs, den Begrenzungen der Versicherungsdeckung und den Ausgeschlossenen Deckungsleistungen, die in diesem ANHANG II und in den folgenden Abschnitten der Allgemeinen Versicherungsbedingungen beschrieben sind, die die Versicherungsleistungen begrenzen:

Abschnitt 2 „Grundlagen. Begriffsdefinitionen“

Abschnitt 3 „Leistungsmodalitäten und Erweiterung der Versicherung“

Abschnitt 4 „Versicherungsumfang“

Abschnitt 5 „Ausgeschlossene Deckungsleistungen“

Abschnitt 6 „Karennzeiten“

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

2.2.1 Gegenstand des Versicherungsschutzes

DKV Seguros garantiert im Fall, dass der versicherten Person bzw. ihrem gesetzlichen Pfleger durch das „Sistema para la Autonomia y Atención a la dependencia“ (SAAD) ein Zustand oder die Situation von Pflegebedürftigkeit 3. Grades nach Unfall, der durch die Police gedeckt ist, bestätigt wird und ab dem Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Deckung die Rückerstattung von 100% des Betrages der bezahlten Rechnungen, die für Familienunterstützung bzw. im Fall von Pflegebedürftigkeit gezahlt worden sind, **bis zu einem maximalen Höchstbetrag von 10.000 EUR je versicherte Person.**

Diese Entschädigung ist nur garantiert für die Aufwendungen im Zusammenhang mit erbrachten Leistungen oder sozio-sanitären Service-Leistungen, die unter den entsprechenden Versicherungsschutz fallen, **jedoch mit den Begrenzungen und Ausschlüssen, die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (vergleichen Sie Abschnitt 5.a, 5.c, 5.d, 5.e „Ausgeschlossene Deckungsleistungen“) und Anhang II (Abschnitt 2.2.3) bestimmt sind.**

Im Hinblick auf diese Deckung wird die Pflegebedürftigkeit 3. Grades durch Unfall definiert als ein nicht wiederherstellbarer Zustand, in dem sich die pflegebedürftige Person befindet und aufgrund dessen sie weder in der Lage sein wird, in den Zustand der Selbstständigkeit zurückzukehren noch in einen niedrigeren Grad der Pflegebedürftigkeit eingestuft werden kann.

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

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

a) Persönliche Betreuung

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

b) Hauswirtschaftliche Hilfe:

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

2.2.1.2 Persönliche Betreuung in

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

- › Residenzen
- › Tagesresidenzen mit spezialisierter Betreuung
- › Nachtresidenzen

2.2.1.3 Service von Fernbetreuung mit fest installierten oder mobilen

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

Der Service ist individuell angepasst und wird durch Sozialarbeiter, Psychologen und Ärzte 24 Stunden täglich an 365 Tagen im Jahr innerhalb und außerhalb der Wohnung gewährleistet, wo der Zugang mit dem speziellen Terminal besteht.

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

2.2.1.4 Service-Leistungen zur Anpassung des Wohnumfeldes.

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

Die versicherte Person bzw. eine Person in ihrem Namen (gesetzlicher Pfleger) kann die Rückerstattung aller für den Service für die Familienunterstützung bzw. für Pflege entstehenden Kosten, die in diesem Abschnitt beschrieben werden, bis zu einem maximalen Höchstbetrag von 10.000 EUR pro versicherte Person bei DKV Seguros beantragen. **Hierzu muss die Bestätigung, dass ein Zustand oder die Situation von Pflegebedürftigkeit 3. Grades (Niveau 1 oder 2) von der autorisierten Behörde des „Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia“ seiner autonomen Region, in der die Gründe und Umstände der Pflegebedürftigkeit spezifiziert sind, vorgelegt werden.**

Die Deckung für Pflegebedürftigkeit endet automatisch und definitiv, wenn die versicherte Person den maximal garantierten Höchstbetrag von 10.000 EUR während der Laufzeit der Police durch Rückerstattung der Kosten erhalten hat.

2.2.2 Zugang zu der Versicherungsleistung

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

- › Anspruchsberechtigung auf Pflegeleistungen in Spanien und Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen zu deren Erhalt.
- › Versicherte Person einer Krankenversicherungspolice mit Anspruch auf Rückerstattung der Kosten für Pflege 3. Grades im Augenblick des Unfalles zu sein und bereits Leistungen zu erhalten.
- › Dass der erlittene Unfall in keinem Zusammenhang mit Aktivitäten steht oder unter Umständen zustande gekommen ist, die von der Deckung der Krankenversicherung ausgeschlossen (Abschnitt 5.a, 5.c, 5.d und 5.e „Ausgeschlossene Deckungsleistungen“ der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) oder spezifisch aus der Deckung der Pflege ausgeschlossen (Abschnitt 2.2.3 dieses Anhangs) sind.
- › Eingestuft sein in Pflegestufe 3 gemäß den Einstufungen, die im Ley de Dependencia 39/2006 vom 14. Dezember und im Verzeichnis der in Spanien gültigen Bewertung von Pflegebedürftigkeit (Königlicher Erlass 504/2007 vom 20. April).
- › Vorlage der mit Datum versehenen und unterschriebenen Entscheidung der autorisierten Behörde „Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia“ der autonomen Region mit der Qualifikation und der Anerkennung der Pflegebedürftigkeit Stufe 3.

b) Notwendige Dokumente, zur Anerkennung der Leistungspflicht:

Um Anspruchsberechtigter für die Kostenrückerstattung für Pflegeleistungen zu sein, muss die versicherte Person die Situation der Pflegebedürftigkeit umfassend unter Vorlage der nachfolgenden Dokumente (Originale oder beglaubigte Kopien) glaubhaft darlegen:

1. Persönliche, familiäre und berufliche Daten der versicherten Person, die die Leistung beansprucht.
2. Erteilte Qualifikation durch die zuständige Behörde „Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia“, in der die Gründe und die Umstände der Pflegebedürftigkeit aufgeführt sein müssen.
3. Medizinische Berichte zum Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen und der Sozialbericht des Sozialarbeiters.
4. Alle jene zusätzlichen Dokumente, die notwendig sind, um den Anspruch auf Leistungen feststellen zu können.
5. Ausgefertigte Beschlussfassung mit Datum, ab wann der Anspruch auf Rückerstattung von sozio-sanitären Leistungen besteht und mit der die Qualifikation oder die Anerkennung auf Pflegebedürftigkeit 3. Grades bestätigt wird.

Die Nichterfüllung der vorhergehenden Anforderung kann zu einer Ablehnung des Rechts auf Rückerstattung führen.

c) Die Kostenrückerstattung erfolgt folgendermaßen:

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

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

2.2.3 Ausgeschlossene Deckungsleistungen

Von der Leistungspflicht der Deckung der Pflegebedürftigkeit sind ausgeschlossen:

1. Die Rückerstattung für Kosten für Familienhilfe bzw. für Betreuung bei Pflegebedürftigkeit, die nicht im Anhang II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen aufgeführt sind.

2. Die Rückerstattung für Kosten für Familienhilfe bzw. für Betreuung bei Pflegebedürftigkeit, die im Anhang II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen detailliert aufgeführt sind, wenn die Situation der Pflegebedürftigkeit 3. Grades gegeben ist:

a) durch einen Unfall verursacht wurde, aufgrund von Aktivitäten oder Umständen, die ausdrücklich aus der generellen Deckung der Krankenversicherung ausgeschlossen sind (vergleichen Sie die Abschnitte 5.c, 5.d, 5 e. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen).

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

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

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

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

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

3. Die Rückerstattung der Kosten für Familienhilfe bzw. für Betreuung bei Pflegebedürftigkeit, wenn der Anspruch auf Leistung abgelaufen ist, weil die versicherte Person die maximale Summe während der Laufzeit der Krankenversicherung in der Modalität Einzelversicherung, die vorher abgeschlossen wurde, bereits erhalten hat.

Der Versicherungsnehmer erklärt, dass er in Übereinstimmung mit den in Artikel 3 des Ley de Contrato de Seguro (Versicherungsvertragsgesetz) festgelegten Bestimmungen, ein Exemplar der gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit Anlagen zum Vertrag erhalten hat und bestätigt mit seiner Unterschrift sein Einverständnis zu den darin enthaltenen, begrenzenden und einschränkenden Klauseln und insbesondere zu den in den Abschnitten 5 und 9.8 ausdrücklich hervorgehobenen, aufgeführten Ausschlüssen aus der Leistungspflicht und dass er den Inhalt kennt und verstanden hat, weil er diesen gelesen hat.

Versicherungsnehmer	Versicherte Person	DKV Seguros y Reaseguros, S.A.E. Dr. Josep Santacreu Aufsichtsratsprecher
---------------------	--------------------	---



